

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 22 • 2015 • Nr. 1

Tema:

ARBEIDSMEDISIN OG FOLKEHELSE



RAMAZZINI

ISSN 0805-5238

Norsk tidsskrift
for arbeids-
og miljømedisin
Årgang 22 • 2015
NR. 1

Utgitt av
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00
Telefax 23 10 91 00

Innhold:

I dette nummeret. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 4
I neste nummer. <i>Av Håkon Lasse Leira</i>	s. 4
Bedriftslegen på 1960-tallet. <i>Av Petter Kristensen</i>	s. 5
Trening flere ganger i uken er relatert til lavere blodtrykk og en gunstig lipidprofil. <i>Av Marit Skogstad, Øivind Skare, Asgeir Mamen, Lars-Kristian Lunde, Elin Einarsdottir, Reidun Øvstebø, Jose Hernan Alfonso, Margun Dahle, Thomas Clemm og Bente Ulvestad</i>	s. 7
Diagnostikk og overbehandling som helseproblem. <i>Av Eivind Meland</i>	s. 10
Seminar for tillitsvalgte på Losby Gods. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 12
Kan bedriftshelsetjenesten redusere sosiale ulikheter i helse mer enn i dag? <i>Av Bjørgulf Claussen</i>	s. 13
Sjokolade for folket. <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 16
Bokanmeldelse: «Folkehelse i et norsk perspektiv» <i>Av Anniken Sandvik</i>	s. 17
Godkjent BHT 5 år etter – erfaringer med godkjenningsordningen. <i>Av Arve Lie og Odd Bjørnstad</i>	s. 18
Vårkonferansen 6.-8. mai. Program.	s. 21
Styrets spalte. <i>Av Hilde Conradi</i>	s. 22
Forfatterveiledning 2015	s. 23

Forsidebilde:

Per Petterson, Unibuss, YTF.

Petterson har vært bussjåfør siden 1995. Som yrkesgruppe illustrerer bussjåførene mange aspekter ved temaet i dette nummeret. Takk til Espen i Unibuss som formidlet kontakt.

Foto: Anniken Sandvik



REDAKSJONSKOMITÉ 2014 - 2015

Håkon Lasse Leira

Lade Bedriftshelsetjeneste a.s,
Haakon VII gt 12 B,
7041 Trondheim
Tel: 918 47 971
E-post: hlleira@icloud.no

Petter Kristensen

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

Anne Kristine Jordal

Bedriftshelsetjenesten
Frank Mohn AS
Postboks 98 Slåtthaug, 5851 Bergen
Tel: 92 06 54 20
E-post: akj@framo.no

Anniken Sandvik

Oslo HMS-senter SA
Storgt. 32, 0184 Oslo
Tel: 23 15 88 50
E-post: anniken.sandvik@oslohms.no

FORENINGSADRESSE

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: Ragni Skille Berger
E-post: ragni.skille.berger@
legeforeningen.no
Tel.: 23 10 90 00

I dette nummeret

Anniken Sandvik, gjesteredaktør

Petter Kristensen innleder dette nummeret med å stille spørsmålet: Bedriftslegen på 1960-tallet: arbeidsmedisiner eller samfunnsmedisiner? Spørsmålet er forbausende relevant også i dag. Det er ingen tvil om at arbeidshelsen er en del av folkehelsen, men vi kan være uenige om hvordan bedriftslegen skal bidra i folkehelsearbeidet. Det er denne diskusjonen jeg har ønsket å sette på dagsorden. Marit Skogstad og medarbeidere har studert tradisjonelle emner innenfor forebyggende helsearbeid: trening, blodtrykk og lipidprofil. For enkelte selvsagte ting å gå inn i som arbeidsmedisiner – ofte med argumentet at arbeidsplassen

er en ideell arena for folkehelsearbeid. Her har vi store grupper lett tilgjengelig for rådgivning og intervensjoner. Likevel er det paradoksalt nok nettopp med fokuset på livsstilssykdommer arbeidsmedisinen har havnet i en uheldig tradisjon som det viser seg vanskelig å komme ut av: de «generelle helsekontrollene». Det er som kjent økende dokumentasjon og bevissthet rundt at praksisen som i utgangspunktet var tenkt å forebygge sykdom snarere kan ha negative helseeffekter. Eivind Meland diskuterer overdiagnostikk og overbehandling som helseproblem. Ikke minst har han tankevekkende refleksjoner rundt hvordan både legen og

pasienten kan ha mye å vinne på å ta inn over seg livets grunnleggende sårbarhet. Svært viktig er det også at vi ikke glemmer betydningen av strukturelle forhold både i samfunnet og på arbeidsplassen. Det såkalte «ansvar for egen helse» kan kun tas innenfor de rammene som settes for oss. En tydelig konsekvens av dette er den sosiale gradienten i helse. Bjørgulf Claussen diskuterer bedriftshelsetjenestens mulighet til å påvirke sosial helseulikhet. Til slutt i dette nummeret kan du lese om kvalitet i BHT og om arbeidsmedisinerens fascinasjon for sjokolade.

Riktig god lesning!

I neste nummer:

Arbeidsinnvandring

Håkon Lasse Leira, redaktør

Bidra med dine erfaringer!

I det bladet går i trykken er Norwegianstreiken inne i sin 9. dag. Streiken handler om retten til å være fast ansatt i en moderbedrift, og ikke i et datterselskap som, i følge pilotene, minner om et bemanningsbyrå. Streiken har støtte fra hele fagbevegelsen og regnes som en viktig prinsipiell kamp.

Omorganiseringen i luftfarten kjenner vi igjen fra utenriks skipsfart, og den trer nå også tydelig fram i internasjonal landverts transport. Utenlandsk arbeidskraft får dårligere vilkår enn innenlandsk. Sosial dumping er

et truende problem i bransje etter bransje. Dette henger sammen med frihandel og globalisering, og mer spesifikt, med den frie flyten av arbeidskraft i EU, som Norge er med i gjennom EØS-avtalen.

Esten all vekst i sysselsetning i Norge siden 2008, i alt ca 400 000 jobber, er besatt av utlendinger, i hovedsak personer fra Sverige og Polen og øvrige land i Øst-Europa.

Neste nummer av Ramazzini har arbeidsinnvandring som tema. Vi skal få belyst årsaker til og konsekvenser av arbeidsinnvandringen og arbeider med

å få inn synspunkter fra ulike hold for å vise hva den har å si for norsk arbeidsmiljø og for landets arbeidsmedisinere.

Vi etterlyser nå bedriftsleger og andre arbeidsmedisinere som kan fortelle om sine erfaringer med utenlandske arbeidstakere. Fristen for å levere manus er 1. mai. Hvordan vi vil ha manuset framgår av forfatterveiledningen som finnes lenger bak i dette nummeret. Om noen har aktuelle illustrasjoner å bidra med, er det også meget velkomment!

Bedriftslegen på 1960-tallet: Arbeidsmedisiner eller samfunnsmedisiner?

Petter Kristensen, STAMI petter.kristensen@stami.no

Påskeforsøket 1969

I påskeferien 1969 ble det gjennomført en randomisert studie for å klarlegge om preparatet Urgocytan var effektivt mot munnsår av herpes simplex. I alt 23 502 kvinner og menn ble rekruttert av bedriftslegen og prøvde ut placebosalve og Urgocytansalve. Urgocytan hadde ingen effekt i dette forsøket som tilsynelatende aldri ble publisert (1, p. 141).

Arbeidsmedisinske undersøkelser i første halvdel av forrige århundre

Hvorfor tok norske bedriftsleger del i en studie uten åpenbar arbeidsmedisinsk relevans? Det viktigste bidraget fra bedriftslegen i hele den første halvdel av forrige århundre var innrettet på arbeidsplassen og arbeidshelse. Dette er klart oppsummert i Natvig og Thiis-Evensens oversikt over yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge (1). Her omtales arbeidshelse i ulike bransjer og yrker, blant annet aluminiumsindustrien, anleggsarbeid, apotek, bakerier, dykkere, fangst og fiske, feiere, gruve- og tunnelarbeid, helsesektoren, husmoryrket, jord- og skogbruk, luftfart, porseleinsindustri, rengjøringsarbeid, sementindustri, sjøfart, støperier, og sveisere (1, pp. 155-182). Flere arbeidsrelaterte sykdommer ble også studert og forsøkt forebygget i denne perioden, blant annet støvlungesykdom, forgiftninger, annen kjemisk helserisiko, yrkeskreft, yrkesbetingete sykdommer i hud, øyne og luftveier, skader av arm, vibrasjon, stråling og termiske belastninger, belastnings sykdommer og helseskade ved

skiftarbeid (1, pp. 185-224).

