

Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Michael 2016; 13: 120–125.

Samfunnsmedisin handler om samspillet mellom samfunn og helse, mens arbeidsmedisin omhandler forholdet mellom arbeid og helse. De to fagområdene har mye felles, men det er også til dels store forskjeller mellom dem.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er viktige oppgaver for begge fagområder. Arbeidsmedisin praktiseres av leger både i bedriftshelsetjenester og ved arbeidsmedisinske avdelinger på sykehus, samt enkelte andre steder og befinner seg derfor både i første- og annenlinjen. Fagområdet har et gruppeperspektiv, men forholder seg også til enkeltpersoner gjennom utredning av arbeidsrelatert sykdom, helsekontroller og tilrettelegging av arbeid. Arbeidsmedisin kan derfor være vanskelig å plassere.

Selv om arbeidsrelaterte helseproblemer er vanlige i befolkningen, er arbeidsmedisin lite synlig i det medisinske landskapet. Andre leger ser sannsynligvis flere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom enn arbeidsmedisinere, og hvis de ikke tenker på at arbeid kan være årsak til sykdommen, er det ikke sikkert pasienten får den beste behandlingen.

Samfunnsmedisin blir beskrevet som grupperettet helsearbeid, der perspektivet er samspillet mellom samfunnet og befolkningens helse (1), mens arbeidsmedisin er det medisinske fagområdet som omhandler forholdet mellom arbeid og helse (2). Disse beskrivelsene indikerer at de to fagområdene har mye felles. Det ene fokuserer på forholdet mellom samfunn og helse, det andre mellom arbeid og helse. Hovedoppgavene innen arbeidsmedisin er å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer og skader, fremme helse i arbeidslivet og yte bistand ved rehabilitering og ved oppstått arbeidsrelatert helseskade (2).

Det er godt dokumentert at arbeid har stor betydning for folks helse. Norske studier har vist at 60 % av personer i alderen 30–45 år rapporterer

arbeidsrelaterte helseproblemer (3), at ca. halvparten av konsultasjoner i allmennpraksis blant yrkesaktive personer angis å ha sammenheng med arbeid (4), og at så mye som 30–40 % av sykefraværet kan ha sine årsaker i folks arbeid (5). Den arbeidsrelaterte andelen har vist seg å være enda høyere ved muskel- og skjelettlidelser. I nordiske studier er det beregnet at 3–4 % av dødelighet i befolkningen er arbeidsrelatert (6, 7) og at man uten yrkeseksponering kunne ha unngått ca. 20 % av lungekrefttilfeller blant norske menn, 85 % av mesoteliomer og 32 % av nese- og bihulekrefttilfeller (8, 9). Oversiktsarbeider har beregnet at ca. 15 % av astmatilfeller blant voksne og 15 % av KOLS-tilfeller i befolkningen kan tilskrives arbeid (10). Oversiktsarbeider har også vist at arbeidsforhold har betydning for muskel- og skjelettlidelser (11), psykiske lidelser (12) og hjerte-karsykdommer (13). Dette viser at arbeidsforhold har betydning for mange sykdomsgrupper, med stor betydning for helse i befolkningen. Samtidig kan gode arbeidsforhold virke helsefremmende.

Litt historie

Både samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er relativt unge som spesialiteter. Samfunnsmedisin ble opprettet som spesialitet i 1984 (1), samme år som kommunehelsetjenesteloven av 1982 trådte i kraft. Spesialiteten i arbeidsmedisin ble godkjent i 1991, og erstattet den tidligere spesialiteten i yrkesmedisin, som var blitt opprettet i 1975, og (på visse vilkår) den tidligere betegnelsen Bedriftslege Dnlf (2).

Det ligger utenfor rammen av denne artikkelen å gi en beskrivelse av den historiske utviklingen av arbeidsmedisin i Norge, og det vises derfor til annen litteratur om dette (14, 15). Jeg skal bare kort nevne enkelte milepæler fra historien. Allerede i 1656 fantes den første berglegen ved Sølvverket på Kongsberg, og utover på 1700- og 1800-tallet ble det ansatt verksleger og etter hvert fabrikkleger flere steder (16). Etter Fyrstikkarbeiderstreiken i 1889 ble det pålagt helsekontroll av fyrstikkarbeidere fordi flere arbeidere hadde utviklet fosfornekrose (16). I 1917 startet Carl Schiøtz (1877–1938) en bedriftslegeordning ved Freia, med helsekontroll av de ansatte, og andre bedrifter fulgte etter (16). I 1943 ble bedriftslegeordningen etablert som en avtale mellom arbeidslivets parter og Legeforeningen (16). Arbeidsmiljøloven ble innført i 1977 og krevde at bedrifter skulle ha bedriftshelsetjeneste når det var «nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne». Det ble da mer fokus på miljø og mindre på helsekontroller. I 1989 ble 20 bransjer pålagt å ha bedriftshelsetjeneste, og i 2010 ble denne plikten utvidet til flere bransjer, bl.a. helsevesenet, samtidig som bedriftshelsetjenestene måtte være godkjent av Arbeidstilsynet.

