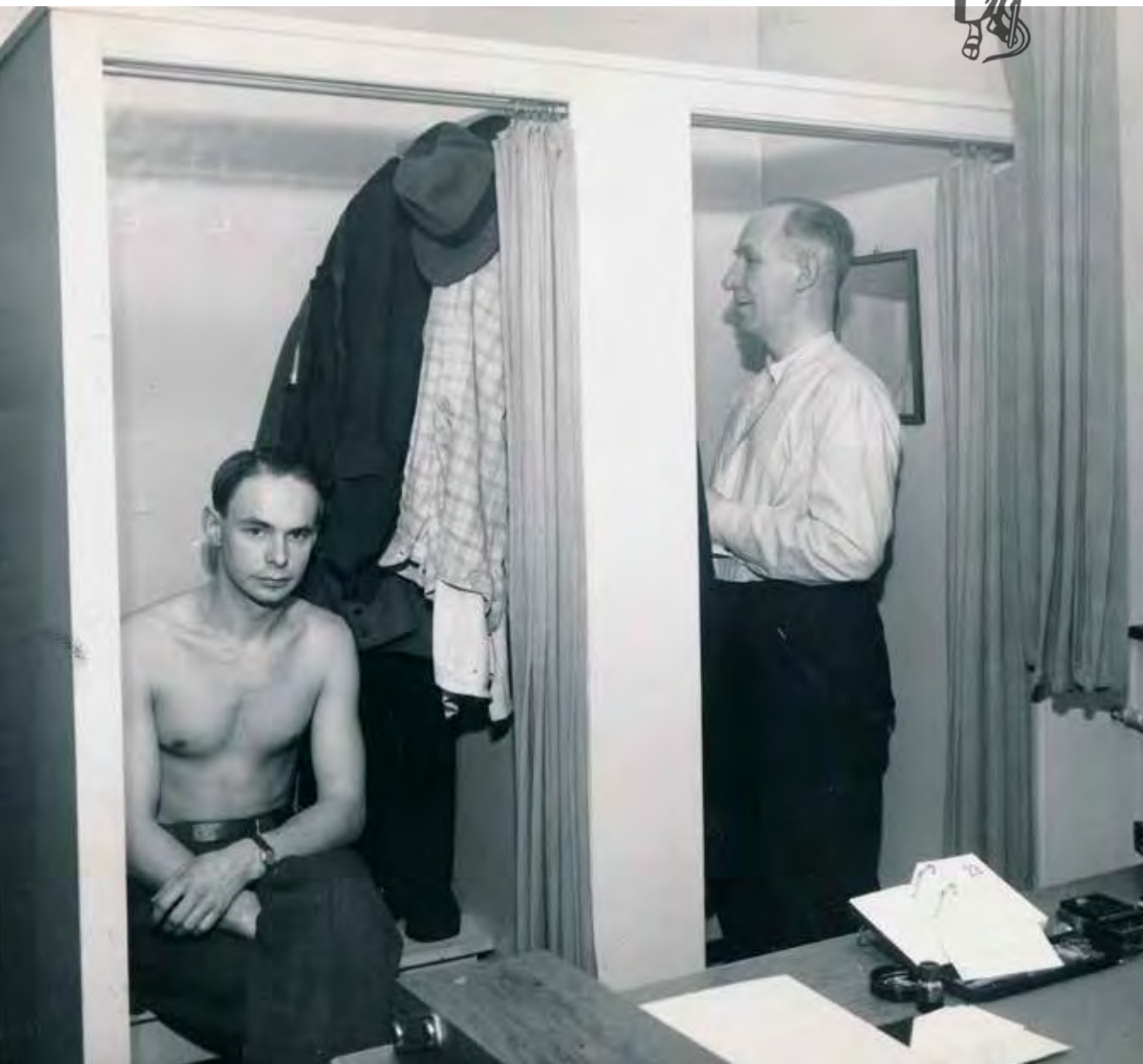


RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 21 • 2014 • Nr. 1

Tema:

ARBEIDSMEDISINSK HISTORIE



Innhold:

| | |
|--|-------|
| Leder | s. 3 |
| Bernardino Ramazzini – Arbeidsmedisinens far | s. 4 |
| Arbeidsmiljøet i det gamle arbeidslivet – og i dag | s. 6 |
| Fruktbart samarbeid over landegrensene | s. 9 |
| Bedriftshelsetjenesten – fra katedral til markeds plass | s. 10 |
| Betty Kjelsberg, fabrikkinspektør med blikk for folkehelse og kvinnesak | s. 14 |
| Hva mener LO om den nye regjeringens arbeidslivspolitik? | s. 16 |
| Petter Kristensen 70 år – ingen alder for en god epidemiolog | s. 17 |
| Overmoden lov | s. 18 |
| Styrets spalte | s. 19 |
| Lønnsundersøkelsen 2013 | s. 20 |
| Foreningsnytt | s. 22 |

Forsidebilde:

Fra helsekontroll ved Den Norske Creditbank i Oslo, sannsynligvis tatt i 1950-årene. Merk dobbel garderobe for effektiv tidsbruk ved helsekontrollene! Takk til Øivind Larsen som har funnet frem bildet fra Bedriftslegerådets arkiv.



Arbeidsmedisinsk historie

I år er det 300 år siden Bernardino Ramazzinis død. I et tidsskrift som bærer hans navn syntes vi det var grunn til å markere dette. Derfor innleder vi 2014 med et temanummer om arbeidsmedisinsk historie. I en travelt hverdag spør du deg kanskje om hvorfor en arbeidsmedisiner skal bruke tid på lese historie. Jeg mener det er flere gode grunner til dette. For det første er det en forutsetning å kjenne til historien for å kunne forstå den nåtidige situasjonen for faget vårt. Forhåpentlig kan kunnskap om hvordan noe var annerledes før også hjelpe oss til å få gjennomført endringer i fremtiden. Historisk kunnskap om arbeidslivet har dessuten direkte relevans i møte med pasienter. Flere sykdommer har jo som kjent bakgrunn i eksponeringer langt tilbake i tid. Sist, men ikke minst: mye av vår historie er samtidig når det gjelder arbeidshelse i andre deler av verden. Gjennom arbeidet med dette nummeret har jeg med glede erfart at interessen for arbeidsmedisinsk historie synes å være stor blant kollegene. Jeg er stolt av å kunne presentere bidrag fra flere markante arbeidsmedisinere. I tillegg er det en stor ære at historikeren Knut Kjeldstadli har vært villig til å bidra med sitt perspektiv på utviklingen av det norske arbeidslivet. For å trekke noen linjer opp mot dagens situasjon, ba vi også om bidrag fra henholdsvis LO og NHO med deres forventninger til den nye regjeringens politikk når det gjelder arbeidsliv og arbeidsmiljø.

Anniken Sandvik, gjesteredaktør

Redaktørskifte

Etter 10 år som redaktør av Ramazzini har professor Bente E. Moen valgt å takke for seg. Under hennes ledelse har bladet i stor grad vært både meldebladet og identitetsbygger for norske arbeidsmedisinere og det håper jeg dagens redaksjonskomite skal få til i fortsettelsen også. Jeg har ett ønske og det er å få mer stoff fra og om bedriftsleger og deres arbeidsforhold, men veit det kan være en utfordring. Sjøl er jeg en pensjonert overlege fra Arbeidsmedisinsk avdeling på St Olavs Hospital i Trondheim som nå arbeider som bedriftslege i 30% stilling. Jeg startet i faget i 1976 med fire år på daværende Yrkeshygieneinstitutt, forløperen til dagens STAMI, og fortsatte med 10 år i Arbeidstilsynet i Trondheim, i påvente at det skulle bli en avdeling ved sykehuset der. Bedriftshelsetjenesten kjenner jeg mest fra åra i Arbeidstilsynet. Da styret spurte om jeg ville ta over som redaktør ble jeg gledelig overrasket og jeg håper å kunne bidra til bladets drift og utvikling i noen år framover. Bentes siste redaksjonskomite fortsetter så jeg regner med å ha gode læremestere.

I dette nummeret av bladet som er viet arbeidsmedisinsk historie skulle vi også hatt med informasjon om Årsmøtet og Vårkonferansen 7.-9. mai og om Forskningsprisen for 2013, men fristene for disse gikk ut for tidlig. Nærmere informasjon finnes på NAMFs hjemmesider og jeg vil spesielt oppfordre alle om å komme på Vårkonferansen som i år arrangeres på Jeløya utenfor Moss.

Håkon Lasse Leira, redaktør

REDAKSJONSKOMITÉ 2014 - 2015

Håkon Lasse Leira
Lade Bedriftshelsetjeneste a.s,
Haakon VII gt 12 B,
7041 Trondheim
Tel: 918 47 971
E-post: h-leira@online.no

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

Anne Kristine Jordal
Bedriftshelsetjenesten
Frank Mohn AS
Tel: 92 06 54 20
E-post: akj@framo.no

Anniken Sandvik
Seksjon for Miljø- og Yrkeshygiene
Oslo Universitetssykehus HF
Ullevål Sykehus
Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tel: 22119983
E-post: anniks@ous-hf.no

FORENINGSDRESS

Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tel.: 23 10 90 00
Faks: 23 10 91 00

Foreningssekretær:
Bjørn Oscar Hoftvedt
E-post: bjoern.hoftvedt@
legeforeningen.no
Tel 23 10 91 04
Sekretær: Eli Marie Berg-Hansen
E-post: eli.berg-hansen@
legeforeningen.no
Tel.: 23 10 91 23 – privat 63 99 11 14
(fredag)

Bernardino Ramazzini - Arbeidsmedisinens far

Anniken Sandvik, Seksjon for Miljø- og Yrkesmedisin, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Bernardino Ramazzini ble født 5. november 1633 i Carpi, en liten by i nærheten av Modena. Han studerte både filosofi og medisin ved universitetet i Parma og ble uteksaminert derfra i 1659. Han jobbet en periode som lege i Roma og fikk deretter en legestilling i hertugdømmet Castro hvor han også giftet seg. Der pådro han seg malaria og flyttet for en periode tilbake til Carpi for å komme seg. Gjennom innflytelsesrike forbindelser fikk han i 1671 en stilling som professor i teoretisk medisin ved universitetet i Modena, en stilling han hadde i 18 år. Deretter fikk han stilling som professor i praktisk medisin ved universitetet i Padova. Her døde han på bursdagen 5. november i 1714 (1, 2). På sine eldre dager fikk Ramazzini svært nedsatt syn. De siste arbeidene skal han ha diktert til sine barnebarn. Kildene til Ramazzinis liv har vi gjennom hans nevø, Bartholomeo Ramazzini, som gav ut onkelens samlede arbeider i 1717 sammen med en biografi om ham. Ramazzini beskrives som en person med stor omsorg for sine pasienter, men også som en temperamentsfull herre som lett kom i konflikt med andre, ikke minst sine legekolleger. Han hadde mektige beskyttere i hertug Franscesco II d'Este og kardinal Rinaldo d'Este. Disse måtte ofte gripe inn og komme ham til forsvar (3).

Ramazzini hadde en stor akademisk produksjon. I perioden 1679 til 1714 publiserte han en rekke arbeider innenfor et bredt spekter av temaer, men fokuset var på arbeidsmedisin. Best kjent av hans verk er "De Morbis Artificum Diatriba", til norsk oversatt som "Om arbeideres sykdommer", som ble utgitt i Modena i 1700. I denne avhandlingen beskriver han det han oppfatter som de vanligste arbeidsrelaterte sykdommene, samt symptomenes grunnlag både anatomisk, fysiologisk og patologisk. Ut fra dette kommer han med forslag til behandling og ikke minst forslag til forebyggende tiltak. Ramazzinis tenkemåte og tilnærming til arbeidsrelatert sykdom er blitt vurdert som forut for sin tid (4). Mye av hans metode kan vi kjenne igjen i dagens arbeidsmedisin. Utover å beskrive sykdommer og gi forslag til tiltak mot disse, gir han i verket sitt også fargerike skildringer av samtidens levekår. Det er derfor også mye historisk kunnskap om datidens samfunn å hente ved å lese Ramazzinis avhandling.

I avhandlingen beskriver Ramazzini 42 forskjellige yrker og deres sykdommer. I 1713 kom avhandlingen ut i nytt opplag, og det ble da lagt til en beskrivelse

av ytterligere 12 yrker. Gjennomgående er Ramazzinis tilnærming deskriptiv. Han gir en grundig beskrivelse av arbeidsforhold og de sykdommer han observerer, uten alltid å forstå mekanismene for sykdomsutviklingen. Han legger hovedvekten på kjemiske og mekaniske faktorer i sin vurdering av årsaker til arbeidsrelatert sykdom. Han har blant annet mange betraktninger rundt ergonomiske utfordringer i ulike yrker. Om skreddere og skomakere sier han for eksempel følgende:

Skreddere og skomakere og alle andre som arbeider i sittende stilling, blir med tiden bøyd og krokryggede. De holder hodet bøyd som om de leter etter noe på bakken. Dette er følgen av at de sitter i bøyd stilling hele dagen. (6).