Bedriftslegenes rolle i folkehelsestudier

Påskeforsøket 1969 var likevel ikke helt malplassert. Det føyde seg tvert om inn i en rekke studier uten arbeidsmedisinsk relevans på 1950- og 1960-tallet. Dette var både rene beskrivende studier så vel som årsaksrettede observasjonsstudier og randomiserte forsøk. Felles for disse var at et stort antall deltakere, gjerne femsifret, utgjorde arbeidstakere rekruttert av bedriftsleger, og hvor hensikten ikke var av arbeidsmedisinsk men heller av samfunnsmedisinsk karakter. Studiene var gjerne knyttet opp til generelle helseundersøkelser i regi av bedriftshelsetjenesten. En rekk av disse studiene er beskrevet av Natvig og Thiis-Evensen (1, pp. 138-142). Studiene omfattet befolkningsundersøkelser av hemoglobin, antropometriske mål, blodtrykk, senkningsreaksjon og serumkolesterol. De kunne også omfatte kartlegging av røyking og andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, og var også innrettet på å beregne sammenhengene mellom risikofaktorer og sykdom.

Den største av disse studiene omfattet omtrent 60 000 arbeidstakere og hadde til hensikt å beregne forekomsten av hjerteinfarkt i tillegg til å klarlegge sammenhengen mellom risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og hjerteinfarkt. Studien ble publisert av Arne Bruusgaard i Tidsskrift for den norske lægeforening i 1960 (2). "Oljeforsøket" ble navnet på stu-

dien som fikk mest oppmerksomhet. Studien ble planlagt som et randomisert klinisk forsøk og omfattet mer enn 15 000 mannlige arbeidstakere i 50-årene, rekruttert av bedriftslegene ved hele 280 virksomheter. Utgangspunktet var eksperimentelle funn av kliniske forskere på Rikshospitalet som tydet på gunstige effekter linoljetilskudd i kosten (3). Deltakerne ble randomisert med kosttilskudd av linolje og placebo (solsikkeolje) i 1965 (4,5). Det ble i løpet av forsøket klart at linolje ikke hadde de gunstige effektene som de første dyreeksperimentene antydte, og forsøket ble derfor aldri helt fullført. Derimot ble det videreført som en prospektiv observasjonsstudie hvor deltakerne ble fulgt opp med hensyn til hjerte- og karsykdom og sammenhengene med registrerte risikofaktorer (4,5). Utfallene ble registrert ikke bare på kort sikt (4,5) men også med oppfølging på 17 år (6) og så lenge som 40 år da de yngste gjenlevende var over 90 år (7).

Hvorfor deltok bedriftslegene?

Det er flere grunner til at disse studiene uten arbeidsmedisinsk fokus ble gjennomført:

- De mest toneangivende bedriftslegene i disse årene var ikke bare opptatt av kvalitetene på arbeidsmiljøet, men også mer generelle folkehelseaspekter på arbeidsplassen. De hadde arvet en kultur fra Carl Schiøtz og hans kombinerte arbeid som skolelegesjef i Oslo og bedriftslege på Freia Chocolate Fabrik. Folkehelse og arbeidshelse skulle gå hånd i hånd. Det er ikke tilfel-

dig at en av de toneangivende bedriftslegene var Axel Strøm, som overtok etter Schiøtz på Freia i 1938.

- Flere av de mest aktive kombinerte stillingen som bedriftslege med akademiske posisjoner på områder hvor generell folkehelse var i fokus. Haakon Natvig, kanskje den mest toneangivende, var professor i hygiene ved Universitetet i Oslo. Axel Strøm var professor i sosialmedisin samme sted.
- Bedriftshelsetjenesten var organisert i til dels store og veletablerte enheter i større konserner og offentlige virksomheter. Norsk Bedriftslegeforening var godt organisert, og kunne på kort varsel rekruttere et stort antall deltakere til studiene. Bedriftslegenes posisjon i virksomhetene og blant ansatte syntes også å være sterke. For epidemiologer og kliniske forskere må disse forholdene ha vært en magnet for å etablere samarbeid. Dette samarbeidet omfattet derfor blant annet Hygiensk institutt ved Universitetet i Oslo, Livsforsikringsselskapenes medisinsk-statistiske institutt og universitetssykehusenes kliniske avdelinger. Det muliggjorde samarbeid med velrenommerede forskere som Tor Bjerkedal (6), Christian F Borchgrevink (5), Jens Dedichen (5), Paul A Owren (5) og Knut Westlund (5).
- Den sterke økningen i dødelighet av hjerte- og karsykdom

blant middelaldrende menn fram til 1960 (8) må ha kommet som et sjokk på mange. Det er ikke tvil om at denne utviklingen førte til intensivert forskning av årsaksforholdene på 1960-tallet.

Konsekvensene

Man kan bare spekulere på de positive og negative konsekvensene av bedriftslegenes deltakelse i folkehelsestudiene på 1960-tallet. Generelle helsekontrollers plass i bedriftshelsetjenesten har vært omstridt og diskutert både før og etter 1960 (1, pp. 225-226, 9). Et mer fundamentalt spørsmål er hvor bedriftslegen skal ha sitt fokus og innretning. Man kan spørre seg om disse studiene kan ha bidratt til å svekke fokus på arbeidsforhold og arbeidsmedisinsk innrettet primærforebygging. Det må på den annen side være udelte positivt at studiene bidro til øke mange bedriftslegers forskningskompetanse og å styrke alliansene med de etablerte epidemiologiske miljøene.

Referanser

1. Natvig H, Thiis-Evensen sen. E. Arbeidsmiljø og helse: yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. Norsk Bedriftshelsetjeneste 1983; 4(1):1-333. ISSN 0333-0249.
2. Bruusgaard A. Forekomsten av hjerteinfarkt blant 60 000 arbeidstakere under bedriftslægekontroll: Foreløpig meddelelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1960; 80: 797-799.

3. Owren PA, Hellem AJ, Ödegaard A. Linolenic acid for the prevention of thrombosis and myocardial infarction. Lancet 1964; II: 975-979.
4. Natvig H. Effekten av umettede fettsyrer på hyppigheten av hjerteinfarkt med mer: Resultatet av bedriftslegenes "oljeforsøk". Tidsskr Nor Lægeforen 1967; 87: 1033-1041.
5. Natvig H, Borchgrevink CF, Dedichen J, Owren PA, Schiøtz EH, Westlund K. A controlled trial of the effect of linolenic acid on incidence of coronary heart disease. The Norwegian Vegetable Oil Experiment of 1965-66. Scand J Clin Lab Invest 1968; 105(Suppl): 1-20.
6. Natvig H, Bjerkedal T. Dødsrisiko, kliniske funn og laboratorieprøver hos 50-59 år gamle menn: Resultater av 17 års oppfølging av deltagerne i "Oljeforsøket" i 1964/65 [in Norwegian]. Norsk bedriftshelsetjeneste 1986; 7: 5-16.
7. Bjerkedal T, Kristensen P, Selmer R. Levealder og dødsårsaker hos menn undersøkt ved helsekontroll i 1964. Tidsskr Nor Lægeforen 2012;132:30-35.
8. Pedersen JI, Tverdal Aa, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:1532-1536.
9. Holmboe J. Helsekontroller - kjekt å ha? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2067-8.

Trening flere ganger i uken er relatert til lavere blodtrykk og en gunstig lipidprofil

Marit Skogstad¹, Øivind Skare¹, Asgeir Mamen², Lars-Kristian Lunde³, Elin Einarsdóttir⁴, Reidun Øvstebø⁵,

Jose Hernan Alfonso¹, Margun Dahle⁵, Thomas Clemm⁶, Bente Ulvestad^{1,6}

Arbeidssteder, se s 9

Fysisk aktivitet blir sett på som et middel til å bedre helse, og arbeidsmotivert fysisk aktivitet kan være en ønskelig intervensjon hos mange arbeidsgivere. "The London Transport Workers Study" fra 1953^[1] var den første undersøkelsen som viste en sammenheng mellom manglende fysisk aktivitet og økt risiko for hjerte- og karsykdom. Fra 1980-tallet kom oppfølgingsstudier som viste at trening, delvis basert på selvrapporing, forebygger og bedrer livsstilsrelatert sykdom^[2, 3]. Høyintensitetsaktiviteter (svømming, tennis, løping) hadde bedre effekt enn aktiviteter med lav intensitet^[3]. En nyere studie^[4] fulgte 624 827 amerikanere i 10 år. I denne studien ga 10 min daglig trening økt forventet levetid på to år mens en times daglig trening ga en økt forventet levetid på 4,5 år^[4]. Disse funnene er i tråd med resultatene fra en delstudie av

Oslo-undersøkelsen der menn som trente nesten hver dag hadde 40 % lavere dødelighet enn de fysisk inaktive^[5].

Det har vært kjent lenge at insidensen av hjerteinfarkt er større blant personer i stillesittende yrker sammenliknet med personer i aktive yrker, og en opphopning av nedsatt kardiorespiratorisk form blant personer i yrker som salg, administrativ support og næringsmiddelvirksomhet er beskrevet^[6].