Den første yrkesmedisinske sykehusavdelingen ble etablert ved sykehuset i Telemark i 1977, men allerede fra 1947 fantes en yrkesmedisinsk poliklinikk tilknyttet Arbeidstilsynet (17), og denne ble overført til det som nå heter Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) i 1964 (18). Omkring 1990 ble det opprettet arbeidsmedisinske avdelinger ved alle regionsykehusene. I dag finnes det fem slike sykehusavdelinger (i Tromsø, Trondheim, Bergen, Skien og Oslo), i tillegg til avdelingen ved STAMI. I 1990 ble også Institutt for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen opprettet, med Legeforeningen som pådriver (18).

De senere årene har de arbeidsmedisinske avdelingene også blitt opptatt av forhold i det ytre miljøet, og flere har skiftet navn til Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (19). Miljømedisin er vel strengt tatt et fagområde som hører mer inn under samfunnsmedisinen, men fordi de arbeidsmedisinske avdelingene har kompetanse til å vurdere sammenhenger mellom miljøeksponering og sykdom, og det er få andre som har dette i annenlinjetjenesten, har de i noe begrenset omfang utredet slike saker.

Befolkningsnivå og individnivå

Samfunnsmedisinen har et befolknings- og gruppeperspektiv, og arbeidsmedisinen har til dels også dette. Vi er opptatt av sammenhenger mellom arbeid og helse i bedrifter, avdelinger, yrkesgrupper og helt ned på de enkelte arbeidsoperasjoner. Men vi har også et individperspektiv. I bedriftshelsetjenestene utføres det fortsatt helsekontroller, som nødvendigvis foregår på individnivå, og mange av disse er lovpålagte. Formålet er å forebygge arbeidsrelatert sykdom, dels ved å identifisere personer som har en sykdom eller helsetilstand som gjør dem mer sårbare for eksponeringen på arbeidsplassen, slik at det kan settes inn beskyttende tiltak, eller de kan settes til annet arbeid, og dels ved å identifisere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom eller andre indikasjoner på helseskadelig eksponering. Kartlegging av arbeidsmiljø og eksponeringer er derfor viktig og foregår ofte i samarbeid med andre faggrupper i bedriftshelsetjenesten, som yrkeshygienikere, fysioterapeuter eller ergoterapeuter, sykepleiere og psykologer. Der man finner helseskadelig eksponering, vil det ofte være nødvendig med tiltak på avdelings- eller gruppenivå. Mange bedriftshelsetjenester har også det som ofte kalles «arbeidsmedisinsk poliklinikk», der ansatte kan ta kontakt dersom de opplever arbeidsrelaterte helseproblemer (eller lurer på om de har det) eller andre problemer knyttet til arbeid. Tilrettelegging av arbeid og arbeidsplass, og oppfølging av sykmeldte er også sentrale arbeidsoppgaver. Tidligere ble det drevet en del kurativ virksomhet i mange bedriftshelsetjenester, men dette ble betydelig redusert etter at fastlegeordningen ble innført i 2001.

Ved de arbeidsmedisinske avdelingene gjøres også utredninger av arbeidsrelatert sykdom. Mange er henvist fra fastlege, bedriftslege eller spesialister, med spørsmål om arbeid kan være årsak til sykdommen. Andre er henvist fra NAV eller forsikringsselskap, som ber om spesialisterklæring med vurdering av om kriteriene for yrkessykdom er tilfredsstilt. I begge tilfeller er det ofte tidkrevende utredninger, med detaljert kartlegging av arbeidseksponering og andre mulige årsaker til sykdommen. I tillegg må man sette seg inn i vitenskapelig litteratur om eventuelle sammenhenger mellom de aktuelle eksponeringer og sykdommen.

Arbeidsmedisin er dermed også et klinisk fag, i tillegg til at vi er opptatt av miljø og gruppenivå. Vi hører dessuten hjemme både i førstelinjetjenesten, der bedriftshelsetjenesten må sies å være, og i annenlinjetjenesten, der de arbeidsmedisinske avdelingene befinner seg, og er derfor ikke alltid så lett å plassere. I gjennomgangen av spesialiststrukturen som Helsedirektoratet gjennomfører, har samfunnsmedisin og allmennmedisin fått sine egne kategorier. Nå har visstnok også arbeidsmedisin fått dette, men opprinnelig ble vi plassert sammen med sykehusspesialitetene. Det passer godt for de arbeidsmedisinske avdelingene, men ikke for bedriftshelsetjenestene.