Ramazzini forteller selv i sitt hovedverk hva som først gjorde at han fattet interesse for arbeideres sykdommer; en samtale med en dotømmere. I Modena hadde hus med flere etasjer en bingefor oppsamling av ekskrementer fra beboerne. Disse bingene var forbundet med gatekloakkene, men skulle i følge en forordning renses hvert tredje år. Ramazzini kom en dag ut av huset sitt og så en mann som sto og tømte kloakkbingen utenfor. Han la merke til at mannen jobbet i svært høyt tempo og ble veldig sliten. Ramazzini spurte hvorfor han jobbet så raskt, om det ikke var lurerer å arbeide langsommere for å unngå overanstrengelse. Mannen svarte da at "Ingen som ikke har vært med på dette kan forestille seg hva det koster å forbli lenger enn fire timer på et sted som dette – man blir blind" (6). Ramazzini så at mannens øyne var blodsprengete og tåkete og han forteller at han etter dette la merke til mange andre som hadde jobbet som dotømmere og som var mer eller mindre blinde og livnærte seg ved å tigge rundt om i byen. Han antok at det var ammoniakkdamp fra kloakken som var årsaken til dette. Slik Ramazzini skriver om denne saken, forstår vi at han møtte skepsis fra sine legekolleger til hvorvidt arbeideres sykdommer var noe de skulle befatte seg med. Han uttaler:

Kanskje blir en del lesere ille berørt av at jeg blir værende blant latriner og kloakker, men den som utforsker naturens rikdommer får ikke forakte noen aspekter, grove som fine, særlig hvis han er lege (6).

Ramazzini blir omtalt som en mann forut for sin tid. Hvor uvanlig hans arbeid egentlig må ha vært,



Bernardino Ramazzini, 1633-1714 (Wikimedia Commons)

blir særlig tydelig hvis vi forsøker å sette oss inn i den samfunnsmessige konteksten. Befolkningen som helhet sto overfor mange alvorlige sykdommer av akutt karakter. Forekomsten av infeksjonssykdommer som for eksempel meslinger, tyfoid-feber, tuberkulose og malaria var høy, i tillegg til sykdom i relasjon til de stadig pågående krigene. De fleste leger beveget seg sannsynligvis først og fremst blant overklassen for å kurere sykdom hos rike pasienter som kunne betale godt for seg (7). Ramazzini gikk nye veier og hadde fokus på arbeideres sykdommer i sitt arbeid, og det varte lenge før det ble gehør for hans tanker i medisinske kretser i Europa. Ramazzinis hovedverk ble oversatt til engelsk, fransk, tysk, italiensk og nederlandsk i løpet av 1700-tallet. Ramazzinis arbeider ble oversatt i lang tid før de ble lest med fornyet interesse rundt år 1900 (7). Senere er boken også blitt oversatt til russisk, japansk og svensk (8). Den opprinnelige utgaven fra 1700 var bare 18 cm høy. Boken var tenkt å skulle passe i lommen på datidens leger.

I dag er Ramazzinis navn vel kjent og ofte brukt i arbeidsmedisinske sammenhenger. Vårt eget fagtidsskrift tok navnet Ramazzini i 1994. Et tidlig eksempel på at navnet ble brukt er tidsskriftet *Ramazzini - Giornale Italiano di Medicina Sociale* som ble utgitt i Firenze i perioden 1900-1917. *Collegium Ramazzini* ble grunnlagt i 1982 som et uavhengig, internasjonalt akademi bestående av 180 anerkjente fagfolk, som særlig arbeider for å spre kunnskap om forebygging i arbeidslivet. Et sykehus i Modena bærer navnet *Ospedale Ramaz-*

zini og da The University of Occupational and Environmental Health ble etablert i Japan i 1978 fikk en bygning navnet *Ramazzini Hall*. I denne bygningen er en førsteutgave av *De Morbis Artificum* fra 1700 stilt ut i en glassmonter (8). Ramazzini døde i Padova og ble sannsynligvis gravlagt i en fellesgrav under kirken Beata Elena Enselmini (i dag oratoriet for San Francesco de Sales). Levningene i denne graven ble gravd opp og undersøkt både i 1914 og i 2002. Man mente ut fra dette å kunne sannsynliggjøre at Ramazzini ligger i denne graven (9). Ønsker du å valfarte til Ramazzinis grav, er det altså til Padova du skal dra. Interessen også for Ramazzinis jordiske levninger illustrerer hvor stor betydning han har hatt for vårt fag og ikke minst hvor viktig han har vært for arbeidsmedisinens identitet. Ved å bruke navnet hans på tidsskriftet vårt fører vi oss inn i en lang tradisjon. La meg avslutte med Ramazzinis egne ord; de synes jeg tåler å siteres ofte, både som en påminning til kolleger i andre spesialiteter og til oss selv:

Når du kommer hjem til en pasient skal du spørre ham ut om de symptomer han har, hva årsaken kan være, hvor mange dager han har vært syk, om magen hans fungerer og hva slags mat han spiser. Dette sier Hippokrates. Jeg våger å legge til ytterligere et spørsmål: Hvilket yrke har han? (6)

Referanser:

1. Legge, Robert T. The lure of medical history. Bernardino Ramazzini. *Cal West Med* 1929; 31: 201-202.
2. Skrobonja, Ante. Bernardino Ramazzini's *De Morbis Artificum Diatriba* or three hundred years from the beginning of modern occupational medicine. *Arh Hig Rada Toksikol* 2002; 53: 31-36.
3. Gerhardtsson Gideon. Forord til *De Morbis Artificum*. Om arbeitares sjukdomar av Bernardino Ramazzini. Åkersberga. Arbetsmiljöförlaget, 1991.
4. Franco G. A pioneer of public health, Bernardino Ramazzini. *Ann Ig* 2013; 25: 273-80.
5. Roholm, K. Bernardino Ramazzini, Erhvervshygienens Fader. I anledning af 300-aarsdagen for hans fødsel. *Ugeskr Læger*, 1933; 95: 1211-16.
6. *De Morbis Artificum*. Om arbeitares sjukdomar av Bernardino Ramazzini. Åkersberga. Arbetsmiljöförlaget, 1991. Sitater er oversatt fra svensk av Anniken Sandvik.
7. Franco, Giuliano. Ramazzini's "De Morbis Artificum Diatriba" and Society, Culture and the Human Condition in the Seventeenth Century. *Int J Occup Environ Health* 2000; 6: 80-85.
8. Felton, J.S. The heritage of Bernardino Ramazzini. *Occup Med* 1997; 47: 167-79.
9. Terribile Wiel Marin et al. Bernardino Ramazzini lies in Padua. *The Lancet* 2003; 362: 1680.

Arbeidsmiljøet i det gamle arbeidslivet - og i dag

Knut Kjeldstadli

Professor i historie, Universitetet i Oslo

Den første yrkeshygieniske rapporten jeg kjenner til fra det gamle arbeidslivet, er eventyret "De tre mostrene" fra Asbjørnsen og Moe. Den ene hadde så lang nese fordi hun støtt satt og nikket opp og ned ved rokken. Den andre hadde en enormt bred bakende fordi hun støtt satt og skubbet fram og tilbake på vevfjola, og den tredje hadde store, stirrende øyne, fordi hun støtt satt og sydde. Og prinsen bestemte at hans brud aldri skulle sitte og spinne, veve og sy. Slik kom den første arbeidsmiljøloven.

Arbeidsmiljøet i det gamle arbeidslivet

Vel, faktisk forteller eventyret om de tre mostrene det som var mest slående ved arbeidsmiljøet i det gamle arbeidslivet: Arbeidet skreiv seg inn i kroppene. Hver enkelt fikk tegnet til sitt yrke.

En viktig operasjon på de gamle plateverkstedene var å klinke nagler for hånd. Det skjedde i lag. Noen slo. Andre holdt mot på andre sida av plata. Atter andre leverte de opplødde naglene. Slik forteller jernarbeideren Oscar Birkenes: "Da klinkelaget gikk hjem om kvelden, kunne en godt se hva arbeid disse utførte, forklinkeren var skjev i venstre siden, den andre i høyre, motholderen gikk meget foroverbøyd, og naglegutten eller varmere var en del rund i ryggen etter belgelåsing, og naglekasting til motholderen". Andre jernarbeidere hadde andre merker. Sliperne fikk det de kalte sliperastma, som egentlig var silikose og skyldtes tørrsliping av metall. Gjennomsnittlig levealder i England noe før 1900 var 55 år - gaffelslipere ble 28 år i snitt.

Merker i de arbeidende kroppene var ikke forbeholdt menn. En forfatter som het Constantius Flood skildret jentene fra systuene, boktrykkeriene og fabrikkene slik: "Det er piker fra 18 år og oppover til 25-årsalderen, til dels vakre ansikter, men disse ansiktene bærer som oftest preg av overanstrengelse, og de fleste av disse unge pikers holdning er påfallende slett, de går foroverbøyd og skjodesløst, med en viss usikkerhet som tyder på en sørgelig mangel på normal legemsutvikling. De tilbringer også omtrent hele sin dag i en bestemt stilling, sittende eller stående bøyd over et anstrengende arbeid i en slett atmosfære".

Også folk utenom den egentlige arbeiderklassen ble preget av arbeidet. Jonas Lie skildrer fjeset til en bokholder som har arbeidd med tall i dårlig lys: "[...] den ypperlige nesen, som snuset nærsynt nedover og op igjen i regnskapene på begge sider næsten som et bøyelig tryne [...] Det var en regnskapsnese,

det!" En annen bokholder skildres slik: "Sinnet hans hadde skrumpet inn av ødeleggende håpløshet fra kjedsomheten og rutinearbeidet. Han var en regnemaskin med en endeløs rekke av tallkombinasjoner lært utenat".

Sjøl om kunstige energikilder fantes - turbiner og dampmaskiner - gikk svært mye, ja det meste med "brødkraft" eller "brøddamp", som folk kalte det, altså kroppsarbeid.

Heller ikke de fysiske rammene rundt arbeidet kunne sies å fremme helse. "Straks døra ble åpnet", heter det i en skildring av et støperi, "hvirvlet vinden opp sand fra støperigolv.

Sammen med røyken fra koksgrytene på golvet og osen fra parafinkolene som var i bruk selv midt på dagen, skapte det en tett og tung atmosfære. Dagslyset sivet sparsomt inn gjennom vindusrutene som var helt tildekket av sand og røyk. Fra ovn og smeltdigel stiger en gulgrønn, kvelende røyk".

Lysforholdene var altså slette. I et maskinverksted brukte de bare stearinlys rett på maskinene. Det så ut som julekvelden, forteller en derfra. Eieren blåste ut lysene, om han syntes de sløste. I tekstilbedriftene hadde de brukbart overlys - men det var ikke vinduer, for å hindre at jentene skulle forstyrres ved å se ut.

Temperaturen svingte. Fra et plateverksted fortelles at det vannet som ble slengt på jordgolvet for å dempe støvet, frøs til is om vinteren. I en smie var temperaturen opp i 60 grader celsius, i Christiania Spigerverks stålverk var den oppi 54 grader.

Forurensing fra støv og damp var en plage svært mange steder. Fra sauseværelset i en tobakksfabrikk het det at "man hoster og nyser næsten uafsladelt og Sveden trønger snart frem på ens Pande". Det ble luftet - men ofte slik at problemene med trekk var store.

Arbeidsmaskinene var en stor fare. Særlig så lenge det var reimdrift, var dette en av de viktigste årsakene til dødsulykker. Folk ble tatt i tøyet, slengt rundt, knust. En kan finne gruoppvekkende hendinger. En unggutt måtte klippes løs med tener og skrapes av båndet med skje, mens faren var til stede. Lokalene var heller ikke gode på andre måter. Garderøber fantes snautt, og egne spiserom kom seint. En som heter Trygve Grav forteller fra sin første arbeidsdag på Spigerverket så seint som i 1934: "Matveska satte jeg under lemmen, men fikk beskjed a'n Kal; "Heng opp veska, ellers eter rotta maten. Vi satt under ommen og spiste, og der frøs vi ikke. Bad

fantes ikke, så vi badet og vasket oss i kjølevannet til ovnen, og mista vi såpestykket var det takk og farvel til det". Slikt som drikkevann kunne det være kleint med. På Spigerverket ble det fortalt en skrekkehistorie om en død rotte som satt så lenge fast i drikkevannsrøret i valsverket at den til slutt kom ut helt hvit.

Forandringer i vårt hundreår

Nå skal ikke denne oversikten bli en katalog over alle redsler i det gamle arbeidslivet. La oss i stedet spørre: Hvilke endringer har funnet sted fra ca. 1900 til i dag?

Den første store forandringen er nedgangen i kroppsarbeidet i egentlig forstand, nedgangen i det fysiske blodslitet. Vi tok i så det "knistra for øya" på oss, forteller en fra plateverkstedet på Thunes verksted. Etter hvert kom kraner, heiser, trallespor, jekktraller og trucker. Kranene fjernet en hel yrkesgruppe – de gamle sjauerne forsvant.

Den andre forandringen er sjølsagt nedgangen i arbeidstida. Fra en 12-14 timers dag midt på 1800-tallet kom åtte timers dag i 1919. En annen sak er at det er flere generasjoner siden, og seks timers dag ble reist som krav allerede på 1930-tallet.

Den tredje forandringen er bedring i arbeidsplassenes fysiske utforming - maskinene er over tid blitt bedre ergonomisk sett. De har fått sikkerhetsklapper rundt bevegelige deler. Det personlige verneutstyret er blitt mer utviklet - hørselsklokker, masker, verne- sko, hårnett osv.

I sum er det neppe tvil om at arbeidsmiljøet er blitt bedre fra 1900 til i dag. På den andre sida er det tre tendenser andre veien.