Metode

En gruppe på 121 fagarbeidere og funksjonærer innen veivedlikehold, 79 menn og 42 kvinner, meldte seg på et aktivitetsmotivasjonsprogram over åtte uker og helseundersøkelse før og etter. Vi presenterer her baseline-data fra den første helseundersøkelsen. Bakgrunnsdata og treningsaktivitet ble kartlagt ved bruk av spørreskjema. Blodtrykk og et

utvalg av blodanalyser som lipider, C-reaktivt protein og glykosert hemoglobin (HbA1c) ble gjennomført. Maksimalt oksygenopptak ble målt hos 53 av deltagerne.

Alle statistiske analyser ble utført i R (<http://www.r-project.org>).

Resultater

I følge selvrapportert treningsmengde trente 45 personer en dag per uke eller mindre, 57 trente 2-3 ganger per uke og 19 trente minst 4 ganger i uken. Figur 1 viser sammenhengen mellom rapportert treningsmengde VO₂max (i forhold til kjønn og alder) for de 53 personene med målt oksygenopptak.

Kvinnene hadde lavere KMI, lavere blodtrykk og en mer fordelaktig lipidprofil (høyere HDL) enn mennene (tabell 1). Denne kjønnsforskjellen er fremdeles signifikant etter justering for alder, utdanning og treningsnivå.

Tabell 1. Generelle karakteristika og helseutfall for studiepopulasjonen, fordelt på kjønn

	Menn (N=79) ^a Gjennomsnitt (SD)	Kvinner (N=42) ^b Gjennomsnitt (SD)
Alder (år)	41,9 (11,9)	42,5 (12,6)
Kroppsmasseindeks (KMI) (kg/m ²)	26,3 (4,0)	24,4 (3,1)*
Røykereg	12 (15%)	0*
Fullført høyskole/universitet	42 (53%)	36 (86%)*
Systolisk blodtrykk (mmHg)	120 (13)	112 (16)*
Diastolisk blodtrykk (mmHg)	77 (9)	73 (8)*
CRP (mg/L)	1,9 (2,0)	1,9 (1,9)
Kolesterol (mmol/L)	5,1 (1,1)	5,4 (1,1)
HDL (mmol/L)	1,4 (0,3)	1,9 (0,4)*
LDL (mmol/L)	3,2 (0,9)	3,2 (0,9)
HbA1c	5,3 (0,4)	5,2 (0,3)

*Signifikant forskjell mellom kjønn, p<0,05 a N=78 for CRP, n=77 for LDL, HDL og kolesterol, n=75 for HbA1c b N=41 for KMI, CRP, LDL, HDL, KOL c Totalantallet (prosent)

De som oppgir å trene mer enn to ganger i uken hadde lavere "low density lipoprotein" (LDL) og total kolesterol enn de inaktive (95% KI -0,80, -0,09; $p=0,015$ for 2-3 ganger/uke; 95% KI -1,07, -0,09; $p=0,022$ for ≥ 4 ganger/uke) (figur 2).

Diastolisk blodtrykk var redusert i gruppen som trener minst fire ganger i uken sammenliknet med dem med lav aktivitet (95%KI -8.9, -0.6; $p=0.026$). Sammenliknet med kvinner hadde menn en sterkere effekt av et høyt antall dager med fysisk aktivitet, ≥ 4 ganger/uke, på diastolisk blodtrykk (95%KI -20,8, -3,0; $p=0,01$). Selv om de var like gamle hadde mennene som var fagarbeidere ($N=27$) lavere HDL (95% KI 0,05, 0,36; $p=0,013$) og høyere CRP (log transformert; $p=0,022$) justert for alder og trening enn mennene som jobbet i kontor. De fagarbeidende mennene trente gjennomsnittlig mindre enn dem på kontor, 48% trente mindre enn to dager i uken mot 31 % av mennene på kontor.

Diskusjon

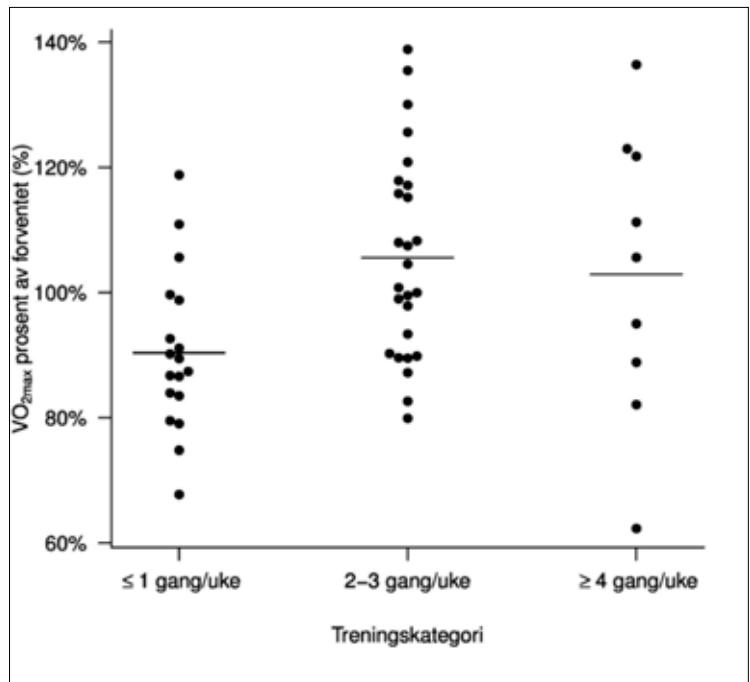
Ved baseline i denne undersøkelsen av 121 funksjonærer og fagarbeidere innen veivedlikehold fant vi at de som selvrapporterte trening to eller flere ganger per uke hadde gunstigere lipidverdier og blodtrykk. Kvinner hadde mer fordelaktige verdier av HDL og blodtrykk enn menn, også når det er justert for utdanning, alder og treningsnivå.

Lipider og inflammasjon

Vi fant lavere LDL og kolesterol-nivåer blant dem som trente minst to ganger i uken sammenliknet med dem som rapporterte lav aktivitet. Liknende funn er beskrevet i kliniske studier, og en metaanalyse av studier på personer med dyslipidemi har vist at treningsintervensjon over noen uker gir økning av HDL og reduksjon av kolesterol/LDL^[7].

En tredjedel av mennene i studien var fagarbeidere med noen manuelle oppgaver men mye stillesitting. De kjørte store anleggs-

Figur 1 Maksimalt oksygenopptak sett i forhold til selvrapportert treningsmengde. VO₂max prosent av forventet er regnet ut ved lineær regresjon med alder og kjønn som kovariater. Analysen er basert på vår studiepopulasjon.



maskiner i løpet av arbeidsskiftet. Denne gruppen hadde høyere CRP og lavere HDL og trente mindre enn de andre mennene. I tillegg kan de være utsatt for helseskadelig støv som kan påvirke hjerte og kar negativt^[8]. Dette gir grunn til bekymring siden oppfølgingsstudier av arbeidstakere i manuelle yrker har vist økt dødelighet blant dem som ikke er fysisk aktive, men ikke blant dem som trener^[9,10].

Blodtrykk

Menn har en sterkere effekt av et høyt antall dager med fysisk aktivitet i uken på diastolisk blodtrykk enn kvinnene i denne studien. For totalgruppen var blodtrykket lavere blant dem med hyppig treningsaktivitet sammenliknet med dem som oppga lav aktivitet. Dette er også dokumentert i studier av personer med hypertensjon og metabolsk syndrom^[11]. Videre er det også vist blant normotensive at trening har en gunstig effekt på

blodtrykket^[11]. Å senke blodtrykket i befolkningen har en effekt på den totale hjerte- og kardødeligheten^[12].

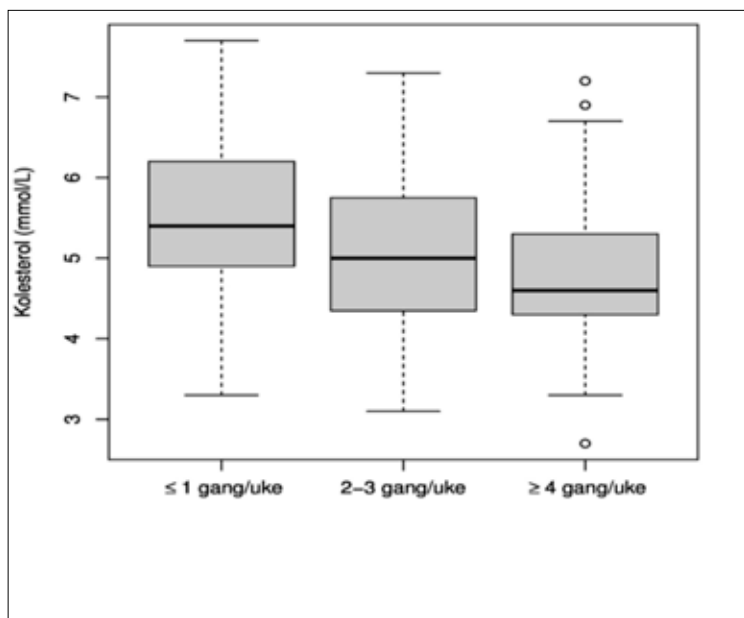
Begrensninger med studien

Man bør være forsiktig med å trekke slutninger om effekt basert på tverrsnittsdata. Vi har ikke kontrollert for andre livsstilsfaktorer, som ernæring, familieforhold, arbeidslivs faktorer og genetiske faktorer i studien. Det er høyst sannsynlig en seleksjon av friske og treningsmotiverte personer inn i studien og en mulig misklassifikasjon av treningsnivå kan heller ikke utelukkes.

