

Leger må ha forståelse for medisinen foranderlighet. To beretninger om arbeidsmedisin fra første halvdel av forrige århundre har relevans for dagens legeutdanning og legepraksis

Yrke som risikofaktor for sykdom

Den høye forekomsten av silikose blant arbeiderne i gullgruvene i Sør-Afrika på begynnelsen av 1900-tallet og den nære sammenhengen med utvikling av lungetuberkulose vakte i sin tid stor oppsikt internasjonalt og skapte atskillig bekymring. Dette avstedkom medisinsk og administrativ innsats i flere land. I Norge ble silikose sidestilt med arbeidsulykke i 1935. I dette nummer av Tidsskriftet forteller Aksel Ongre den tankevekkende historien om hvordan det ble oppdaget flere tilfeller av alvorlig silikose ved Arendal Smelteverk i årene rundt 1940 og om hvor lang tid det tok før diagnose ble stilt (1).

Man ble tidlig klar over at det kunne være en sykdomsrisiko ved å arbeide på smelteverket i Arendal. Bedriften tok dette opp i et brev til Arbeidstilsynet i 1937. Men det gikk flere år før situasjonen blant de ansatte var blitt kartlagt. Hadde dagens massemedier engasjert seg i en tilsvarende sak i våre dager, ville spørsmålene raskt kommet: Hvem har ansvaret? Hvem har ikke gjort jobben sin? Slike spørsmål er ikke lette å besvare, i hvert fall ikke hva gjelder smelteverket i Arendal. Både myndigheter, helsepersonell og lokalbefolkning hadde vært opptatt av saken og gjort noe. 32 antatt eksponerte arbeidere hadde vært røntgenundersøkt i 1938 av den lokale røntgenologen, Ernst Haderer Ziesler (1901–70), cand.med. fra 1926 og godkjent spesialist i røntgenologi i 1934. Det var forskjellige lungefunn hos 26 av dem, men likevel mente han at det ikke var grunnlag for å stille diagnosen silikose hos noen av de undersøkte. Ved en ny undersøkelse i 1941 ble det påvist silikose ved bedriften av Torleif Dale (1900–95), professor i medisinsk radiologi, som også diagnostiserte silikose ved revisjon av røntgenbildene fra 1938.

Andreas Samuelsen (1907–73), allmennpraktiker i Eydehavn, med embetseksamen fra 1935, hadde til forskjell fra Ziesler fått undervisning om støvlunger i studietiden og hadde dermed fått øynene opp for denne problematikken. Som medlem av det lokale arbeidstilsynet fra 1938, senere som dets formann, var Samuelsen meget opptatt av om det kunne være tilfeller av silikose ved smelteverket i Arendal. Han ble den som fikk fart på opprullingen av det som viste seg å være en alvorlig yrkesrelatert sykdomsrisiko. Ongre har tidligere, sammen med Sommerfelt-Pettersen, beskrevet en liknende sak i Tidsskriftet, om hvordan marinelege Harald Engelsen (1883–1954) avdekket blyforgiftning blant arbeiderne ved Marinens Hovedverft i Horten, til tross for skepsis og motstand fra mange hold (2). Hva kan dagens leger lære av slike saker?

For silikosens vedkommende var sykdommen først og fremst assosiert med gruvarbeid og steinindustri, ikke med virksomhet som den i smelteverket. Dette var antakelig noe av årsaken til at man trodde faren for silikose ikke var stor i Norge. Diagnosen var ikke alltid lett å stille, heller ikke for radiologer. Smelteverkets bedriftslege fra 1949 Hallvard Lid (1904–92) påviste i perioden 1950–78, altså etter at faren for silikose var klarlagt, 16 silikosetilfeller – i tillegg til de 50 som var blitt avdekket i 1940-årene (3).

Vi har lite eksakt kunnskap om hvordan befolkningens oppfatning av yrke som risikofaktor for sykdom har utviklet seg over tid. Det er grunn til å tro at vi i dag engstes lettere enn folk gjorde tidligere. På den annen side var årvåkenheten overfor lungesykdom og tuberkulose stor i 1930- og 40-årene. I hvilken grad for stor oppfatning av helsefare kan være uheldig, er også lite undersøkt. Og det er ofte

vanskelig å sortere viktig fra uviktig når det gjelder yrkesrisiko – det vet alle med erfaring fra bedriftshelsetjenestearbeid. Det viktigste spørsmålet blir kanskje: Kunne man forventet at legene som hadde med silikosesaken i Arendal å gjøre, hadde mer kunnskap om sykdommen? Burde rutinene for å sjekke yrkesrisikoen vært bedre? Og tilsvarende for saken i Horten: Burde den faglige oppmerksomheten om mulig blyforgiftning vært større? Burde ansvarsforholdene vært klarere?

Det er vanskelig å svare på slike spørsmål uten å sette sakene inn i en historisk kontekst. Dette var før avtalen mellom arbeidslivets parter om en bedriftslegeordning – avtalen kom i 1943 og ble underskrevet i 1946. Vel hadde man hatt flere bedriftslegeordninger av moderne type, Freia sjokoladefabrikk var først ute i 1917, men det var avtalen i 1943 som gav helsetjenesten i bedriftene dens plass i arbeidet knyttet til yrkesrisiko i Norge. Arbeidsmiljøloven kom først i 1977. I 1930- og 40-årene var det heller intet formalisert system for videre- og etterutdanning av leger. Det medisinske studium bar preg av å være en avsluttet utdanning, og kravene til kontinuerlig faglig oppdatering var betydelig svakere enn i dag. Til Arendal kom den oppdaterte kunnskapen med en ung allmennpraktiker, til Horten kom den med en lege med spesielle interesser.

Lærdommen bør være – blant annet – at legeutdanningen og lege-rollen må utvikles slik at forståelsen for medisinen foranderlighet blir enda bedre. Evne til å ta inn, vurdere, sortere og dra nytte av nye tanker og ny viten må bli et enda viktigere læringsmål. Både i Arendal og i Horten dreide det seg om helserisiko ved «gammeldage» industriarbeidsplasser. Norsk arbeidsliv har senere endret seg – det er ikke så mange slike industriarbeidsplasser igjen. Mange av de tidligere hjørnesteinsbedriftene er blitt betydelig mindre eller er nedlagt. Likevel er både faget arbeidsmedisin og oppbyggingen av arbeidsmiljøarbeidet i Norge fortsatt best egnet for «gammeldage» bedrifter med «gammeldage» arbeidsplasser. Nye bedriftsstrukturer og nye yrkesrelaterte helsepåvirkninger stiller nye krav til både kunnskap og organisering. Arbeidsmedisinsk oppfølging over tid er blitt vanskeligere i et mer skiftende arbeidsliv. Men sammenhengen mellom yrke og helse er der uansett. Er norske leger flinke nok til å tenke på yrkets betydning?

Ongres artikler gir gode grunner for å påpeke behovet for tilstrekkelig undervisning i arbeidsmedisin, både i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningen. Vi trenger fortsatt våkne kolleger av typen Andreas Samuelsen i Arendal og Harald Engelsen i Horten.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen (f. 1938) er professor i medisinsk historie ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Ongre A. Da silikose ble påvist ved Arendal Smelteverk. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1772–5.
2. Sommerfelt-Pettersen J, Ongre A. Enda en folkefiende – om Harald Engelsen og blyforgiftningssaken i Horten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3235–8.
3. Lid H. Fra en bedriftsleges hverdag ved en elektrometallurgisk bedrift. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 1366–9.