For det første betydde ikke mekanisering og tekniske nyheter bare forbedringer. Håndklinking var hardt. Men pressluftklinking ga svært mange såkalt pressluftartritt, dvs. store slitasjeskader i skuldre, albuer og håndledd. Og sveisingen som erstattet klinkingen, bød på sveiseblink og forgiftninger. Vi må kvitte oss med forestillinger om at utviklingen nødvendigvis går mot noe bedre.

Et modellverksted hadde vært et rolig arbeidssted til båndslagene begynte å hvine. Støyproblemene har generelt økt med industrialiseringen. Slik het det fra trådstiftklipperiet på Spigerverket i 1935: "Det lever og lyner og smattrer i hver en krok og trommehinnene er utsatt for en voldsom påkjønning. Helvete-slevenet smelter sammen til et eneste, øredøvende brak, hvor bare de tunge, regelmessige dunk av maskinene som lager ti toms spiker kan skilles ut". Det er ikke mye bedre i dag, etter min opplevelse av slike arbeidsplasser.

For det andre er det en type skader som er typiske for det moderne arbeidslivet og som vi kanskje bare har sett begynnelsen på - yrkessjukdommer skapt av kjemiske stoffer vi nå ikke kjenner virkningene av. I så måte har vi en del å lære av historiske eksempler. Så seint som i 1930 mente Arbeidstilsynet at det ikke fantes silikose i Norge. Etter hvert ble flere tilfelle oppdaget, og smått og senn kom systematiske røntgenundersøkelser. Denne lungelidelsen som forkrø-

plet og kunne være dødelig, fantes blant annet hos gruvearbeidere og porselensarbeidere. I 1945 ble det klart at hver femte støperiarbeider var rammet. Først innføres stoffer og arbeidsmåter - etterpå undersøkes bivirkninger. I nyere tid har et eksempel vært asbestose.

Hva skyldes de forbedringene som har kommet?

Alt i alt er arbeidsmiljøet blitt bedre enn for la oss si hundre år siden. Hvorfor? Hva er årsakene? Hvem skal eventuelt æren tilskrives?

Kanskje skulle en vente at dette skyldtes dem som har hatt styringsretten, som har kunnet besluttet om innføring om ny teknologi eller om å anlegge et nytt bygg. Jeg har syslet en del med jernindustrien historisk, spesielt Spigerverket og Kværner Brug før 2. verdenskrig. I alt materialet jeg her har vært borti, fant jeg kun tre tilfelle av ledelsesinitiativ for miljøforbedringer. I ett av de tre, et nytt sandblåsehuse, hadde arbeiderne først demonstrert sin misnøye. I det andre, en ny valsemølle som skulle gi mindre støv, kunne bedriften samtidig øke produksjonen og oppfylle en finhet på slagget som var bestemt i internasjonale avtaler.

Grovt sagt har kapitalsida innført forbedringer når det som nevnt over har falt sammen med andre hensyn, for å stagge bråk eller fordi det har vært gunstig for produksjonen. I en bok om bedriftshygiene het det: "En Arbejder der virker under sunde Forhold, yder langt større Arbejde og udfører det med mere Lyst, en naar han virker under mindre gode Forhold. Ofte nøjes han under sunde Forhold med mindre Løn."

Motsatt finnes en rekke eksempler på at bedriftene ikke har innført forbedringer de visste var nødvendige eller stanset gode tiltak. Rundt 1900 kjente ingeniører, leger og bedriftsledere til farene ved støv og gass i støperiene. Og de kjente til ventilasjonssystemer for å forbedre forholdene. Likevel bygde Thunes mek. verksted nytt stort støperi i 1902 - uten at slikt anlegg var lagt inn, og uten at der ble gjort noe med det fem år etter, trass i pålegg fra det stedlige arbeidstilsynet. Thune var intet særsyn. Da Formnerforbundet i 1938 søkte Mekaniske Verksteders Landsforening (MVL) om et bidrag for å røntgenfotografere støperiarbeiderne, av slo de blankt. Slikt var ikke deres sak.

En annen sak er at større arbeidslokaler, flere kraner osv., som har vært innført av hensyn til produksjonen, også indirekte har virket gunstig for det fysiske arbeidsmiljøet.

Hva så med innsatsen fra staten og interesserte profesjoner - fra arbeidstilsynet og fra yrkesmedisinere? Den har selvfølgelig gitt et bidrag. Vi har hatt nye lover eller store revisjoner i 1892, 1909, 1936, 1956 og seinest med Arbeidsmiljøloven i 1977.

Det som særmerker denne linja i forbedringen av arbeidsvilkårene, har vært en tendens til å se dette som nøytrale spørsmål, som kunne avgjøres på en såkalt "saklig" måte. Det avgjørende blir her hva som står i loven. Vernearbeidet blir et fortolkingsar-

beid. Spørsmålet blir: Er forholdene i samsvar med loven? Ikke: Er disse forholdene gode, slik de oppleves av dem som arbeider der? Verneombudene, som ble innført etter 1956, ble ikke sett som de ansattes representanter, men som utøver av et slags offentlig verv, som skulle tilse at loven gjaldt. Representantene for denne linja hadde ofte det synet at årsakene til skader og sjukdommer lå hos de enkelte individene. Noen kunne være disponert for eksempelvis lungesvakhet og burde derfor styres unna via tester og yrkesrettledning, sa en. Andre var notorisk uforsiktige, ifølge dette synet, som bl.a. stod sterkt i organisasjonen Vern og Velferd. I "Jern- og Metallarbeideren" 1952 het det f.eks. "det er arbeideren som er ulykkens nærmeste offer og årsak. Det gjelder å få arbeideren til å forstå at han selv må sette alt inn på å arbeide så sikkert som mulig".

For å løse arbeidervern og arbeidsmiljø via lovgivning kan vi anføre at loven jo skal gjelde alle, slik at svake grupper som ikke er organisert, iallfall i prinsippet, skal nyte godt av den.

Dessuten kan lover brukes som argumenter, noe en klubb kan huke tak i. Det er også vanskelig, ikke umulig, å reversere en utvikling som er lagt fast i lov. Svakhetene med denne såkalt nøytrale og statlige linja er flere. For det første kommer individforklaringene ofte til å lede til å anbefale personlig verneutstyr, framfor å gjøre noe med hele den livs- og arbeidssituasjonen som gjør folk sjuke. Dernest har det statlige tilsynets kapasitet alltid vært for liten. Verken før eller nå rekker tilsynet effektivt over arbeidsplassene.

Videre har tilsynets innsats vist seg å være ytterst avhengig av økonomiske konjunkturer og politiske svingninger. I mellomkrigstida tok de uttrykkelig hensyn til bedriftenes økonomi. Arbeidsmiljøloven fra 1977 har en del sterke formuleringer. Prinsippet om omvendt bevisbyrde, at arbeidskjøper var objektivt ansvarlig for skader og sjukdommer med mindre det motsatte kunne bevises, var foreslått inn i loven. Det falt. Og loven praktiseres i dag med de dårligere tider mer og mer slik at tilsynet kommer med tilråding, ikke med påbud.

Endelig er jo lovens bestemmelser ikke de tenkelige beste for arbeidstakerne. Å løse alt via lov og tilsyn kan bety en passivisering i forhold til det å sjøl gjøre noen for å få forholdene bedre.

Tilbake står da arbeiderne, fagbevegelsen, arbeiderbevegelsen. Det meste av æren for bedre forhold må gå hit. Men i sannhetens navn har mange i arbeiderbevegelsen ligget nær opptil synet hos kapital og stat. Dette gjaldt ikke minst i etterkrigstida. Da satsen på gjenreisning, økt produksjon, vekst, om ikke for enhver pris - så iallfall slik at en var villig til å sette helsa inn. I 1949 utga LO et hefte med tittelen "Rasjonalisering og helsa". Det het: "Selv om det moderne

arbeidsliv har ført til mindre gagnlige virkninger på helsa, kan man likevel ikke la være å rasjonalisere." En må være på vakt, heter det videre. "De helsemessige problemer som likevel måtte komme, på tross av en riktig og hensiktsmessig rasjonalisering, må løses etter hvert som de melder seg - og etter hvert som vår viten på dette viktige felt- rasjonalisering og helsa - blir større."

Forklaringen på ledelsens valg ligger i satsingen på vekst. Kanskje hadde de også en viss blindhet for skillet mellom intensivering og økt produktivitet. Forklaringen på at mange arbeidsfolk lenge også godtok å selge helsa for lønn, er sammensatt.

Noe har skyldes allmenn levestandard. En har trengt mer penger. Smusstillegg og ulempetillegg har i hvert fall gitt det, sjøl om de jo på et vis er helt ulogiske. En blir ikke reinere av noen ører eller kroner mer. Først når boforhold og generell hygiene ble bedre, fant en grunn til å stille krav til utformingen av jobbene. Slikt som renslighet på toalettene kom for mange først seint i mellomkrigstida.

Angst for arbeidsplassene har vært viktig. Fabrikkrøyk har vært sett som et godt tegn, helt fra en under den tidlige industrialiseringen gjerne tegnet røyken som en slags seiersfaner over bygningene.

Endelig er det vel slik at folk har omtolket situasjonen. Når det ikke syntes mulig å gjøre noe med det, overbeviste en seg sjøl om det var bra. Det er psykologisk vanskelig å leve med for store sprik mellom praksis og tankegang, så da justerer en helst tankegangen.

På den andre siden har det også funnes mye uformelle kunnskaper om arbeidsmiljø og vernetiltak blant folk. Sjukdommer som støvlunge - altså silikose, og støypefeber, det vil si messingforgiftning, var kjent i arbeidermiljøene lenge før legene ble klar over dem.

Og folk har kjent botemidler. Valseverkarbeiderne på Spigerverket hadde en tønne med isvann, havremjøl og salt som de drakk av under arbeidet. Først ut på 1930-tallet begynte legene å propagandere for at saltmangel på grunn av varmt arbeid gjorde en matt, svimmel og ga dårlig mage.

Det har også funnes en aktiv tradisjon i fagbevegelsen - som har dokumentert forholdene, agitert, henvendt seg til myndigheter, gått til aksjoner og forhandlet. Denne linja må fagbevegelsen i større grad fortsette. Loven kan brukes om det finnes lokal aktivitet. Men ideelt burde ikke helsearbeidet gjelde fortolkning av hva som er rette krav til arbeidsmiljøet, men i stedet gjelde aktiv handling og forhandling om hva som bør være rett.

Det gjaldt i det gamle arbeidslivet. Det gjelder i dag.

Foredrag holdt på kurs om arbeiderhistorie på Sørmarka 1987. Mye av materialet er hentet fra Norsk Folkemuseums samling av arbeiderminner. Stoffet ble samlet inn i forbindelse med doktoravhandlingen min, *Jerntid*.

Fabrikkssystem og arbeidere ved Christiania Spigerverk og Kværner Brug fra om lag 1890 til 1940, Oslo 1989

Fruktbart samarbeid over landegrensene

LIS Jose Hernán Alfonso. Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi. Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Tor Erik Danielsen. Seksjon for miljø og yrkesmedisin. Oslo Universitetssykehus. Ullevål



Kolleger fra Esbjerg og Oslo under hyggelig felles middagsarrangement. Artikkelforfatterne som nr to fra venstre og ytterst til høyre. Dr Jørgen Riis Jepsen med hånden i været.

I oktober 2012 besøkte veiledningsgruppen til Tor Erik Danielsen Arbeidsmedisinsk avdeling i Esbjerg, Danmark. Vi lærte blant annet om forskjeller mellom yrkessykdomslisten i Norge og Danmark, samt om situasjonen i Danmark hvor man ikke lenger har bedriftshelsetjeneste ("bedriftssundhedstjeneste"). Vi var også på et interessant bedriftsbesøk ved en vindmøllevingefabrik.

I november 2013 kom syv av våre kollegaer fra Arbeidsmedisinsk avdeling i Esbjerg på gjensitt her i Oslo. Dr. Jørgen Riis Jepsen fortalte på fredagsmøtet på STAMI om sine forskningsresultater. Han beskrev hvordan utvidet nevrologisk undersøkelse kan benyttes for å bedre diagnostiseringen av pasienter med arbeidsrelaterte smerter i overekstremitetene (1). Senere på dagen gjennomførte Jepsen en klinisk pasientdemonstrasjon på Ullevål.

Forskningsresultatene til Dr. Jepsen er nå blitt oversatt til spansk i form av en reviewartikkel som

nylig ble publisert i et anerkjent arbeidsmedisinsk spanskspråklig tidsskrift, "Revista Salud de los Trabajadores" (2).

LIS fra Oslo gleder seg over at vi ble invitert til å hospitere ved Arbeidsmedisinsk avdeling i Esbjerg.

Samarbeid over landegrensene er viktig for fremtidens arbeidsmedisin.

- 1) Jepsen JR, Hagert C-G. **The neurological examination in work-related upper limb pain.** International Musculoskeletal Medicine 32(1):2010.
- 2) Jepsen JR, Alfonso JH. **El examen neurologico en pacientes con dolores en los miembros superiores en relación al trabajo.** Revista Salud de los Trabajadores. (Maracay) 2013, Jul.-Dic., 21(2),163-173.

Bedriftshelsetjenesten – fra katedral til markeds plass

Øivind Larsen (oivind.larsen@medisin.uio.no)

(Professor emeritus i medisinsk historie ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Ca. 30 års erfaring som deltids bedriftslege én dag pr. uke.)