Konklusjon

Det er sterke holdepunkter for at trening flere ganger i uken gir positive helseeffekter. Regelmessig trening ser ut til å gi en gunstigere lipidprofil og redusert diastolisk blodtrykk i denne tverrsnittsundersøkelsen av funksjonærer og fagarbeidere.

Figur 2 Selvrapportert treningsmengde og målt kolesterol



Menn ser ut til, i større grad enn kvinner, å profitere på et høyt antall dager med fysisk aktivitet i uken når det gjelder å redusere diastolisk blodtrykk. Arbeidstakere i manuelle yrker bør oppfordres til å trene.

Referanser

1. Morris JN, Heady JA, Raffle PA, Roberts CG, Parks JN. Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet* 1953; 265: 1111-20.
2. Paffenbarger RS Jr., Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med* 1986; 314: 605-13.
3. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet* 1991; 338: 774-8.
4. Moore SC, Patel AV, Matthews CE, et al. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001335.
5. Holme I, Anderssen SA. Fysisk

aktivitet, røyking og dødelighet hos menn som deltok i Oslo-undersøkelsene i 1972 og 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1743-8.

6. Lewis JE, Clark JD 3rd, LeBlanc WG, et al. Cardiovascular fitness levels among American workers. *J Occup Environ Med* 2011; 53: 1115-21.
7. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: S502-15; discussion S528-9.
8. Miller MR, Shaw CA, Langrish LP. From particles to patients: oxidative stress and the cardiovascular effects of air pollution. *Future Cardiol* 2012; 8: 577-602.
9. Clays E, Lidegaard M, DeBacquer D, et al. The Combined Relationship of Occupational and Leisure-Time Physical Activity With All-Cause Mortality Among Men, Accounting for Physical Fitness. *Am J Epidemiol* 2014; 179: 559-66.
10. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, et al. Occupati-

onal and leisure time physical activity: risk of all-cause mortality and myocardial infarction in the Copenhagen City Heart Study. A prospective cohort study. *BMJ Open* 2012; 2: e000556.

11. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*; 2002. 136: 493-503.
12. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903-13.

¹ Avdeling for arbeidsmedisin og epidemiologi, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Boks 8149 Dep. 0033 Oslo

² Norges Helsehøyskole PB 1190 Sentrum, 0107 Oslo

³ Avdeling for arbeidspsykologi og -fysiologi, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Boks 8149 Dep. 0033 Oslo

⁴ Avdeling for kjemisk og biologisk arbeidsmiljø, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Boks 8149 Dep. 0033 Oslo

⁵ Enhet for Blodcelleforskning, Avdeling for Medisinsk Biokjemi, Oslo Universitets Sykehus, Oslo

⁶ BHT, Mesta AS Postboks 253, 1326 Lysaker

Overdiagnostikk og overbehandling som helseproblem

Eivind Meland

Fastlege og professor ved Universitetet i Bergen

Artikkelen drøfter i hvilken grad vi har et helseproblem knyttet til "medikalisering". Den beskriver hva et slikt problem består i, setter dette inn i et historisk og idéhistorisk lys, identifiserer motkrefter i den medisinske profesjon, men peker også på allmennkulturelle endringer som gir håp om at vi kan demme opp for overdrevne og udokumenterte helsetjenester.

Har vi et problem?

«Medikalisering» og «terapeutisering» har vært omtalt i medisinsk sosiologisk litteratur i årtier⁽¹⁾. Begrepene har handlet om at moralske og politiske problemer har blitt omdefinert som individuelle helseproblemer der medisinen og andre behandlingsprofesjoner har ansvar. Lidelse er forvandlet fra «moralisk korrektiv» til sykdom med rett til behandling og velferdsytelser. Den økende vekten som er lagt på forebygging som individuelt livsstilsansvar har ytterligere forsterket dette⁽²⁾. På individnivå snakker vi om «sykeliggjøring», og kritikken har vært ledsaget av en velbegrunnet frykt for at medikaliseringen undergraver helsen slik den oppleves av den enkelte⁽³⁾.

I medisinen manifesterer dette seg i uberettiget vekst av undersøkelser slik som laboratorietesting⁽⁴⁾, med derav følgende økt behandling med negative helsekonsekvenser^(5, 6). Internasjonalt har det lenge vært kjent at «too much medicine» fører til negative helsekonsekvenser⁽⁷⁾. John Wennberg, en av pionerene innen dette feltet, viser også at slik vekst underminerer folks tiltro til og tilfredshet med helsetjenesten⁽⁸⁾. Heller ikke i Norge kan vi gi gode forklaringer på variasjon og vekst

av diagnoser og behandling⁽⁹⁾.

Hva er problemet?

En akseptert definisjon er *utredninger som er unødvendig og som en på forhånd med stor sikkerhet kan si ikke vil ha positiv effekt på pasientenes helse*. Vi skiller mellom overdiagnostikk og falskt positive prøveresultater. En mistenkt kreftsvulst ved mamмоgrafi som ved supplerende undersøkelser viser seg å være godartet, er et falskt positivt funn. Funnet er ikke aggressiv kreftsvulst i brystet som blir operert, men som aldri ville utviklet seg til invasiv kreft i pasientens levetid, er et eksempel på overdiagnostikk av falsk sykdom, såkalt pseudokreft. Den førstnevnte feilen kan identifiseres på individnivå. Den andre kan bare avsløres på populasjonsnivå i epidemiologiske studier. Den våkne leser vil nå avsløre en selv motsigelse fordi vi i det enkelte pasientmøtet *ikke* kan vite om akkurat denne pasienten hadde helsenytt av undersøkelse og behandling.

De formene for overdiagnostikk vi snakker om er:

- Diagnostikk av benigne forandringer med merkelapper som skader helse, for eksempel «pre-hypertensjon» (blodtrykk over 120 systolisk).
- Diagnostikk med nye sykdomsdefinisjoner basert på endring av cut-off (for eksempel diabetesgrense senket fra 7,8 til 7,0 mmol/l), eller ved å introdusere nye sykdomskategorier for normal variasjon (for eksempel sosial fobi i stedet for beskjedenhet).
- Diagnostikk og behandling av pseudosykdom oppdaget ved screening (for eksempel bryst-

kreft) eller ved bruk av sensitiv bildediagnostikk med mangelfull indikasjon og derav følgende lav forekomst av sykdom hos de undersøkte.

- Overbehandling i form av dårlig dokumenterte inngrep eller behandling av tilstander som ikke fører til relevant funksjonsbegrensning (for eksempel «frisering» av degenerative forandringer i menisker)^(10, 11).

Hvordan kan vi forstå problemet?

Et underliggende premiss i den sosiologiske og filosofiske kritikken av terapeutisering er at opplysningstidens humanistiske prosjekt har gitt mennesket en hovmodig rolle i det moderne samfunn, med forventninger som ikke kan innfris fordi vi har noen grunnvilkår i livet som ingen teknologi kan råde bot med. Jeg har stilt meg spørsmålet om et slikt perspektiv kan appellere både de verdslige og de troende til felles forståelse og respekt overfor de grunnleggende begrensningene i livet og ærefrykt for det vi ikke kan forstå⁽¹²⁾?

Det hadde vært enklere å vinne gehør for slik tenkning dersom folk flest var bevisste om at helsetjeneste kan skade helsen⁽¹³⁾. Sammenhengen mellom en hovmodig og sykdomsopptatt kultur og sykkelighet er vanskelig å dokumentere. Vi vet at en betydelig del av sykkeligheten i et samfunn kan variere med offentlig oppmerksomhet og kulturelle motestrømninger⁽¹⁴⁾. Vi har, imidlertid, bare indikasjoner på at ressursbruken fører til selvusikkerhet og en umettelig trang til å forsikre oss gjennom teknologi mot sykdom og død⁽³⁾.