Som om ikke det er nok, hører arbeidsmedisinen til dels inn under et annet myndighetsområde enn det meste av helsetjenesten, som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet, og der Helsetilsynet og fylkeslegene er tilsynsorganer. Arbeidstilsynet fører tilsyn med tjenestene fra bedriftshelsetjenesten for landbaserte bransjer og Petroleumstilsynet i offshoreindustrien (20), og begge disse ligger under Arbeids- og sosialdepartementet, noe også STAMI gjør. Det er likevel fylkeslegene som fører tilsyn med helsepersonellet i bedriftshelsetjenesten på samme måte som med annet helsepersonell (20). De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene er få og små, og har gjentatte ganger vært truet av nedskjæringer, og til og med nedleggelse. Fra 2008 har Arbeids- og sosialdepartementet derfor satt av øremerkede midler for å styrke utrednings- og utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin ved disse avdelingene.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Samfunnsmedisin omhandler samspillet mellom samfunnet og befolkningens helse. «Samfunnet» har imidlertid en rekke kvaliteter og kan påvirke befolkningens helse på mange måter, og fagområdet blir dermed veldig vidt og kan kanskje oppleves som litt uoversiktlig for mange. Arbeidsmedisin omhandler samspillet mellom arbeid og helse, og er begrenset til forhold i arbeidet og på arbeidsplassen, og vil ofte framstå som mer konkret og oversiktlig. Arbeidsrelatert sykdom betegner sykdom som er forårsaket helt eller

delvis, eller forverret av arbeidet. Det finnes vel neppe noe tilsvarende uttrykk som betegner sykdom som har sammenheng med det samfunnsmedisinske fagområdet som helhet.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er viktige oppgaver for begge fagområder, og nevnes spesifikt i begge spesialiteters målbeskrivelser. Det er alltid utfordrende å skulle vise effekten av slikt arbeid. Hvordan dokumenterer man at personer ikke blir syke, med andre ord at de fortsetter å holde seg friske? Vanligvis må man bygge på observasjonsstudier og epidemiologiske metoder, for det er sjelden aktuelt å randomisere personer til helseskadelig eksponering, selv om det kan gjøres intervensjonsstudier, der effekten av tiltak undersøkes. Fordi det kan være vanskelig å vise betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid, opplever nok både samfunnsmedisinen og arbeidsmedisinen at slikt arbeid ikke alltid blir prioritert i konkurranse med kliniske fagområder, der det er mer åpenbart at man har å gjøre med alvorlige og dødelige sykdommer.

Arbeidsmedisin blir ofte inkludert i samfunnsmedisinen, i alle fall er det slik ved dagens norske medisinske fakulteter. Likevel representerer de to fagområdene hver sine spesialiteter, og har til og med hver sin yrkesforening blant Legeforeningens sju yrkesforeninger. Av disse utgjør arbeidsmedisin den minste, og vi er ikke mange spesialister i Norge, bare 212 yrkesaktive under 70 år. Vi skulle gjerne vært flere og vært litt mer synlige i det medisinske landskapet, gjerne også fått litt større plass i medisinerutdanningen. Andre leger ser sannsynligvis flere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom enn arbeidsmedisinere, og hvis de ikke tenker på at arbeid kan være årsak til sykdommen, er det ikke sikkert pasienten får den beste behandlingen.

Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
2. Den norske lægeforening. *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for arbeidsmedisin*. Oslo: Den norske lægeforening; 2005.
3. Mehlum IS, Kjuus H, Veiersted KB, Wergeland E. Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. *Occup Med* 2006;56:371-379.
4. Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2065-2067.
5. Mehlum IS. Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011;131:122-125.
6. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:161-213.

7. Järholm B, Reuterwall C, Bystedt J. Mortality attributable to occupational exposure in Sweden. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:106-111.
8. Dreyer L, Andersen A, Pukkala E. Avoidable cancers in the Nordic countries. *Occupation. APMIS Suppl* 1997;76:68-79.
9. Haldorsen T, Andersen A, Boffetta P. Smoking-adjusted incidence of lung cancer by occupation among Norwegian men. *Cancer Causes Control* 2004;15:139-147.
10. Balmes J, Becklake M, Blanc P, Henneberger P, Kreiss K, Mapp C, et al. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:787-797.
11. Knardahl S, Veiersted KB, Medbø JI, Matre D, Jensen J, Pedersen LM, et al. *Arbeid som årsak til muskel-skjelettlidelser: Kunnskapstatus 2008*. Oslo: STAMI, 2008.
12. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008;65:438-445.
13. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009;17:83-97.
14. Natvig H, Thiis-Evensen E. Arbeidsmiljø og helse: yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1983;4:1-333.
15. Natvig H. *Bedriftshelsetjenesten i Norge nå – og i fremtiden : analyse på grunnlag av ledelsens, de tillitsvalgte, helsepersonellens og undersøkerens egne vurderinger i 100 tilfeldig utvalgte bedrifter*. Oslo: Tiden 1979.
16. Øivind Larsen. Bedriftshelsetjenesten – fra katedral til markedsplass. *Ramazzini* 2014;21:10-13
17. Levy F, Moen B. Yrkesmedisin. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/yrkesmedisin>, sist oppdatert 17.04.2015.
18. Leira HL. Arbeidsmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:84-85.
19. Moen BE. Arbeidsmedisin. *Elbok i arbeidsmedisin*. Bergen: Universitetet i Bergen.
20. Braut GS, Moen B. Bedriftshelsetjeneste. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/bedriftshelsetjeneste>, sist oppdatert 28.02.2014.

Ingrid Sivesind Mehlum

ism@stami.no

Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Postboks. 8149 Dep

0033 Oslo