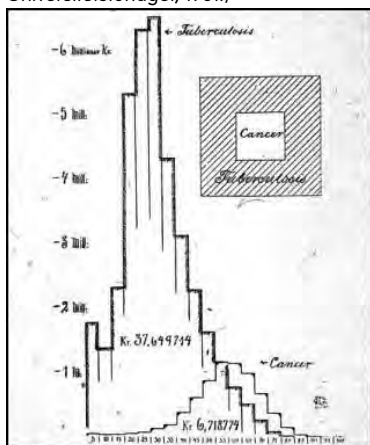
De historiske røttene

Bedriftshelsetjenesten i Norge begynte med at det ble opprettet legestillinger ved store bedrifter. De første større bedriftene i Norge var bergverk. Allerede i 1656 fikk således Kongsberg Sølvverk bergverkslege. I henhold til tradisjon fra bergverk ute i Europa var det også en del andre sosiale ordninger knyttet til bergverkene. I 1730 ansatte Løkken Verk og Follidal Verk en feltskjær, dvs. en håndverksmessig utdannet kirurg. Dette medisinske personalet hadde i hovedsak kurative oppgaver, da det var lite eller ingen helsetjeneste i samfunnet omkring. F. eks. var det et lite, eget sykehus ved sølvverket på Kongsberg på 1800-tallet.

Modum Blåfargeverk hadde sin storhetstid 1830-1850. De hadde egen lege og helsetjeneste. Det foregikk på 1800-tallet en stort anlagt, sammenliknende europeisk undersøkelse over helse og levekår ved bergverk. Denne ble publisert i 1877. Der omtales Modum i positive vendinger.

På slutten av 1800-tallet var industrialiseringen, urbaniseringen og folkeveksten i Norge sterk, uten at det foreløpig var utviklet noe heldekkende sosialt eller medisinsk støtteapparat. Derfor ble det opprettet en rekke lokale fabrikklegeordninger, sykekasser m.m. rundt om i landet. Fra 1889 ble det pliktig legekontroll av fyrstikkerarbeidere som følge av at det var oppdaget fosfornekrose, hvilket hadde ført til fyrstikkerarbeiderstreiken i Kristiania. Lov om fabrikktilsyn kom i 1892, og dermed fikk vi det som senere ble Arbeidstilsynet.

Figur 1. Dette diagrammet ble utarbeidet av legen Fredrik Georg Gade (1855-1933) til et foredrag i Det norske medicinske Selskab i 1917. (Etter Falkum E, Larsen Ø. Helseomsorgens vilkår. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.)



En annerledes folkehelse

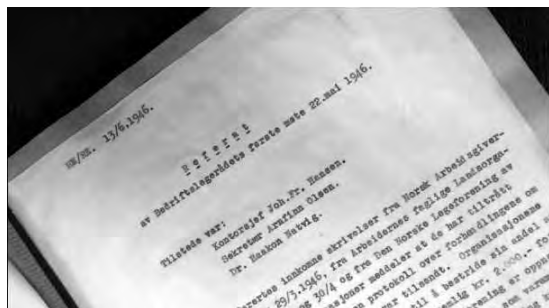
I tiårene omkring århundredskiftet 1900 var sykkeligheten høy i Norge. Især var tuberkulosen et enormt problem, spesielt fordi den var en sosial sykdom i den forstand at den spredte seg lettere og fikk et alvorligere forløp ved fattigdom og sosiale vansker. Den økonomiske utviklingen i tiden medførte stigende klasseforskjeller, og det forverret situasjonen. Legen Fredrik Georg Gade beregnet i 1917 det økonomiske tapet tuberkulosen medførte for landet, sammenliknet med kreft. Tuberkulose var i så måte mye verre en kreft, fordi tuberkulose rammet så mange unge.

Dette forklarer tidens store interesse for helsekontroller for å avdekke uoppdaget sykdom. Tuberkulose, ernæringsvikt, kreftsykdommer og annet kunne bringes til nærmere undersøkelse og behandling. Pioneren i dette var den senere hygieneprofessoren Carl Schiøtz (1877-1938), som rundt 1910 hadde undersøkt omkring 10 000 skolebarn med nyttige resultater. Kanskje kunne helsekontroller av voksne være like aktuelle? Schiøtz ble ansatt som lege ved Freia Chokoladefabrik i Kristiania i 1916, og startet opp en bedriftslegeordning for de ansatte i 1917. Her var helsekontroll det sentrale, begrunnet med å lete etter uoppdaget sykdom, men det var også forutsatt at det skulle drives miljøarbeid, veiledning m.v.

Ordningen ble populær. Helsekontroll for voksne viste seg da også å være meget nyttig. Andre bedrifter fulgte etter og innførte det samme. Det gjaldt imidlertid å ha felles retningslinjer for arbeidet, blant annet for å sikre god standard og for å ha et ryddig forhold til helsetjenesten ellers.

Bedriftslegeordningen blir formalisert

I 1943 ble det inngått en avtale mellom arbeidslivets parter og Legeforeningen om hvordan dette skulle



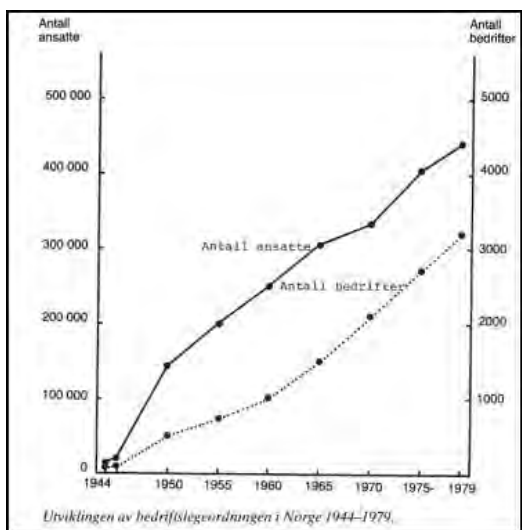
Figur 2: Et historisk dokument – protokoll fra Bedriftslegerådets første møte. (Foto: Øivind Larsen 2013)

være. Denne avtalen ble formalisert etter krigen i 1946, og det styrende og kontrollerende *Bedriftslegerådet* ble opprettet.

I årene som fulgte ble det opprettet en rekke nye bedriftslegeordninger, og i 1979, da Bedriftslegerådet ble nedlagt og vi hadde fått det nye systemet *Bedriftshelsetjenesten*, var størstedelen av norsk arbeidsliv allerede dekket med bedriftslegeordninger.

I 1970-årene var det noe over 400 bedriftsleger som var medlemmer av Norsk bedriftslegeforening, opprettet 1949. De fleste var deltidsarbeidende primærleger, sykehusleger m.v. Utover landet var det ofte distriktslegen som hadde jobben. Bedriftslegeforeningen drev en aktiv utdanningspolitikk med kurs og møter.

Bedriftslegene utførte helsekontroller, miljøarbeid og kartlegging, drev rådgivning, oppfølging ved mistanke om yrkessykdom, men det var også ofte et innslag av allmennpraksis, blant annet fordi det før det ble allmenn syketrygd i 1956, var et gode å ha fri tilgang til lege på jobben. Slik bedriftslegeordning **Figur 3.** Da man i 1970-årene ga bedriftslegeordningen ny profil som bedriftshelsetjeneste, var allerede meget store deler av norsk arbeidsliv dekket. (Etter Natvig/Thiis-Evensen 1983.)



ningen var, fungerte den sannsynligvis best i relativt store, paternalistisk drevne bedrifter der man hadde sans for å ta vare på medarbeidernes ve og vel og skape langsiktig samhold og miljø.

Bedriftslegeordningen var også en viktig innfallspport for epidemiologisk forskning. Tiden var foreløpig ikke kommet for de store, nasjonale, alminnelige helseundersøkelser, og i bedriftene hadde forskere tilgang til populasjoner av i utgangspunktet friske, arbeidsføre mennesker. Slike undersøkelser var også populært i bedriftene, og det stimulerte det faglige klimaet på bedriftslegekontorene.

Figur 4. Hånden som forbindes på bildet er en scene fra legekontoret ved Christiania Spigerverk. (Udatert foto fra Bedriftslegerådets arkiv.)



Bedriftslegeordningens "selvbilde" var imidlertid preget av at det var en helsekontrollerende og ofte kurativ virksomhet. Dette sees blant annet av fotografier i det nedlagte Bedriftslegerådets etterlatte arkiv.

Det ble for bedriftsleger, som for leger i andre fagområder, forsøkt å dra i gang et internasjonalt, spesielt nordisk, samarbeid. Dette gikk imidlertid ikke så greit, og det skyldtes at bedriftslegearbeid viste seg å være svært kontekstavhengig, dvs. sterkt bundet til de ulike ordningene og arbeidsfordelingene som man ellers hadde i de ulike landene. Innenfor norsk bedriftslegeordning var man f. eks. svært interessert i arbeidsmedisinsk kunnskapsutvik-

Figur 5. Nordisk samarbeid.



ling, m.v., men holdningen til dette var mer lunken i andre land der slikt arbeid foregikk andre steder enn i bedriftshelsetjenesten. Fra norsk hold forsøkte man seg også med et nordisk tidsskrift som skulle samle "Nordens fem svaner" på området, men dette skar seg. Svenskene ville ikke.

Konfliktår

For bedriftslegeordningen og helsetjenesten i bedrifter ble perioden 1970-2000 de store konfliktår. Det er mange årsaker til dette. En av dem henger

Figur 6. Daværende vit.ass., senere professor Rolf Hanao, kjent for å ta opp kontroversielle spørsmål, tok blant annet opp spørsmålet om legers nøytralitet i et portrettintervju i Dagbladet i 1973. (Foto: Øvind Larsen)



sammen med tidsånden. Autoriteter sto generelt for fall. Blant disse autoritetene var legene. En reaksjon fra legehold var å holde seg til en strengt nøytral, faglig holdning. Men var det riktig å la barrikader være barrikader når det forelå viktige samfunnsmedisinske problemer som krevde løsning?

Selve næringslivsstrukturen begynte også å endre seg. Det ble færre av de gamle, stabile, paternalistiske bedriftene. Nye organisasjonsformer var ikke så egnet for bedriftslegeordningen. Økonomi begynte også å spille større rolle.

Det var imidlertid et poeng at bedriftslegeordningen skulle være en frivillig ordning, betalt av bedriftene, blant annet for å forankre arbeidet i bedriftene på en forpliktende måte. Personalet ved bedriftslegekontorene var derfor ansatt av bedriftene.

Nye yrkesgrupper kom etter hvert sterkere inn, alt etter behovet. Det var bedriftssykepleiere, fysioterapeuter, vernepersonell, yrkeshygienikere og andre. Dette gikk imidlertid ikke alltid uten profesjonskonflikter. Disse konfliktenes ble sterkere etter at arbeidet med å forberede Arbeidsmiljøloven av 1977 tok til. For hvem skulle ha overtaket i den nye bedriftshelsetjenesten som det ble lagt opp til? Det forbedret ikke klimaet at det også var to foreninger for bedriftssykepleiere og de hadde hver sin agenda. Internt blant legene var det uenigheter mellom heltids- og deltids-bedriftsleger, mellom allmennpraktikere og bedriftsleger, mellom yrkesmedisinere og de andre på feltet osv., i tillegg til at moderforeningen, Den norske Lægeforening den gang lenge hadde en kjølig holdning til bedriftslegene og det de drev med.

Arbeidstilsynet sto mot Sosialdepartementet i spørsmålet om hvor bedriftshelsetjenesten skulle høre hjemme. Sterke personligheter fantes dessuten i alle leire.

1970-årene var også en politisk tid med kraftige ideologiske strømninger. Dette preget livet i mange bedrifter, og også miljø- og helsearbeid. Dette førte til at hele feltet ble sterkt politisert. Det ble radikal

mot konservativ, venstre mot høyre i vid forstand. I markedsføringen av den nye bedriftshelsetjenesten, der det ikke lenger var bare frivillighet, men kom stadig flere offentlige pålegg, ble især *deltidslegeordningene* ut over landet ønsket erstattet med *fellesordninger*, eventuelt med ambulerende busser for å dekke småbedrifter. Folk flest skjønte da ofte ikke hvorfor f. eks. distriktslegen, som de gjerne hadde et godt forhold til, i den nye argumentasjonen for fellesordninger ble karakterisert som så faglig tilbakestående i rollen som bedriftslege. Dette skapte mye vondt blod rundt omkring og lagde sår som det tok lang tid å lege.

Faglig sett var helsekontrollene omstridt. De relativt enkle medisinske undersøkelsene som ble fortatt, passet ikke lenger så godt til det endrede sykdomsspekteret i befolkningen. Det var imidlertid uheldig at man i 1970-årene istedenfor å videreutvikle undersøkelsesmetoder som kunne effektivisere og målrette helsekontrollene, heller valgte å latterliggjøre dem. F. eks. med tanke på den økende interessen for psykososiale forhold utnyttet man neppe det potensialet som ligger i den mellommenneskelige kontakten som kan etableres ved en helsekontroll.

Fram mot 1917 kan man si at helsearbeidet i arbeidslivet vesentlig var kurativ legetjeneste, fordi dette følte særlig presserende. Fra 1917 til Arbeidsmiljøloven kom i 1977, var det en i hovedsak individrettet, forebyggende legetjeneste, men med økende innslag av miljøarbeid.