Vi kjenner fysiologiske mekanismer som kan forklare hvordan

lært eller medfødt økt følsomhet for kroppslige symptomer virker selvforsterkende på subjektive helseplager ⁽¹⁵⁾. Vi vet at urealistiske forventninger skaper kronisk stress, og hvordan symptomer og plager kan skape behov for beroligende, men skadelig helsetatferd ⁽¹⁶⁾. Vi vet også at positive forventninger og meningsfullhet (placebo) kan bedre vår helse ⁽¹⁷⁾, og vi får økende kunnskap om hvordan negative forventninger (nocebo) skader helsen ⁽¹⁸⁾. Vi vet ikke om det moderne mennesket er mer utsatt for slik undergraving av helsen enn tidligere i historien, eller om slik sykighet har fulgt motebølger i hele menneskets historie.

Kan vi gjøre noe med det?

Ray Moynihan, en av initiativtakere bak «preventing overdiagnosis»-bevegelsen, anviser krav til forskere for å gjøre vitenskapen mer selvkritisk ⁽¹⁹⁾. Han ber oss om å innarbeide drøfting av faren for skade og overdiagnostikk i alle forskningsartikler om diagnostikk og behandling. Han etterlyser flere vitenskapelige artikler om sykdommer hvor økende overdiagnostikk synes som et problem, for eksempel lungeemboli diagnostisert med CT.

Artikler om diagnostikk og behandlingseffekt bør inneholde analyser der potensiale for og evaluering av skadelige effekter alltid inngår. Artikler om diagnostisk treffsikkerhet og behandlingseffekt bør skille mellom dem med alvorlig sykdom/risiko og dem med lett til moderat alvorlige tilstander. Medlemmer av retningslinjekomiteer skal være uten bindinger til industrien, foreslår han, men lar være å ta stilling til at de sannsynligvis er vanskelig å finne ⁽¹⁹⁾.

I samfunnsmedisin og helseledelse synes det like vanskelig å være åpen om helsetjenestens farer som i kurativ og forebyggende klinisk virksomhet. Trangen til å fremstå som «godhetsfyrster» er sterk i helsevesenet. Det er vel heller ingen tvil om at frykten for unnlattelssfeil er så sterk og ansvarsbevisstheten om over-

drivelsesfeil så svak at det virker drivende på medisinske eksesser ⁽²⁰⁾. Det er derfor positivt å se at der er motkultur mot dette som vokser frem og får bred oppslutning av medisinske institusjoner både i USA og i Canada (<http://www.choosingwisely.org/>).

En ny etisk horisont

Også i psykiatrien høres det kritiske røster mot diagnostisk inflasjon og behandlingsmessige overdrivelser ⁽²¹⁾. Unnlåt å stille psykiatriske diagnoser med mindre pasienten er alvorlig funksjonsforstyrret, anbefales det. Hvis funksjonen ikke er alvorlig nedsatt, må oppskriften være å vise medfølelse, aksept og interesse. Medisinen må evne å alminneliggjøre emosjonelle reaksjoner på tap og krenkelser og kunne hjelpe medmennesker med å møte kriser og hverdagsutfordringer uten å ty til medikamenter eller velferdsytelser ⁽²¹⁾. En diagnostisk kultur som prøver å kategorisere allmennmenneskelige reaksjoner i stadig mer omfattende diagnoser, representerer i seg selv en trussel mot helsen. Helse- og velferdstjenesten klarer ikke å håndtere slike diagnoser, som for eksempel ADHD, angst, depresjon og andre affektive sykdommer, også fordi diagnostikken har lav diskriminerende validitet og tidsmessig stabilitet. Det er i anerkjennelsen av at livet er feilbarlig, og at vi er sårbare som hjelpere og pasienter at jeg kan se et allment kulturelt skifte som nå gjør seg gjeldende i den terapeutiske kultur. Dette skiftet sees tydelig i psykoterapien og psykiatrien i det som kalles «metakognitiv terapi» eller «aksepterende forpliktelsesterapi» ⁽²²⁾. Vi ser her konturene av en ny etisk horisont ved at disse terapiformene har som utgangspunkt at lidelse og symptomer hører med til livet. Det behandlingsmessige mandatet kan ikke ensidig begrenses til å unngå eller finne sykdomsforklaringer på symptomer.

Bestrebelsene på å kontrollere og lette symptomene synes å forsterke plagene gjennom unnvikelsatferd og andre feilslåtte mest-

ringsforsøk fra pasientene, og stakkarsliggjørende, men velment diskriminering fra terapeutene. Det nye etos er basert på aksepterende medfølelse og på vennlig selvmedfølelse. Fokus i behandlingen kan derved rettes mot å hjelpe pasientene med å identifisere egne selvbestemte livsverdier og veilede i hvordan vi kan leve oppreist i pakt med oss selv. Verdilikevgyligheten i deler av den vestlige humanistiske kulturen er i ferd med å bli erstattet med en ny moralsk horisont, som ikke er påtvunget av ytre autoriteter eller av kirketukt, men av opplevelsen av å være forbundet med hverandre og med naturen med opplevde moralske bånd. Selvakssept gjelder også for oss behandlerne. Feilbarlighet kan i et slikt klima bli utgangspunkt for aksept og læring i stedet for en grenseløs og defensiv «ryggen-fri-medisin». Vi står kanskje foran en «reformasjon» som både de verdslig orienterte og de troende kan ta del i ^{(12)?}

Litteratur

1. Rieff P. The Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith after Freud. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1987.
2. Crawford R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. International J Health Service 1977; 7: 663-80.
3. Barsky AJ. The paradox of health. The New England journal of medicine 1988; 318: 414-8.
4. Gjelsvik R, Kaarboe O, Haukland HH, et al. Riktigere bruk av laboratorietjenester – økonomiske aspekter [More adequate use of laboratory services--economical aspects]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række 2008; 128: 814-7.
5. Breidablik HJ, Meland E, Aakre KM, et al. PSA measurement and prostate cancer--overdiagnosis and overtreatment? Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række 2013; 133: 1711-6.
6. Johansen TE, Berg C. Hormonbehandling av prostatakreft i Norge [Hormone treatment of prostate cancer in Norway]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række 2008; 128: 2558-62.
7. Fisher ES, Welch HG. Avoiding

- the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *Jama* 1999; 281: 446-53.
8. Wennberg JE. Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care. Oxford, New York: Oxford University Press; 2010.
 9. Suren P, Bakken IJ, Lie KK, et al. Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge [Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række* 2013; 133: 1929-34.
 10. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosis : making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
 11. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 2010; 102: 605-13.
 12. Meland E. Det hellige som kilde til helse. Stavanger: Eide Forlag AS; 2012.
 13. Brodersen J, Hovelius B, Hvas L. Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur; 2009.
 14. Aronowitz RA. Making sense of illness. Science, society and disease. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
 15. Brosschot JF, Eriksen HR. Somatization, sensitization and subjective health complaints. Oxford: Blackwell Publishing, Special Issue of Scandinavian Journal of Psychology; 2002.
 16. Frank SH. Expectations disease: A model for understanding stress, control and dependent behavior. *Fam Pract* 1993; 10: 23-33.
 17. Ekeland T. Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar. Bergen: Universitetet i Bergen; 1999.
 18. Lunde IM. Nocebo: när förväntningar skapar sjukdom. In: Brodersen J, Hovelius B, Hvas L, editors. Skapar vården ohälsa? Lund: Studentlitteratur, 2009: 305-16.
 19. Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS medicine* 2014; 11: e1001655.
 20. Hoffman JR, Kanzaria HK. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. *BMJ* 2014; 349: g5702.
 21. Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *The Journal of nervous and mental disease* 2012; 200: 474-9.
 22. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1-25.

Seminar på Losby Gods

Anniken Sandvik

Lokaltillitsvalgte i NAMF var samlet til seminar på Losby Gods 12. og 13. februar i år. Forskningsutvalget og redaksjonskomiteen i Ramazzini var også representert. Satsningsområder for arbeidsmedisinen ble diskutert. Blant annet er det vedtatt at det skal ansettes en veiledningskoordinator i arbeidsmedisin. Det er også ønskelig å få på plass en mentorordning i bedriftshelsetjenesten. Det ble mulighet for å utveksle erfaringer fra egen hverdag i arbeidsmedisinen. Det er tydelig at det er større konkurranse på BHT-markedet, og dette skaper utfordringer for bedriftslegens arbeidsforhold og for legens faglige integritet. Det kom innspill om at vi trenger å synliggjøre bedriftslegens kompetanse både internt i BHT og eksternt mot kunder og mot samfunnet. Godkjenningsordningen for BHT ble diskutert. Enkelte mener at denne ikke har svart til forventningene, selv om ordningen nok også har silt ut en del useriøse aktører. Spesialitetsstrukturen er

under endring, og det er et viktig spørsmål hvordan forholdene blir for arbeidsmedisinen fremover. Foreløpig er det ikke kommet signaler om endringer når det gjelder arbeidsmedisin. Ellers diskuterte man hvordan arbeidsmedisinen kan settes på agendaen i næringslivet. En strategi som ble trukket frem var å poengtere at satsning på god arbeidshelse også vil lønne seg for en bedrift. Norsk Industri arrangerer en konferanse om dette i mai; Helse og lønnsomhet – Arbeidsmedisin for næringslivsledere.

Det ble også diskutert hvordan arbeidsmedisineren kan komme mer på banen på nasjonale arenaer. Blant annet ble det drøftet hvilken rolle arbeidsmedisineren kan ha i folkehelsearbeid. Anthony Wagstaff, relativt nyopnevnt leder for spesialitetskomiteen, hadde et innlegg om fremtiden for arbeidsmedisinen. Han trakk frem poenget med at arbeidslivet har endret seg fra tradisjonell industri til i økende grad

serviceyrker, og at kompetanse på psykososiale arbeidsmiljøfaktorer blir viktig for å kunne møte dagens utfordringer i arbeidslivet. Wagstaff mente vi som spesialitet bør planlegge for vekst og utvikling, ikke bare for å holde oss på nåværende nivå.

Seminaret var en kjærkommen anledning til å samles og diskutere fag og fagpolitikk i nydelige omgivelser på Losby. Arbeidsmedisinen har fremdeles sine utfordringer og er under press fra mange hold. Det er da godt å oppleve at NAMF følger nøye med i utviklingen og har en aktiv rolle i fag – og strategiutvikling. Ikke minst er de lokale tillitsvalgte en viktig ressurs for medlemmene og jeg vil med dette oppfordre alle nye medlemmer til å ta kontakt med sin lokale tillitsvalgte for råd og veiledning. Ikke minst kan dette være viktig for å etablere et nettverk innenfor faget.

Kan bedriftshelsetjenesten redusere sosiale ulikheter i helse mer enn i dag?

Björgulf Claussen

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Å redusere sosiale ulikheter i helse ble prioritert av et enstemmig storting etter en melding fra Stoltenberg-regjeringen i 2007 (figur 1). Da var det klart at Norge hadde om lag de samme trappeformede ulikhetene for eksempel i mortalitet som andre vestlige land (tabell 1). Rusrelaterte dødsårsaker viste størst forskjell mellom høyere funksjonærer og ufaglærte arbeidere, dernest røykerelatert kreft blant menn (tabell 2), men dette er små grupper. Hjerte- og karsykdommer er den store gruppen, og her hadde ufaglærte arbeidere vel to ganger høyere dødelighet.

Helseulikhetene økte markant fra 1960- til 1990-årene (figur 2), og ingenting tyder på at de går ned nå. Politikerne har knapt kommet med forslag som har noen realistisk sjans til å redusere dem. Flere i arbeid har vært stortingspolitikernes mantra. Veldig bra, men hvordan få det til?

De rød-grønne har først og fremst satset på å overtale de arbeidsløse til å få seg jobb. I tillegg innførte de Kvalitetsreformen, det vil si å gi økt sosialhjelp til klienter som blir med på attføringstiltak. Hvis denne reformen har fått flere ut i arbeid, er virkningen i så fall svært liten (4).

Den blåblå regjeringen satser i tillegg på å redusert formueskatt og en svekket Arbeidsmiljølov skal skaffe mer investeringer og flere arbeidsplasser, men har problemer med å sannsynliggjøre slike effekter.

Hva skyldes de sosiale ulikhetene i helse?

Det er selvfølgelig vanskelig å gjøre noe praktisk for å redusere disse sosiale ulikhetene i et velordnet og velstående land som vårt. For å spekulere videre over dette spørsmålet må vi se på de mest sannsynlige årsakene. Disse faktorene er mest diskutert:

- 1) Helsemessig seleksjon til sosial posisjon
- 2) Sosiale ulikheter i livsstil
- 3) Mors leveforhold under svangerskapet
- 4) Psykososiale faktorer
- 5) Materielle faktorer

Seleksjonshypotesen er grundig undersøkt, også i Oslo (5). Ingen har funnet at mer enn litt av forklaringen kan være at unge mennesker med dårlig helsepotensiale tenderer til å falle i det sosiale hierarkiet. Det kan for eksempel gjelde dem med tendens til å bruke mye rusmidler. Altså må kausaliteten gå den motsatte veien, at sosial posisjon påvirker helsa.

Av kausale faktorer er livsstilen godt undersøkt i mange vestlige land. Sosiale ulikheter i sunne livsstilsfaktorer forklarer stort sett en tredjedel av de sosiale ulikhetene. Da står altså to tredjedeler igjen å forklare.

Mye tyder på at mors leveforhold i svangerskapet påvirker helsa til barnet i hele livet, kjent under betegnelsen Forsdahl-Barker-hypotesen. Norske myndigheter har som kjent trukket en konsekvens av dette, at gravide ikke skal utsettes for arbeidsforhold som

kan skade fosteret. Men det spørres om ikke norske gravide stort sett lever for tøft når hensynet til fosteret skal telle tungt. I hvertfall er gunstige leveforhold for mor viktig for helsa til avkommet.

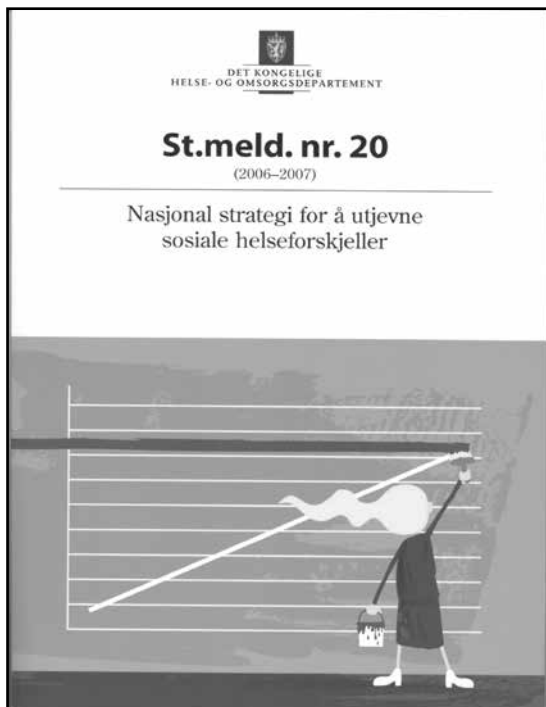
Faktor 4) og 5) er det mye strid om. Mange mener som den britiske epidemiologen Richard Wilkinson at i våre velorganiserte samfunn er det psykososiale forhold som er viktigst for helsa, som selvtillit, følelse av å ha lyktes, kontroll over egen livssituasjon (6). Andre hevder at det fortsatt er de materielle livsbetingelsene som er viktigst, som inntekt, bo- og arbeidsforhold, tilgang på ferier og liknende. Men forskjellen mellom de to forklaringsmodellene er kanskje ikke så stor. Følelsen av å ha lyktes henger nok ofte sammen med størrelsen på den lønna og de arbeidsvilkårene som man har oppnådd, likeledes kontroll over eget liv.

Er sosiale ulikheter noe å bry seg om?

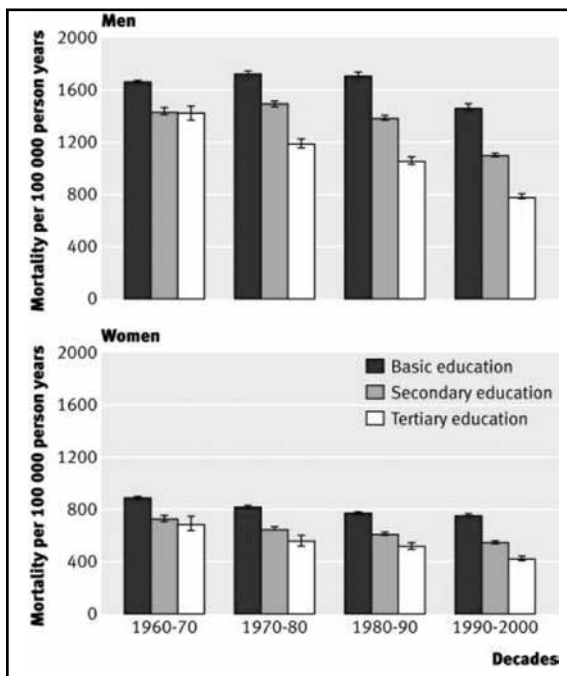
Er sosiale helseulikheter viktig? Ja, tabell 1 viser ulikheter som overrasket oss stort da vi fikk dem frem for et tiår siden, avstand mellom trinnene er omtrent like store for norske menn som for britiske. Dette regnestykket illustrerer viktigheten bedre:

- Der var 313 000 menn i Norge i alderen 45-59 i 1990. I løpet av de neste sju år døde 16 400 av disse.
- Dersom alle hadde hatt like lav dødelighet som dem i øverste klasse, ville 8 000 dødsfall vært spart. Dette tilsvarer 22 sparte dødsfall hver uke

Figur 1 Stortingsmeldingen om sosiale ulikheter i helse fra 2007 (1)



Figur 2 Aldersjustert dødelighet etter utdanning i alder 45-64 år per 100 000 personer i Norge over fire tiår (3)



Vil forebyggingstiltak alltid bedre helse til de beststilte mest?