Fra bedriftslegeordning til bedriftshelsetjeneste

Den nye *bedriftshelsetjenesten* som hadde sitt utspring i 1970-årene, var egentlig noe annet. Det var et nytt system for arbeidsmiljøovervåking som gikk inn i den gamle bedriftslegeordningen og overtok populariteten, men fikk problemer med *forventningene*. De fleste involverte, fra publikum til personale, opplevde dette nye som noe annet. De forventet målrettede og fornuftige helsekontroller som passet med deres helse, helseoppfatning og helserisiko. De forventet miljøarbeid som passet med akkurat deres arbeidsmiljø. Og helst ville de ha en doktor, en sykepleier og en fysioterapeut som de kjente og kunne gå til når de ville. I og med at den nye vinklingen ble kjørt så sterkt fram, især av Arbeidstilsynet, som også ofte kom med krass kritikk av den gamle ordningen, skurret det for mange. Dette slet på den gamle populariteten.

På den annen side: *Konteksten* ble forandret. Utviklingen som etter hvert førte fram mot *fastlegeordningen* av 2001 flyttet allmennmedisinsk primærhelsetjeneste definitivt over til et annet system. Det ble i fastlegeordningen at heldekkende primærhelsetjeneste hørte hjemme. Allmennmedisin på arbeidsplassen kunne ikke være noen erstatning.

Heldekkende syketrygd hadde dessuten fjernet et av de økonomiske insitamentene for bedriftsansatte til å benytte bedriftslegen ved vanlig legebehold. Større instabilitet i arbeidslivet, endret sykdomsspektrum og andre forhold gjorde allmennmedisin av noe

omfang i bedriftshelsetjenesten uaktuell.

Den faglige konteksten på arbeidsmedisinens område forandret seg også. Fra 1960-årene og framover økte oppmerksomheten overfor helseskadelige faktorer i omgivelsene, herunder i arbeidslivet. Forskingen skjøt fart og nye kunnskaper ble tilgjengelige. I det nye bygget Gydas vei 8 ved Majorstua i Oslo, tatt i bruk i 1963, flyttet Arbeidsforskningsinstituttene, senere Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), inn i de tre nederste etasjene og Universitetets hygieniske institutt i fjerde, med dyrestall på loftet. Så her ble det et slagkraftig miljø. Mer viten og økte krav til faglig kvalitet i bedriftshelsearbeidet var således en positiv utvikling som måtte få konsekvenser. Legen var etter hvert ikke lenger den som uten videre hadde tilstrekkelig kompetanse til å løse alle arbeidsoppgavene, fordi mange av disse oppgavene nå gikk inn i andres spesialområder. Det bar derfor mot en viss marginalisering av legerollen i bedriftshelsetjenesten, fordi andre typer spesialkompetanse enn den legen hadde, ble mer etterspurt.

Fra legehånd møte man dette med å styrke arbeidsmedisin blant legene. Nå hadde den tidligere så nølede Legeforeningen våknet. Den la blant annet et økonomiske grunnlaget for det arbeidsmedisinske instituttet som ble startet opp ved Universitetet i Bergen i 1990.

Ny tid

Større vekt på økonomi i alle ledd, også for helsetjenesten, var en klimaendring. I et større perspektiv var det verdier som sto mot hverandre, blant annet som et utslag av at gamle idealer om velferd, samhold osv. fikk konkurranse med andre immaterielle verdier.

"Outsourcing" av tjenester i bedrifter, dvs. utsetting av tjenester til andre aktører ble ansett for å ha sine fordeler. Dette gjelder neppe uten videre for en bedriftshelsetjeneste som skal overvåke et arbeidsfellesskap og ha dettes fysiske og sosiale miljø som sitt arbeidsfelt. Denne arbeidsformen har helt siden 1917 vært et bærende prinsipp, uansett hvem bedriftshelsetjenestens og arbeidsfellesskapets formelle arbeidsgiver måtte være. Selv oppdaget jeg - og fikk tatt affære med - en løsemiddelskade hos en maler fra et firma som hadde et fast vedlikeholdsoppdrag ved bedriften der jeg var bedriftslege. Det viste seg at maleren egentlig ikke var dekket av noen bedriftshelsetjeneste i det hele tatt, fordi han var ekstern.

Arbeidstilsynets argumentasjon om at bedriftslegen skulle arbeide på heltid, gjerne i en fellesordning, kunne nok ha mye for seg når det gjaldt spesiell kompetanseutvikling m.v. Men det førte mange mindre virksomheter over til fellesordninger der nærheten til eget bedriftsmiljø og menneskene der ble fjernere.

Etter hvert ble mange av de felles bedriftshelsetjenestene organisert som egne firmaer som også skulle tjene penger for sine eiere. Aktiviteten måtte

ta hensyn til det. Da oppsto det et spørsmål: Brøt man ikke nå med et av de gamle grunnprinsippene, nemlig at bedriften skulle *eie* tjenesten, med den forpliktelse dette medfører?

Gad vite hvordan avtaleunderskriverne fra 1946 ville ha kommentert dagens situasjon.

Litteratur

I 1805 kom det ut en beretning skrevet av berglege Henrik Rosted om helse og levekår i bergverksbyen Kongsberg, så vi har en del faktaopplysninger om forholdene på 1700-tallet. Denne er gitt ut på ny i: Larsen Ø (red.) *Berglege Henrik Rosted og levekårene på Kongsberg ved slutten av 1700-tallet*. Kongsberg: Sølvverkets venner, 1994.

Faksimile av teksten om Modum på 1800-tallet finnes i tidsskriftet *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1990; 11: 396-403 og fortsettelse i 1991; 12: 132-8.

Hvis man vil lese mer om arbeidsmedisin og bedriftshelsearbeidet i Norge fram til rundt 1980, anbefales Haakon Natvig og Eyvind Thiis-Evensen sen. *Arbeidsmiljø og helse*, en bok som kom ut som nr. 1 av tidsskriftet *Norsk Bedriftshelsetjeneste* i 1983, og som i tillegg ble trykt opp som egen bok i 1989. Selv har jeg behandlet temaet i forbindelse med åpningen av Institutt for bedriftsmedisin ved Universitetet i Bergen: Larsen Ø. *Arbeidsmedisinens utvikling i Norge*. *Norsk bedr. h. tj.* 1990; 11: 140-52. Den som vil gjøre dypdykk i debattene som utspant seg opp gjennom perioden, bør bla gjennom årgangene av Norsk Bedriftslegeforenings tidsskrift fra 1975 til det ble lagt ned i 1993. I siste nummer er det et generalregister. Tidsskriftet het *NIR-Nytt* inntil 1979, deretter *Nordisk Företagshälsövärd* og fra og med 1990 *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*. Utgivelsesfrekvensen var 4-6 ganger årlig, og målsettingen var at det skulle tjene utdanningsformål og identitetsbygging på samme måte og på samme nivå som f. eks. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Bedriftslegeforeningen valgte å legge ned tidsskriftet i 1993, da det ikke ble ansett å være plass eller behov for et slikt separat tidsskrift mer. Det gjenoppsto imidlertid i 1994 i en annen form som *Ramazzini*.

Betzy Kjelsberg, fabrikkinspektør med blick for folkehelse og kvinnesak

Ebba Wergeland, dr. med., overlege i Arbeidstilsynet

Betzy Kjelsberg (1866-1950) var Norges første kvinnelige fabrikkinspektør. Hun var virksom i stillingen fra 1910 til 1936.

I historieprofessor Edvard Bulls bok om norsk arbeidervern (1), har hun fått et eget kapittel. Den plassen fortjener hun. Da Arbeidstilsynet feiret 100 år i 1993, gikk de ansatte ved Oslo-kontoret i samlet flokk til minnesmerket på Sagene. Der ble det lagt ned krans og holdt taler for Betzy, pioneren og forbildet.

Betzy Kjelsberg tilhørte en generasjon kvinner fra middelklassen som kom til å prege samfunnsutviklingen i Norge sterkt. Historikeren Elisabeth Lønnå beskriver dem slik (2):

– De unge kvinnene fra 80-tallet var ikke bare med på å kjempe stemmeretten gjennom i 1913, de var aktive også etter dette – noen av dem langt inn i mellomkrigstiden. På mange måter var de like dominerende som 70-årenes generasjon har vært i vår tid.

Betzy Børresen var ennå ikke 17 år da hun meldte seg på Norges første artiumskurs for kvinner. Hun og de andre fem gymnasiastene ble landets første organiserte kvinnesakskvinner da de i 1882 stiftet foreningen «Skuld» og ga Norges første kvinnelige student, Cecilie Thoresen, vervet som «presidentinde». Men Betzy skilte seg litt fra de andre i flokken, som var embedstmannsdøtre. Faren var skipper, og moren ble enke og eneforsørger da Betzy var 7 år. Hun var også den eneste som hadde vært ute i arbeidslivet og tjent penger. Og mens de andre gikk videre til høyere utdanning, ble artiumskurset hennes avbrutt av giftermål, trolig fordi første barn var på vei. Journalist Gunhild Reistad Ramm peker på at hun fikk andre kontakter og erfaringer enn de andre medlemmene i «Skuld» (3):

– Troen på fremgang gjennom samhold blant dem som selv ønsket å gjøre noe for å forbedre sin situasjon, ble like viktig for henne som den privilegertes følelse av forpliktelse til å hjelpe «de andre».

Den nygifte Betzy Kjelsberg flyttet til Drammen med sin sakførermann. Der organiserte hun kvinnelig butikkpersonale, en gruppe hun kjente godt fra hun selv som ung hadde arbeidet som kasserer i Kristiania. Drammen Kvinnelige handelstandsforening ble stiftet i 1894. De fikk ikke adgang til mennenes organisasjon, de hadde dårligere lønn, 12-14 timers dager og søndagsarbeid. Den fire år eldre søsterforeningen i Kristiania var de første som stilte krav om åpningstidslov. Den kom i 1913 og holdt fram til midt på 80-tallet. Da kom unntaksbestemmelsene litt etter litt, helt til loven ble opphevet i 2003.

Paradoksalt nok ble det begrunnet med hensynet til yrkesaktive kvinner.

Arbeidervern gir folkehelse

Da den første Fabrikktilsynsloven kom i 1892, forsto legene at lovfestet arbeidervern var viktig for folkehelsen. «Loven er i sin Helhed af hygienisk Natur...» sa professor i hygiene, Ferdinand Lochmann (1820–91). Med andre ord var dette en lov som legene mente de burde forvalte. Den første loven ga «sunnhedskommisionens formand, eller en anden dertil af kommunestyret antaget læge» ansvaret for å lede de kommunale fabrikktilsynene. De første årene lå gjennomsnittlig antall tilsyn rundt 1,6 per bedrift per år. Hvor effektive tilsynene var, er en annen sak. Legene manglet spesialkompetanse, de manglet tid og i blant også interesse for oppgaven. Hovedansvaret lå derfor på de statsansatte fabrikkinspektørene som måtte ha «teknisk innsigt». De var fra først to, og delte landet mellom seg. I 1910 ble de tre, da Betzy fikk stillingen som landets første kvinnelige fabrikkinspektør. Kravet om en kvinnelig fabrikkinspektør ble først reist på en nordisk kvinnesaksmøte i 1902 der hun deltok. Da noen mente det kunne være farlig å gå blant maskinene i skjørt, foreslo hun dristig at de kunne bruke bukser. Hun visste hva hun snakket om. På eldre år forteller hun i erindringene at hun var den første i Drammen som brukte «tvedelt skjørt til sykkelridning». Betzy hadde erfaring fra det stedlige tilsyn i Drammen, der hun ble valgt inn i 1908. Loven snakket bare om «mænd» i tilsynet, men menn må her bety mennesker, innvendte Betzy. Det vil si også kvinner. Departementet avviste først en slik tolking, men måtte gi seg.

Hun hadde ikke medisinsk utdanning, men hun skjønte mer om hygiene i praksis, det vil si folkehelsearbeid, enn de fleste legene i de kommunale arbeidstilsynene. Kvinneperspektivet var heller ikke legenes sterke side. I årsberetningen fra 1921 beskriver hun hvordan de nye kravene fra 1909 om en kvinne i det stedlige tilsyn, ble motarbeidet:

– Vi har også i år påtruffet flere kvinnelige medlemmer, som ingen innkallelse har fått til møter fra formannen og som aldri er blitt anmodet om å utføre nogetslags arbeide. Disse kvinner er alltid fornøiet når vi kommer og tar dem med ut på inspeksjoner, de er som regel interessert og villig til å arbeide, men er for beskjedne til å gjøre krav på deltagelse i arbeidet, når,

som de tror det stedlige tilsyns formann helst vil være dem kvitt.

Inspektør for kvinnearbeidsplasser

Da Kjelsberg ble utnevnt til statlig fabrikkinspektør, erklærte statsråd Abrahamsen i pakt med tidens paternalistiske ånd at hun skulle være «som en mor for de kvindelige arbeidere, en kvinde som er lydhør for alle de berettigede krav, alle de savn og mangler der kan være ved fabrikklivet.» Det kvinnelige fabrikkinspektorat hadde ansvar for alle fabrikker som ansatte kvinner, som bomullsspinnerier, vevrier og andre tekstilfabrikker, skofabrikker, tobakk og fyrstikkfabrikker, nærings- og nytelsesmiddel-fabrikker og bakeriene. Det var nok å ta fatt på. Norge var langt fra noe foregangsland for arbeidervern. I 1910 var Norge det landet i Europa som sammen med Irland hadde flest barnarbeidere. Og Norge som ett av de siste landene i Europa som forbød bruk av giftig fosfor i fyrstikkfabrikkene, i 1913. Det var mer enn tjue år etter at fyrstikkerarbeiderne ved Bryn og Grønvold hadde streiket for «bedre sanitære forhold» og de unge jentene med kjever deformert av fosfornekrose hadde vist seg fram.