Noen fremhever at forebyggende tiltak først og fremst når de beststilte. Figur 2 tyder på det, likeledes mye andre erfaringer (7). I 1950- og 60-årene var inntrykket at velferdsstaten og den økte velstanden bedret helse til de dårligere stilte mest. Men all satsningen på livsstilsendringer de siste 40 årene synes å ha virket motsatt. De med kunnskaper og handlingsrom har tatt opp det sunne budskapet raskere og sterkere enn andre. I store europeiske undersøkelser er den sosiale lagdelingen blitt delt i tre, og forbausende nok har de skandinaviske landene vist størst ulikheter i dødelighet (8). Grunnen er at de bedrestilte hos oss har en lav dødelighet, noe som antakelig skyldes en forholdsvis asketisk livsstil i de øvre klassene, mens arbeiderklassen er mer lik i alle de 11 europeiske landene som var med.

Reduserer bedriftshelsetjenesten de sosiale ulikhetene?

Ja, det tror jeg, og da bygger jeg på litt erfaring som bedriftslege og mye erfaring som allmennpraktiker og forsker på sosiale ulikheter (9). Antakelig har den systematiske miljøovervåkingen til bedriftshelsetjenesten mye å si for helse til de ansatte, kanskje spesielt for arbeidere og lavere funksjonærer. Ren screening tror vel ikke så mange på lenger, men regelmessige personundersøkelser kan likevel bety en del gjennom rådgiving og muligheter til å diskutere med sykepleier, lege og eventuelt andre helsefolk.

Bedriftsintern attføring er etter mine personlige erfaringer enormt viktig. I mange bedrifter motvirker det utstøting av svak arbeidskraft, for å bruke et grovt uttrykk. Dette er mennesker som alternativt ville blitt gående som kronisk arbeidsløse med stor sjanse for redusert helse. Alternativet er NAV, og her går det for tiden ikke bra med de syke arbeidsløse. Mens 77 000 var vanlige registrerte arbeidsløse i mars

2014, var hele 161 000 på arbeidsavklaringspenger, og det antallet greier myndighetene knapt å få ned for tiden.

Ved omorganiseringer er nok de fleste bedriftshelsetjenester med på prosessen. Ved nedbemanninger bør helsefolk gi råd til ledelsen om at ansiennitetsreglene følges i størst mulig utstrekning og ikke arbeidsevne.

Støtte til oppsagte ved nedbemanninger er også rutine ved mange bedrifter. Inntrykket mitt er at bedriftshelsetjenesten er med på dette. Da er det vanlig å gi individuelle råd om hvordan en best tar vare på helse under arbeidsløshet og hvordan en bør gå fram ved jobbsøking.

Arbeidsmiljøloven er viktig

Bedriftene har sikkert mange gode motiver for å holde seg med en faglig sterk bedriftshelsetjeneste (10-13). Den bidrar til en frisk arbeidsstokk, og kanskje enda viktigere, et godt forhold til de ansatte. Bedriftsintern att-

føring og hensynsfull adferd ved innskrenkninger bidrar ganske sikkert til mer følelse av trygghet og tillit blant de ansatte enn en mer forretningsmessig stil ville gjort. Føler en at arbeidsplassen er solid, tror jeg det er helsebringende, det gir følelse av trygghet og kontroll.

Dertil er Arbeidsmiljøloven viktig, både støtten den gir til bedriftshelsetjenesten og enkeltbestemmelsene om verneiltak, arbeidstid og ansattes rettigheter mer generelt.

Konklusjon

Jeg tror at det viktigste som bør gjøres for å minske de sosiale helseulikhetene er å minske de økonomiske ulikhetene. De laveste inntektene bør opp og skatten på dem bør ned. I motsatt ende bør skatten på de høye inntektene opp. De laveste trygdene bør heves, likeledes sosialhjelpen.

I bedriftshelsetjenesten må vi holde på høy kvalitet og bevare de beste ordningene, som for eksempel bedriftsintern attfø-

ring. Vi bør fortsette med å agitere for en sunn livsstil, men forsiktig og helt uten moralisering.

Referanser

1. Stortinget. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007), Innst. S. nr. 240 (2006-2007)
2. Claussen B, Næss Ø. Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1867-9
3. Strand BH, Grøholt EK, Steingrimsdóttir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Naess Ø. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. BMJ. 2010; 340: c654
4. Claussen B. Fattigdom I Norge. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014
5. Claussen B, Smits J, Naess O, Davey Smith G. Intragenerational mobility and mortality in Oslo: social selection versus social causation. Soc Sci Med 2005; 61: 2513-20
6. Wilkinson R, Pickett K. Ulikhetens pris. Oslo: Res publica, 2011
7. Vanasse A et al. Health inequalities associated with neighbour-
8. Mackenbach et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997; 349: 1655-9
9. Claussen B. Sosiale ulikheter i helse. Oslo: Unipub, 2008
10. Leira HL. Arbeidsmedisinen i forandring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1024
11. Kongsvik LT. Forebyggende helsearbeid er viktigst. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2727-8
12. Andersen JE. Faglig løft for bedriftshelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2155
13. Braaten KE. Arbeidsmedisin i vekst og utvikling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1271

Tabell 1 Relativ risiko (RR) for dødelighet 1990-97 etter yrkesklasser i aldersgruppen 50-69 år (2)

	Oslo	Kvinner England/Wales	Oslo	Menn England/Wales
Høyere funksjonærer	1,00	1,00	1,00	1,00
Midlere funksjonærer	1,01	1,21	1,18	1,15
Lavere funksjonærer	1,29	1,74	1,42	1,31
Faglærte arbeidere	1,43	1,87	1,54	1,53
Ufaglærte arbeidere	1,60	2,22	1,92	1,67

Tabell 2. Relativ risiko for død 1990-97 etter diagnosegruppe blant alle ufaglærte arbeidere i Oslo, 31-50 år, når høyere funksjonærer har RR=1 (2)

	Kvinner	Menn
Hjerte- og karsykdommer	2,6	2,2
Røykerelatert kreft	1,5	11,5
Annen kreft	0,6	1,4
Voldelig død	5,1	4,2
Rusmidler	15,0	16,9
Alle dødsfall (n=1290)	1,6	2,6

Sjokolade for folket

Anniken Sandvik, Bedriftslege, Oslo HMS-senter SA

Da Johan Throne Holst kjøpte Freia sjokoladefabrikk i 1892 var sjokolade en luksusvare. For å øke salget av sjokolade jobbet han målbevisst med markedsføringsen. Han ønsket å gjøre sjokolade til allemannseie. I 1910 utlyste han en prisoppgave som førte til at to leger skrev avhandlingen "Et bidrag til bedømmelsen av kakaosens værdi i folkeernæringen". I avhandlingen ble det konkludert med at både kakao og kokesjokolade kunne "med hensyn til næringsverdi i forhold til prisen sammenstilles med en rekke av vore mest benyttede daglige næringsmidler"[1,2]. I mellomkrigstiden var man opptatt av å unngå feilernæring og underernæring. I denne forbindelse fremhevet Throne Holst kakaoen. En regelrett "anti-kaffe-kampanje" skal også ha blitt ført, for å påvirke folk til heller å drikke kakao. Et kuriøst eksempel på ernæringsfokus til Freia er produktet Chokosan, plater av kokesjokolade tilsatt tranekstrakt. Kakao laget av Chokosan ble servert blant annet ved barneavdelingen på Rikshospitalet [1].

Freia var forut for sin tid i sitt forsøk på å bygge opp et godt arbeidsmiljø. God personlig hygiene, rene arbeidslokaler, god ernæring, estetikk og kultur sto sentralt [1]. God helse og et rent miljø kom arbeidere til gode, men var naturligvis også en nødvendighet i produksjonen av sjokolade. Carl Schiøtz ble ansatt som bedriftslege ved Freia i 1917 og etablerte med dette den første moderne bedriftshelse-tjenesten i Norge. At Schiøtz også var opptatt av ernæring og av sjokoladens betydning som næringsmiddel kan sikkert ha vært medvirkende til at det var han som ble valgt som bedriftslege [1].

Schiøtz var imidlertid ikke den første arbeidsmedisineren som var opptatt av sjokolade. I sin avhandling om arbeideres sykdommer skrev Ramazzini et



Kvinnenes spisesal ved Freia. 1923, ukjent fotograf. Fra arkivet etter Freia, Riksarkivet.

kapittel om "Lærde menns sykdommer"[3]. Han nevner at både politikere, advokater og rådgivere ved hoffet ofte rammes av en rekke sykdommer. Legene, derimot, blir sjeldnere syke og hvis de først blir det, skyldes det som regel for mye løping heller enn stillesitting. Til de lærde gir han råd om å styrke magen, og for dette anbefaler han kanel, krydder og nettopp sjokolade:

Nå for tiden er en delikatess som sjokolade på moten blant lærde menn. Den er en trøst for mage og for kroppsåndene. Det er ingen tvil om at lærde menn har en tilbøyelighet for melankoli, medfødt eller ervervet. Ettersom de har for mye syre, lindrer sjokoladedriker som en balsam (4). I løpet av de seneste årene har det blitt gjort mye forskning som fremhever positive kardiovaskulære effekter av sjokoladekonsum. Man antar at det er innholdet av antioksidanter og flavanoider i mørk sjokolade som gir de positive helseeffektene. Det er også holdepunkter for at en rekke øvrige bioaktive komponenter faktisk bidrar til "sinnets muntherhet"[5].