Straks etter ansettelsen ba Betzy om å få dra til Finland der de hadde hatt kvinnelige inspektører i flere år, og der hun hadde venner gjennom kvinnesaksbevegelsen. Hun hadde kjønnspektivet på plass når hun besøkte fabrikkene sammen med finske kolleger. Hun lurte på hvorfor kvinnene i bakeriet bakte de tyngre brødsortene mens mennene hadde det lettere arbeidet i konditoriet. «Jo», sa sjefen, «konditorfaget är mycket bättre betalt.» – *Jeg gjorde mine refleksjoner, men kunne som gjest ikke si noe, skriver Betzy.*

Nettverk

Hun hadde et nettverk vi kan misunne henne. Som aktiv Venstrekvinne kjente hun ledende sosialpolitikere som Johan Castberg og Jørgen Løvland, og kunne gå direkte til ministrene. Men i det lange løp var nettverket av kvinner og kvinneorganisasjoner viktigere, de som var aktive på de samme områdene: folkehelse, arbeidervern og kvinnesak. I Norge var særlig Sanitetsforeningen og stemmerettsbevegelsen viktig. Internasjonalt deltok hun blant annet på den første internasjonale arbeiderkvinnekongressen i Washington 1919 (International Congress of Working Women - ICWW). Hun var en av dens fem visepresidenter de få årene den eksisterte. Her møtte hun kvinner fra fagforeninger og kvinneorganisasjoner over hele verden. Et viktig krav var at alle medlemsnasjoner i den nyetablerte internasjonale arbeidsorganisasjonen ILO skulle være representert med en kvinne og en mann fra myndighetene, og det samme fra arbeiderne. Selv ble hun norske myndigheters delegat til ILO fra 1921 til 1934. Mange har hørt historien om Betzys møte med den 19 år gamle jenta i Sulitjelma som ikke bare måtte koke, vaske og skure for 11 mannfolk, men også dele rom med dem og «være kjerring» for dem. Betzy ga

pålegg om at det måtte bygges egen brakke for de kvinnelige kokkene, men direktøren mente hun ikke hadde myndighet til å blande seg i dette. Juridisk hadde han antakelig rett, men heldigvis kom han på bedre tanker. Kanskje kona var medlem av Sanitetsforeningen.

Solskinshistorien fra Sulitjelma er nok unntaket som bekrefter langt mer brutale regler for kvinner i mannsdominerte miljøer. I årsberetningen fra 1912-13 forteller Betzy at formannen i et stedlig tilsyn i Finnmark har spurt om et gruveselskap kan la de kvinnelige kokkene dele soverom med de mannlige arbeiderne. Her klarte hun ikke å rydde opp, for departementet erklærte at loven ikke ga Fabrikktilsynet anledning til å blande seg i slike saker.

Opplysningsarbeid

Det var vanlig blant arbeidsgivere, leger og myndighetspersoner å beklage seg over arbeidernes uforstand når noe gikk galt. De var skjodesløse og ufor-siktige, derfor ble de skadet. De drakk for mye, var urenlige og levde usunt, derfor ble de syke. Betzy hadde bedre forstand. Hun mente at arbeiderne hadde bruk for kunnskap om hvorfor bestemte ver-netiltak var nødvendige, ikke bare instruksur og regler. Hun ville at fagorganisasjonene skulle drive opplysningsarbeid om arbeidervern, og brukte selv nettverkene sine til det samme. I årsberetningen fra 1927 står det for eksempel:

– *Den kvindelige fabrikkinspektør opplyser at hun har holdt en del foredrag for arbeidere om arbeidervern, fabrikkhygiene og personlig hygiene. Foredragene har vært belyst med film og lysbilleder fra inn- og utland. Det har vært de faglige samorganisasjoner eller lokale kvinneråd som har ordnet med møtene.*

Hun skjønte at arbeiderne ikke kunne snakke fritt med inspektørene når arbeidsgiver eller formann gikk hakk i hæl, og etterlyste «tillidspersoner» (ikke tillitsmenn) som inspektørene kunne henvende seg til. En slik ordning ble lovfestet i Sverige i 1912 med samme begrunnelse, etter krav fra fagforeningene. I Norge ble ordningen med verneombud først lovfestet førti år seinere, i 1956.

Betzy var ikke så nøye med formalitetene, kanskje særlig ikke de første årene. «Jeg tar meg av det jeg synes er urettferdig,» sa hun. Det hjalp nok med selvsikkerheten og kamplysten hun hadde med seg fra kretsen rundt «Skuld». I årsberetningen fra 1920 forteller hun om en inspeksjonstur

– *for å undersøke hvorledes renslighetsforholdene var i de spise- og hvilerum, som blev benyttet av arbeiderne ved tømmerfløtningen. Fløtningsarbeidere kommer ikke inn under fabrikktilsynsloven i sin almindelighet, kun enkelte arbeidere ved spesielle maskiner... Det lå derfor utenfor mit myndighetsområde å innsi-sere over det hele arbeidsfelt, men da der var kommet skriftlig anmodning til mig fra stedets arbeiderforening og denne var begrunnet med at foreningen hadde henvendt sig både til helseråd og stedlig tilsyn uten å få rettet på de påklagede forhold drog jeg av sted.*

Kvinnesaksblikket

Hun sluttet i Arbeidstilsynet året før den reviderte arbeidervernloven av 1936 trådte i kraft. Den omfattet bedrifter av enhver art. Statens Fabrikktilsyn ble Statens Arbeidstilsyn. Nye store kvinnearbeidsplasser kom inn under loven. Men Betzys epoke var over. Man aner i det siste bidraget hennes til årsberetningen, at 70-åringen var kritisk til tilsynets arbeidsmåte. I 1918 kunne hun telegrafere til statsministeren når «arbeiderfruene» i Jarfjord i Finnmark fortalte henne at de ikke hadde mel til brødet. Med årene ble tilsynet antakelig mer tungrodd og forsiktig enn hun satte pris på:

– Nu når det er siste gang jeg har anledning til å uttale mig som fabrikkinspektør, vil jeg gjenta hva jeg i årenes løp har sagt, at det er absolutt nødvendig å få istandbragt et mer aktivt og personlig samarbeid med chefspektøren, det mannlige og kvinnelige fabrikk-tilsyn samt de kommunevalgte tilsyn.

Betzy hadde blikk for urettferdige og helsefarlige kjønnsforskjeller i arbeidsvilkårene, enten hun besøkte finske bakerier eller norske gruver. Fortsatt står menn som gruppe «i konditoriet» i norsk

arbeidsliv. Kvinnene har som gruppe fortsatt mindre lønn, mindre kontroll med egen arbeidssituasjon og større fysisk arbeidsbelastning i forhold til krefter og helse. I 2013 ga det svenske arbeidstilsynet ut to handlingsrettede rapporter om henholdsvis arbeidsorganisasjon og belastningsergonomi i et kjønnsperspektiv (4, 5). Som arbeidsmedisinere har vi mye å lære av Betzys skarpe kvinnesaksblikk.

1. E Bull. Arbeidervern gjennom 60 år. Statens Arbeidstilsyn. Tiden, Oslo 1953.
2. E Lønnå. Stolthet og kvinnekamp. Norsk Kvinnesaksforenings historie fra 1913. Gyldendal, Oslo 1996.
3. G Ramm Reistad. Betzy Kjelsberg og Drammen. Brakar, Drammen 1994.
4. Under luppen – genusperspektiv på arbeidsmiljø og arbeidsorganisasjon. Arbeidsmiljøverket Rapport 2013:1, Stockholm 2013.
5. Belastning, genus och hälsa i arbetslivet. Arbetsmiljøverket Rapport 2013:9, Stockholm 2013.

Takk til Kristin Tobiassen for hjelp med kildene.

Hva mener LO om den nye regjeringens arbeidslivspolitik?

Wenche Irene Thomsen, Rådgiver i HMS-politikk, Landsorganisasjonen i Norge

Arbeidsmiljø og arbeid for alle har alltid vært svært sentrale områder for LO. Arbeidsmiljøloven skal, sammen med kollektive avtaler, sørge for vern av arbeidstakerne og kompensere for den maktubalansen det nesten alltid er mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er også en gjennomgående logikk i arbeidstidskapittelet at små avvik avtales med den enkelte arbeidstaker, større avvik med tillitsvalgte, betydelige avvik med fagforeninger sentralt eller i en del tilfeller med Arbeidstilsynet. Dette må fortsatt være rammen for lovreguleringen, også etter at regjeringen har behandlet forslagene fra arbeidstidsutvalget. Lov/forskriftsregulering og tariffavtalene er en helhet som gir et godt grunnlag for fleksibilitet for begge parter.

Høyre og FrP vil myke opp arbeidsmiljøloven, blant annet knyttet til gjennomsnittsberegning av arbeidstid, alternative turnusordninger, uttak av overtid samt større mulighet for midlertidig tilsetning. Dette bekymrer LO. Forslagene om arbeidstid er lite konkrete. Det er derfor vanskelig å se rekkevidden av dem. Både enkelte partier og også sentrale arbeidsgiverorganisasjoner, trekker frem eksempler som angår et mindretall av arbeidstakerne (f.eks studenter, småbarnsforeldre). En endring med bakgrunn i enkeltgruppers behov, vil berøre alle landets arbeidstakere.

LO har vanskelig for å forstå behovet for å utvide adgangen til midlertidig ansettelse i privat sektor. OECD-studier viser at midlertidige stillinger ikke kommer i tillegg til de faste stillingene, men i stedet for dem. Midlertidig ansatte løper en høyere risiko for yrkesskader, de er tapere i lokale lønnsforhandlinger og ved etter- og videreutdanning. Ofte sies det at midlertidig ansettelse gir økt mulighet for jobb for funksjonshemmede. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon sier at midlertidighet går dårlig sammen med folks behov for trygghet i hverdagen. Funksjonshemmede er minst like avhengige av trygghet i sitt arbeidsforhold som andre arbeidstakere.

To- og trepartssamarbeid på flere nivåer er en suksessmodell for det norske arbeidslivet. LO har alltid søkt samarbeid med arbeidsgiverorganisasjonene og den til enhver tid sittende regjering. LO er ikke prinsipielt mot endringer i arbeidsmiljøloven og vi bidrar gjerne i diskusjoner om konkrete problemstillinger og mulige løsninger. Men, LO kan ikke gå på akkord med det vi mener er den politikken som vil ivareta våre medlemmers interesser i det lange løp.

Petter Kristensen 70 år – ingen alder for en god epidemiolog!

Ingrid Sivesind Mehlum, avd.overlege ph.d., Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi, STAMI

Petter Kristensen fylte 70 år nå i januar. I anledning 70-årsdagen, ble det arrangert et jubileumsseminar for Petter på STAMI. Et av foredragene het: *Fra vugge til grav – evner, arbeid og helse. En registerstudie med livsløpsperspektiv*. Det dreide seg om Petters arbeid med en norsk fødselskohort, som han var med å etablere i 2002, og som han har arbeidet med siden. Ideen kom fra prof. emerit. Tor Bjerkedal, en annen nestor innen norsk epidemiologi.

Jeg husker fortsatt en dag i mars 2002, da Arbeidsmedisinsk seksjon ved STAMI hadde seksjonsdag. Et av temaene dreide seg om hvorvidt STAMI skulle engasjere seg innen nye forskningsområder. Petter hadde forberedt et innlegg, der han foreslo at vi burde delta i et samarbeid for å etablere og utvikle en livsløpskohort, og Tor Bjerkedal var til stede og framhevet den gunstige situasjonen vi har i Norge når det gjelder registerforskning. Petters oppsummering besto av fem punkter:

- Det er gode grunner til å **studere** disse "ultimate causes" (dvs. bakenforliggende årsaker, min kommentar).
- Etablere **livsløpskohort**, kan gjøres på registerbasis.
- Kan og bør **suppleres** med surveys og/eller subkohortstudier. Nødvendig for å få informasjon på psykologiske, sosiale, organisatoriske forhold i arbeidet.
- **Utfall**: Ikke begrenset til helse (arbeid og helse interagerer over tid). Sykefravær, inntektsmønster, arbeidsløshet, pensjonering er også mulige utfall, relevant for inkluderende arbeidsliv. Mange problemer med selvrapporterte (surveybaserte) utfall å la selvrapportert helse når formålet er å nøste opp årsakskjeden.
- "**Eksponeringsforhold**" (determinanter). Livsløpsdata på helse og sosioøkonomiske forhold. Supplert med data på psykologisk, sosialt, organisatorisk arbeidsmiljø. Informasjon på ulike nivåer, både individdata og økologiske data (bosted, arbeidssted; multilevel analyse).

Det ble etablert en fødselskohort, bestående av alle levende-fødte i Norge 1967–1976 (totalt 626 928 individer), med utgangspunkt i de ti første årgangene av Medisinsk fødselsregister, som Tor Bjerkedal var med og etablerte i 1967. Data fra flere nasjonale registre ble koblet på, slik at man fikk individdata om helse og sosial funksjon opp gjennom livsløpet, inkludert informasjon om foreldrene:

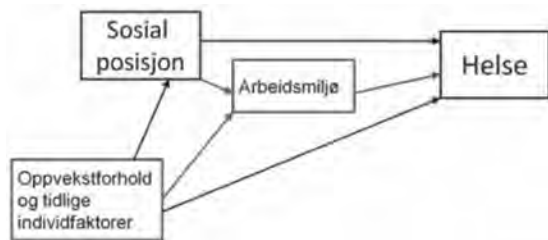
- Pensjonsytelser, pensjonsgivende inntekt og sykepenger fra NAV (tidligere Rikstrygdeverket)
- Utdanningsregister fra Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Det sentrale folkeregisteret (sivilstand, bosted)
- Vernepliktsverket, Forsvaret (testresultater ved sesjon og førstegangstjeneste)
- FD-Trygd (SSB: forløpsdatabase med sysselsetningsdata, tryggedata)
- Dødsårsaksregisteret
- Krefregisteret

De senere år har vi i tillegg fått data fra:

- De nasjonale folke- og boligtellinger 1960, 1970 og 1980 (foreldres yrke og boligforhold)
 - Registerbasert sysselsetningsstatistikk (SSB: yrke, næring)
 - Norsk pasientregister (utvalgte diagnoser fra konsultasjoner ved sykehus og hos spesialister)
 - Den norske mor- og barnundersøkelsen (MoBa)
 - Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3)
- Fra de to siste har vi spørreskjemadata om bl.a. arbeid, livsstil, helse og personlighet for undergrupper av kohorten.
- Så langt har forskning på fødselskohorten resultert i en doktorgrad, 20 publikasjoner i internasjonale og nasjonale referee-baserte tidsskrifter og to bokkapitler (2-23), og flere artikler og enda et doktorgradsarbeid er under veis. Mange forskjellige utfall er studert:
- Evnenivå
 - Utdanningsnivå
 - Arbeidsdeltakelse
 - Sykefravær
 - Uførepensjonering
 - Død

En studie som vakte stor oppmerksomhet, både nasjonalt og internasjonalt, var om søskenrekkefølge og evnenivå: Hvorfor har de eldste barna i en søskenflokk høyere IQ? Mange studier har funnet dette, men årsaken har vært omdiskutert. Er det bare en tilsynelatende sammenheng, konfundert av familiestørrelse (familier med mange barn har lavere IQ)? Eller skyldes det sosiale interaksjoner innad i familien (oppmerksomhet fra foreldre, rolle overfor yngre søsken)? Eller skyldes det mer biologiske faktorer i forbindelse med svangerskapet? Petter m.fl. viste først at det også er slike sammenhenger mellom søsken innad i en søskenflokk, dermed kan det ikke skyldes konfundering pga. familiestørrelse (10). Men skyldes det da sosiale eller biologiske forhold? Er det den biologiske eller den sosiale plassen i søskenflokken som er avgjørende for IQ? For å svare på dette, klassifiserte de menn som biologisk sett var nr. 2, avhengig av vitalstatus på sine eldre søsken. Dersom den eldre søsken var dødfødt eller spebarnsdød, hadde de sosial plass nr. 1, men dersom den eldre søsken levde ved 1 års alder, fikk de sosial plass nr. 2. De fant at de som biologisk sett var nr. 2, men sosialt sett nr. 1 (fordi eldre søsken var død), hadde samme IQ som de som både var biologisk og sosialt nr. 1. Tilsvarende fant de at de som var biologisk nr. 3, men sosialt nr. 2, hadde samme IQ som de som både var biologisk og sosialt nr. 2. Med andre ord, samme sosiale plass ga lik IQ, dvs. at årsaken måtte være sosial interaksjon. Denne studien ble publisert i Science (11), et av de høyest rangerte vitenskapelige tidsskriftene. Studien ble lagt merke til, Petter ble til og med intervjuet på amerikansk radio.

Ellers har fokus for studiene stort sett vært på sosiale ulikheter i helse i et livsløpsperspektiv, der oppvekstforhold (bl.a. foreldres utdanning, inntekt, sivilstand,



uførepensjonering, død), *tidlige individfaktorer* (som helse i barneårene, IQ og helseforhold ved sesjon) og *sosial posisjon som voksen* (utdanning, yrke, inntekt) bringes inn som forklaringsfaktorer på helse og helseulikheter (se figuren, som i tillegg inkluderer arbeidsmiljø). De har funnet store sosiale forskjeller i helse, både i forhold til sosial posisjon i oppveksten (foreldres utdanning og inntekt) og i forhold til sosial posisjon i ung voksen alder (egen utdanning og inntekt), for mange ulike helse mål, både selvmord, psykiatrisk uførhet og sykefravær i ung voksen alder, ikke minst muskel- og skjelettfravær, samt veitrafikkdød i ungdomsårene. Det er ingen dikotomi, men en gradient: Jo lavere utdanning og inntekt, jo høyere risiko for de ulike helseutfall, selv i Norge, som sosialt

sett har vært sett på som et relativt homogent land.

Det meste av forskningen ved STAMI dreier seg om sammenhenger mellom arbeid og helse. Vi har også studert betydningen av arbeidsforhold for sosiale ulikheter i helse (24). Men som figuren viser, kan disse sammenhengene være konfundert av forhold tidlig i livet og individfaktorer, siden de både har sammenheng med sosial posisjon i voksen alder, arbeidsmiljø og senere helse. Nå når vi har fått arbeidsmiljødata for deler av kohorten vår, kan vi studere disse sammenhengene i et livsløpsperspektiv, f.eks. sammenheng mellom sosial posisjon i oppveksten, evner/ personlighet, psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og arbeidsrelatert helse, eller med andre ord, arbeidsrelatert helse i et livsløpsperspektiv.

Hva skjer framover? Vi har mye data, denne fødselskohorten er en skikkelig gullgrube. Petter vil alltid ha en plass i dette prosjektet, så lenge han måtte ønske. Epidemiologer er som god vin – de blir bare bedre med årene. 70 år er ingen alder for en god epidemiolog!

Referanser kan fås hos redaktøren (h-leira@online.no).

Overmoden lov

Av Lars Jacob Hiim, avdelingsdirektør Arbeidsliv i Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)

Arbeidsmiljøloven er overmoden for endringer. Dagens arbeidsmiljølov bygger på arbeidsmiljøloven fra 1977 og mange av de samme hensynene som var ønsket ivaretatt for snart 40 år siden. Vi trenger nå en moderne lov som er tilpasset og mer i samsvar med dagens arbeidsliv.

NHO ønsker fortsatt en sterk arbeidsmiljølov, og hensynet til et godt arbeidsmiljø ligger fast. Men vi ønsker en lov hvor det er rom for noe mer fleksibilitet, både for de ansatte og for arbeidsgiverne. Detaljregulering av arbeidstiden legger unødvendige hindringer i veien for en sunn og lønnsom drift, og mange arbeidstakere ønsker større frihet.

Over tid har vi sett økende behov for og ønsker om å finne arbeidstidsordninger som tar hensyn til arbeidstakernes krav om fleksibilitet og bedriftenes etterspørsel etter arbeidskraft. Teknologien gir, og vil fortsette å gi, helt nye muligheter for tilgjengelighet og produktivitet. Det er nødvendig med regler om arbeidstid som er bedre tilpasset den enkelte arbeidstaker og den enkelte bedrift. Dersom bedriftene gis gode rammevilkår, vil det føre til en styrking av det norske velferdssamfunnet.

NHOs viktigste endringsforslag er:

- Forenklet regelverk og utvidede grenser for gjennomsnittsberegning av arbeidstid
- Arbeidstilsynet må få full adgang til å gi samtykke til avvikende arbeidstidsordninger uavhengig av partenes kompetanse til å inngå avvikende avtaler - innenfor arbeidstidsdirektivets rammer
- Utvidet adgang til å inngå lokale avtaler mellom den enkelte arbeidstaker og bedrift, og mellom til-

- litsvalgte og tariffbundet bedrift
- Utvidet rett til midlertidig ansettelse

NHO har lenge hevdet at lovgivningen på arbeidstidsområdet er for komplisert og unødig detaljert. En spørreundersøkelse blant våre medlemmer i fjor synliggjorde dette: 45 % av alle medlemsbedriftene oppgir at de har en utfordring med en eller flere av bestemmelsene i loven. Halvparten av bedriftene opplever at de ansatte ønsker mer fleksibel arbeidstid.

Vi skal ha et lønnsomt og effektivt næringsliv som kan omstille seg til nye tider. Fremtidig velstandsutvikling vil avhenge av utviklingen i produktivitet, andel i jobb og arbeidstid. En mer effektiv utnyttelse av arbeidskraften, blant annet gjennom økt arbeidstid, vil bety mye for utfordringene fremover.

Statistikk (SSB) viser at midlertidig ansettelse, særlig blant unge under tretti år og lavt utdannede, fungerer som et springbrett til fast ansettelse. Dette innebærer at utsatte grupper ved midlertidig ansettelse i større grad enn om de hadde vært arbeidsledige, får en fot innenfor arbeidsmarkedet. De opparbeider seg dermed kunnskap og erfaring, og blir senere i større grad ansatt i fast stilling.

NHO har ikke som mål å kaste dagens lovgivning på bålet og skape et usikkert arbeidsliv, men å få en mer moderne lov enn dagens lovgivning fra 70-tallet. Det er neppe slik at en detaljert og vanskelig tilgjengelig gjennomregulering av arbeidstiden i lov er påkrevet for å sikre arbeidstakerne nødvendig vern og sikkerhet.

Resultat fra lønnsundersøkelsen

Hilde Slørdahl Conradi

I dette nummeret av Ramazzini presenteres resultat fra lønnsundersøkelsen som ble gjennomført av styret i NAMF ved årsskiftet 2013/ 2014. Dette er den femte lønnsundersøkelsen blant NAMFs medlemmer siden 2003, og hensikten er å få en oversikt over lønnsnivået i ulike sektorer og stillinger, da dette kan være til hjelp ved lokale og sentrale forhandlinger. Som ved forrige undersøkelse svarte omtrent halvparten av medlemmene, og ut fra alder, kjønn og fylkestilhørighet tror vi at det er et representativt utvalg av medlemsmassen som har svart. Som beskrevet i artikkelen har gjennomsnittslønnen økt med 50 000 kroner siden 2011, men lønnsforskjellene er store. For bedriftsleger spriker lønningene i ytterpunktene med nesten 1 million kroner. Kvinnene har fremdeles et betydelig lavere lønnsnivå enn mennene, men også mellom dem er det store individuelle forskjeller.

Som tidligere lønnsundersøkelser har avdekket er det altså til dels store lønnsforskjeller blant medlemmene i NAMF. Arbeidsmedisinere er en heterogen gruppe hva gjelder arbeidsgivere og type arbeidsforhold, og dette medfører en utfordring med tanke på sentrale og lokale lønnsforhandlinger. Svært mange medlemmer har personlige arbeidsavtaler som de forhandler frem selv, og for mange leger er dette en overgang fra turnustiden og utdannelsestillinger der personlige lønnsforhandlinger sjeldent er et tema. Hvordan skal vi så gå fram for å få den arbeidsavtalen vi ønsker? Og hvordan skal vi vite hva som er rett lønnsnivå?

Et råd fra styret kan være å kontakte tillitsvalgte lokalt, for å høre hvilke forventninger du kan ha til ditt lønnsnivå, basert på ansiennitet, hovedarbeidsområde, ansvarsnivå og geografisk plassering i landet. Tillitsvalgt hos arbeidsgiver kan eventuelt også kontaktes. Det anbefales at dette gjøres før de personlige forhandlingene starter og arbeidskontrakten signeres, dette fordi høyest mulig utgangspunkt er viktig med tanke på senere lønnsjusteringer. Men også de som skal reforhandle egen avtale kan ha nytte av eksterne råd. Og er det små forhold lokalt, med eventuelt konkurrerende virksomheter involvert, så husk at det også er mulig å rådføre seg med tillitsvalgte i

andre fylker eller sentralt. Leger har som regel mindre erfaring med forhandlingsteknikker enn de som sitter på andre siden av bordet, så det kan også være nyttig å ha med seg andre i forhandlingene. Styret i NAMF vurderer for øvrig å arrangere kurs i forhandlingsteknikk for de tillitsvalgte og andre som er interessert i dette.

For de som jobber i bedrifter med flere leger kan det ellers være nyttig å kjenne til lovendringen i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, som kom 1. januar 2014. Som det fremgår under punktet om «Arbeidsgivers opplysningsplikt om lønn», så åpnes det nå opp for at ansatte som tror de blir diskriminert i form av lavere lønn enn sine kolleger, på grunn av kjønn, etnisitet, seksuell orientering eller nedsatt funksjonsevne, kan be om innsyn i kollegenes lønn. De kan da kreve at arbeidsgiver skriftlig opplyser om lønnsnivå og kriteriene for fastsettelsen av lønn for den eller de vedkommende sammenlikner seg med.

Husk ellers å sette pris på skjevheten hvis lønnsforskjeller avdekkes, da denne kan trekke lønnsnivået ditt opp. Det tjener nemlig lønnsutviklingen for alle dersom noen klarer å få mer lønn enn andre, da den påfølgende lønnsvurderingen kan gi deg gode argument for å få høyere lønn.

Avslutningsvis må det nevnes at det er mye annet enn lønn arbeidsgiver kan gi til sine ansatte, og det er mange faktorer som kan påvirke hvorvidt man er fornøyd når arbeidskontrakten skal signeres. I lønnsundersøkelsen har vi ikke opplysninger om arbeidstid, og vi har ikke justert for dette, eller andre goder som ekstra feriedager, bonus, pensjon, forsikringsordninger eller andre ytelser fra arbeidsgiver. Så se dere ikke blind på beløpene, men husk at tillegg og andre goder ofte justeres ut fra brutto årslønn.

Lykke til med lønnsforhandlingene!

Lønnsundersøkelsen 2013

Hilde Slørdahl Conradi, styremedlem NAMF/NFAM

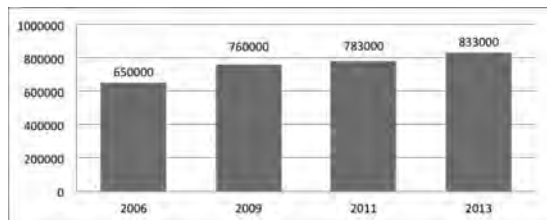
Styret i Norsk arbeidsmedisinsk forening (NAMF) gjennomførte ved årsskiftet 2013/2014 en ny lønnsundersøkelse blant NAMFs medlemmer. Hensikten var å få oversikt over lønnsnivået i ulike sektorer og stillinger, og tilsvarende undersøkelser har blitt utført i 2003, 2006, 2009 og 2011. Som for to år siden ble QuestBack brukt, og 186 av 350 svarte på undersøkelsen. Av disse var det 172 svar, mot 165 i 2011, som inngikk i undersøkelsen, siden 14 ikke hadde oppgitt inntektsforhold eller vært yrkesaktive siste år (pensjonister). Det var mulig å svare på undersøkelsen flere ganger for NAMF medlemmer med flere arbeidsforhold.

Blant 172 respondenter var det 82 kvinner (48%) og 79 menn (46%), mens 11 ikke hadde oppgitt kjønn. 89 medlemmer (52%) oppgav å være spesialist i arbeidsmedisin, mens 25 medlemmer oppga å ha (hatt) annen spesialitet, hvorav 10 innen allmennmedisin. 77% svarte at de hadde full stilling, hvorav 65 kvinner og 60 menn. Ytterligere 17% hadde 50-99% stilling, mens 3 % hadde 30-49% stilling. 110 av 172 respondenter er 50 år eller eldre, og 28 er i 30-årene. Stillingskategori for respondentene beskrives i tabell 1. Sammenholdt med generell medlemsstatistikk over NAMFs medlemmer, der opplysninger om alder, fylke og spesialitet i arbeidsmedisin inngår, konkluderte vi med at besvarelsene utgjør et forholdsvis representativt utvalg av medlemsmassen.

Lønnsutvikling generelt

Vi har tidligere sett en tydelig utvikling i det gjennomsnittlige lønnsnivået for arbeidsmedisinerne fra 2006 til 2009, men dette flatet ut mellom 2009 og 2011. Kurven for de siste to årene har imidlertid en brattere stigning, og snittlønnen for alle respondenter har økt med 50 000 siden forrige undersøkelse.

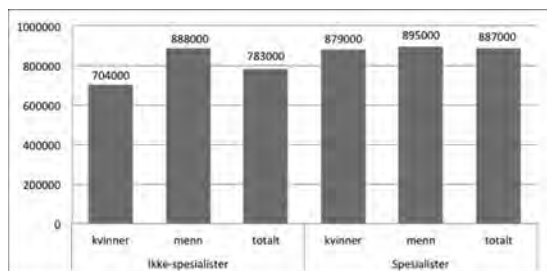
Figur 1. Lønnsutvikling samlet, alle respondenter, korrigert til 100 % stilling (n = 172)



Spredningen er imidlertid fremdeles stor, snittlønnen for kvinner er nå 785 000 (745 000 i 2011), og den varierer for 100 % stilling fra 454 000 til 1 400 000. Snittlønnen for menn er 891 000 (818 000 i 2011), og her varierer lønnen i 100 % stilling mellom 545 000 og 1 250 000.

Som tidligere undersøkelser har vist er det altså en betydelig lønnsforskjell i kvinnes disfavør, og dette er mest uttalt før kvinnene blir spesialister, som figur 2 viser. Denne figuren er basert på lønnsinformasjon fra 81 ikke - spesialister og 83 spesialister.

Figur 2. Lønn etter spesialitet for kvinner og menn (n= 164)



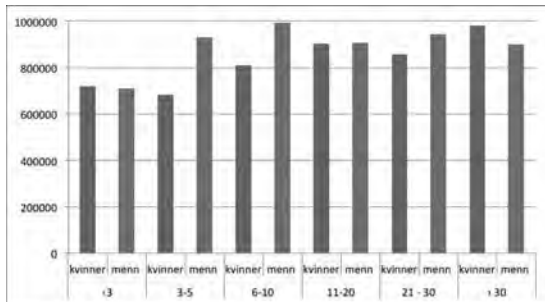
Tabell 1. Deltagere i NAMFs lønnsundersøkelse 2013:

| Stillingskategori | Antall |
|--|--------|
| Bedriftslege (bedriftsoverlege, konsernoverlege/annen lege i BHT) | 119 |
| Overlege, sykehus | 14 |
| Assistentlege, sykehus | 3 |
| Kombinert stilling (bedriftslege og arbeidsmedisinsk stilling/funksjon i sykehus, forskning, m.m.) | 8 |
| Annet (overlege stat, rådgiver, forsker, stipendiat, m.m.) | 28 |
| I alt | 172 |

Bedriftslegene

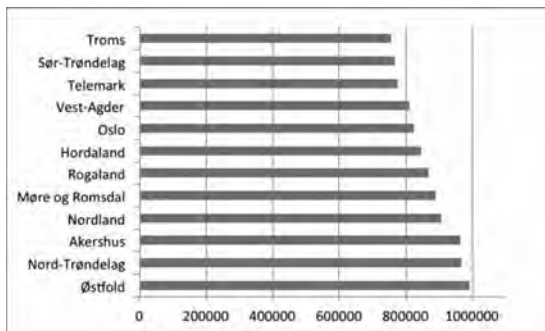
86 bedriftsleger i full stilling har svart på lønnsundersøkelsen, og disse har en snittlønn på 862 000. 37 av bedriftslegene er spesialister i arbeidsmedisin, disse har en snittlønn på 940 000, mens ikke - spesialistene tjener 802 000 i snitt. Kjønnsforskjellen blant bedriftslegene er 112 000 i kvinnesens disfavør, kvinnene har en snittlønn på 809 000, mens mennene tjener 921 000 i snitt. Som figur 3 viser, ser antall år i arbeidsmedisinsk stilling ut til å gi mest uttelling for kvinnene.

Figur 3. Bedriftsleger i 100 % stilling, lønn (kr) etter ansiennitet (år) (n = 86)



Vi har også sett noen geografiske forskjeller og velger å vise statistikk for de fylkene der 5 eller flere har besvart undersøkelsen.

Figur 4. Lønn etter fylke, korrigert til 100 % stilling.

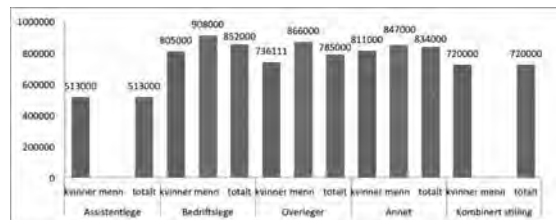


Overlege, sykehus eller stat og assistentlege, sykehus

I gruppen overlege, sykehus var det 14 respondenter som oppgav 100 % stilling, og snittlønnen var 785 000. Tallmaterialet kan tyde på geografiske forskjeller i lønnsnivået, men det er for få svar til å kunne presentere en nærmere statistikk over dette. I gruppen med «andre», det vil si overlege stat, rådgiver, forsker og stipendiat, var det 28 som svarte, og snittlønnen i denne gruppen var 834 000 (menn 847 000, kvinner 811 000). 13 av 28 i denne gruppen var spesialister i arbeidsmedisin og oppga «stat» som tariffområde. Disse tjente 730 000 i gjennomsnitt, altså ca 100 000 lavere enn gjennomsnittet for alle respondentene.

Gjennomsnittslønnen til assistentlegene som svarte lå vesentlig lavere enn for de andre stillingskategoriene (513 000), og selv om det var få som svarte tror vi at dette er representativt. Til sammenlikning kan overenskomsten med SPEKTER nevnes, hva angår minimumslønn for leger i spesialisering på definerede sykehus. Denne avtalen relaterer seg til antall år av gjennomført spesialistutdanning, der kategori A er 0-2 år, kategori B er 2-4 år, og kategori C er over 4 år. For leger i kategori A er nå minimumslønnen 503 000, for kategori B 542 000, og for kategori C 583 000. Ved foreldrepermisjon gis et individuelt lønnstillegg tilsvarende det kategoriopprykk de ville fått dersom de var i jobb. Og med tanke på ønsket om å styrke rekrutteringen til det arbeidsmedisinske faget, er det vel grunn til å stille spørsmål om alle leger i spesialisering i arbeidsmedisin har den samme lønnsutviklingen?

Figur 5. Lønn etter hovedstilling



Oppsummert finner vi altså en tydelig positiv utvikling i det gjennomsnittlige lønnsnivået, men det er store lønnsforskjeller i de ulike gruppene. Som tidligere undersøkelser har vist er det en betydelig lønnsforskjell i kvinnesens disfavør, som i samfunnet for øvrig. Ifølge Statistisk sentralbyrå hadde kvinnene både i privat og offentlig sektor 86,5 prosent av menns lønn i 2012, og dette utgjør omtrent 68 000 kroner lavere lønn i året. Men kvinner og menn i samme stilling, som utfører samme jobb på samme arbeidsplass skal tjene likt, og vi anbefaler både de ansatte, tillitsvalgte og fagforeninger til å følge med på om det er ubegrunnede lønnsforskjeller mellom kvinner og menn, og mellom grupper av våre medlemmer med sammenlignbare arbeidsforhold.

Resultatene av lønnsundersøkelsen ble for øvrig drøftet på tillitsvalgtkonferansen 14. februar 2014, og styret i NAMF vil jobbe videre med lønns spørsmålet.

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

Protokoll fra 137. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin torsdag 9. januar 2014

Fullstendig referat finnes på NAMFs hjemmeside

Til stede: Knut Skyberg (leder Namf), Tone Eriksen, Jarand Hindenes, Hilde Slørdahl Conradi og Knut Jørgen Arntzen. Fra institusjonsutvalget deltok Tor Erik Danielsen.

Sak 1/2014 Vårkonferansen 2014.

Vårkonferansen avholdes 7. – 9. mai 2014 på Støtvgiv Hotel og Spa, Larkollen.

Årsmøtet avholdes torsdag 8. mai kl. 17.30 – 18.30.

Sak 2/2014 Svalbardkurs 2015.

Knut Skyberg orienterte om arbeidet med et kurs på Svalbard i 2015 og følger opp med forslag til tidspunkt og temaer.

Sak 3/2014 Studietur for styret, Stockholm, oktober 2014.

Styret har lagt opp til en studietur til Stockholm 16. – 19. oktober 2014. Det er planlagt et møte med Institutet för miljömedicin, der det blant annet vil bli gitt en orientering om de nye retningslinjene for svensk företagshälsovård. Det blir samtidig et møte med Lars Hjalmarsson fra Svensk Företagsläkarforening.

Sak 4/2014 Veilederkoordinator i arbeidsmedisin.

Det forelå et utkast til en henvendelse til Legeforeningen om en veilederkoordinator i arbeidsmedisin. Det er mange oppgaver å ta fatt på i begynnelsen, så styret økte forslaget om stillingsbrøk fra 10 til 20 prosent. Koordinatoren burde også bidra til å bygge opp en mentorordning for nye arbeidsmedisinere, og Tor Erik Danielsen utformer et forslag om dette.

Sak 5/2014 Høring – landsstyremøtet 2014 – innmelding av lovsaker. Frist 20. januar.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 14. desember 2013.

Styret hadde ingen forslag til lovsaker til landsstyret 2014

Tor Erik Danielsen utarbeider et forslag til høringsvar som drøftes på neste styremøte i februar.

Knut Skyberg utarbeider et forslag om forebygging og sykefravær.

Sak 9/2014 Høring – Forslag til endring i forskrift om arbeidsavklaringspenger §2 om maksimal stønadperiode. Frist 29. januar.

Det forelå brev fra Legeforeningen datert 18. desember 2013 vedlagt høring fra Arbeidsdepartementet. Med innføringen av arbeidsavklaringspenger ble det satt en maksimumstid på 4 år. Det har imidlertid vært uklart hvordan maksimumstiden skal telles og departementet ønsker derfor å presisere dette i forskrift.

Styret mente saken ikke berørte det arbeidsmedisinske fagområdet spesielt.

Sak 17/2014 Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent BHT

Det forelå brev fra LIS-legene på Ullevål sykehus datert 6. desember 2014 med kommentarer til Arbeidsdepartementets svarbrev. De ber om at Namf arbeider videre med saken.

Knut Skyberg utformer et utkast til brev som sirkuleres til styret for kommentarer.

Sak 18/2014 Utfordringer for BHT

Knut Skyberg hadde mottatt en henvendelse fra et medlem om et forsikringsselskap som påla en av sine forsikringstakere å bruke en spesiell tilbyder av helsetjenester for å unngå økning i forsikringspremien. Spørsmålet var om dette kunne være lovlig ut fra konkurransemessige grunner. Knut Skyberg vurderer om dette er en sak styret bør følge opp.

Knut Skyberg, Leder Namf
Bjørn Oscar Hoftvedt

Returadresse:
Cox Bergen
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen



B - Økonomi