Historien om sjokoladen illustrerer hvordan det arbeidsmedisinske arbeidet lokalt kan komme i konflikt med det generelle folkehelsearbeidet. Selv om vi kan ha gode råd om hvordan man skaper trygge og helsefremmende arbeidsplasser, er det vel ikke alle bedrifters produkter vi umiddel-

bart ønsker å anbefale. Etter andre verdenskrig ble overvekt et utbredt problem i den norske befolkningen. Dette gjaldt også arbeiderene på Freia [1].

Historiker Hilde Ibsen har studert fenomenet bedriftsvelferd i perioden 1910-1970 ved blant annet Freia Sjokoladefabrikk og har interessante perspektiver på dette. Hun mener at bedriftsvelferd (herunder bedriftshelsetjeneste) i sin begynnelse ved enkelte bedrifter kunne karakteriseres som en "glasur på toppen av en manipulativ og uendret maktstruktur" [4]. Dette er urovekkende lesning. La oss stå på sammen for at dagens arbeidsmedisin ikke ender som bedøvende sjokoladepynt!

1. Ibsen, Hilde. Et lite stykke Norge. Freia 100 år. Oslo: Aschehoug, 1998.
2. Bøckmann PWK og Knutsen B. "Sjokolade som næringsmiddel. Hva vitenskapen og den praktiske erfaring sier om sjokolade." Utgitt av A/S Freia Chocolate Fabrik's Laboratorium 1939.
3. Ramazzini, Bernardino. De morbis artificum. Om arbeitares sjukdommer. Oversatt fra den amerikanske utgaven "Diseases of Workers" av Bertil Delin, Gideon Gerhardsson og Philip Nelson. Åkersberga, 1991 (opprinnelig publisert 1713). Sitater er oversatt fra svensk av Anniken Sandvik.
4. Ibsen, Hilde. Mellom profitt og moral. Bedriftsvelferd ved A/S Freia Sjokoladefabrikk, J.L. Tiedemanns Tobaksfabrik og Christiania Portland Cementfabrik A/S 1910-1970. Oslo, Aschehoug, 1996.
5. Ronge K. Sjokolade – mer enn til sinnets muntherhet. Tidsskr Nor Lægefor 2003;123:689.

Bokanmeldelse

Bredt anlagt perspektiv på folkehelse

Ursula Småland Goth (red.)

Folkehelse i et norsk perspektiv

Gyldendal Norsk Forlag AS 2014

Anniken Sandvik

Boken omtaler folkehelsearbeid på mange plan. Det pekes på at grunnlaget for god helse først og fremst skapes utenfor helsetjenesten, og at tverrfaglige tilnærminger til folkehelsearbeid derfor er viktig. Det tverrfaglige perspektivet gjenspeiles i forfatterbidragene: Her er både økonom, sosiolog og samfunnsviter representert i tillegg til leger og øvrige helsefaglige grupper.

Bakgrunnen for boken er blant annet Folkehelsemeldingen som kom i 2013, der målene for det nasjonale folkehelsearbeidet ble formulert. Disse målene er, som Camilla Stoltenberg oppsummerer i forordet:

- Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen og reduserer sosial ulikhet i helse.

En målsetting med boken er å beskrive norske erfaringer og virkemidler som kan brukes i folkehelsearbeidet. Det innledes med et historisk og metodologisk perspektiv, før egne kapitler er viet hovedemner som sosial ulikhet i helse, migrasjonshelse og helseatferd og psykososiale faktorer. Mye plass er også viet de mer tradisjonelle emnene innen folkehelse i kapitlene om henholdsvis fysisk aktivitet og kosthold. Noe mer overraskende er det at et helt kapittel er viet helsesøsters rolle, og et annet kapittel omhandler i sin helhet frivillig arbeid. Redaktøren har bemerket i innledningen at det var nødvendig å begrense omfanget og at kun de mest sentrale fagområdene kunne tas med. Valgene som er gjort her, kan naturligvis diskuteres. Anders Smith i Helse direktoratet bemerket i sin anmeldelse av boken at temaet miljørettet helsevern mangler [1]. Dette ville ha tydeliggjort legerollen og ikke minst samfunnsmedisinen som fag. Miljørettet helsevern grenser også tett opp mot arbeidsmedisinerens arbeidsfelt. Enkelte av de arbeidsmedisinske avdelingene har allerede bidratt ved enkelthendelser som gjaldt miljørettet helsevern i sitt lokalområde. Muligens er

dette et felt der de arbeidsmedisinske avdelingene kan spille en større rolle i fremtiden.

Jeg merket meg med glede at arbeidsmedisinen er gitt plass i en bok som dette. Ørn Terje Foss har skrevet et kapittel med tittelen «Arbeidshelse». Kapitlet er en bredt anlagt presentasjon av arbeidsmedisinen der Foss misjonerer for å få arbeidsmedisinen på agendaen innenfor folkehelse. Han redegjør for Arbeidsmiljøloven, helsefremmende arbeidsplasser og kommer med eksempler på hvordan arbeidsplassen kan brukes som arena for folkehelse tiltak. Foss nevner også at fagressursene i bedriftshelsetjenesten og i kommunens enhet for miljørettet helsevern er overlappende, og at det ligger et potensiale her til bedre koordinering av folkehelsearbeidet.

Ulempen med en bok som dette er at den prøver å favne for bredt, og dermed kan inntrykket bli noe overflatisk og springende. Videre er tilnærmingen jevnt over relativt akademisk og abstrakt. Det er positivt for å skape overblikk og sammenheng, men det kunne vært ønskelig også med flere håndfaste eksempler. Som flere av forfatterne nevner, har temaet folkehelse en tendens til å bli varmt omtalt i festtaler og politiske strategidokumenter, men kanskje blir visjonene i mindre grad fulgt opp i praksis. Selv oppfatter jeg det som en hovedutfordring hvordan fagpersoner kan komme i posisjon til faktisk å kunne påvirke folkehelsen.

Boken anbefales for å gi et bredt perspektiv på folkehelsearbeid i Norge. Mitt inntrykk er at mange arbeidsmedisinere på ulike måter gjør en viktig innsats på dette feltet. Forhåpentlig kan boken bidra til refleksjoner rundt hvordan flere kan finne sin selv-sagte plass i dette landskapet.

[1] Smith, Anders. Folkehelse i et norsk perspektiv. Bokanmeldelse på Helsebiblioteket.no, 25.08.14. <http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/metoder-i-folkehelsearbeidet/artikler/folkehelse-i-et-norsk-perspektiv> (03.02.15)

Godkjent BHT 5 år etter

– erfaringer med godkjenningsordningen

Arve Lie og Odd Bjørnstad, Fagsekretariatet for BHT, STAMI.

Innføringen av en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten (BHT) har ført til endringer i BHT-bransjen i Norge. Denne spørreundersøkelsen tyder på at de fleste BHT er godt fornøyd med godkjenningsordningen og at kvaliteten på BHT i Norge er blitt bedre pga den.

Innledning

Godkjenningsordningen for BHT i Norge ble innført fra 2010. BHT hadde i lang tid ønsket dette ⁽¹⁾. Under forarbeidet ble det reist tvil om en godkjenningsordning ville føre til en bedre kvalitet på BHT ⁽²⁾. Det ble også uttrykt bekymring for at mange små BHT kunne få problemer med å oppnå godkjenning og at godkjenningsordningen ville kunne fordyre tjenestene. Det ble også reist spørsmål om innføring av en godkjenningsordning var forenlig med utvidelse av bransjeforskriften om BHT-plikt som også ble innført samme år ⁽³⁾.

I 2011 ble alle landets BHT spurt om erfaringer med godkjenningsordningen. Det ble avgitt svar fra 241 BHT (75 %). Halvparten måtte gjøre ulike tilpasninger for å kunne søke godkjenning. De vanligste var forbedring av kvalitetssystem, lage kompetanseutviklingsplan og øke bemanningen på det yrkeshygiene og arbeidsmedisinske området. Over halvparten av BHT mente at godkjenningsordningen hadde ført til bedre kvalitet ⁽⁴⁾.

Da undersøkelsen i 2011 ble gjennomført var erfaringene med godkjenningsordningen begrenset fordi den var innført bare et år tidligere. Målet med den foreliggende undersøkelsen var å finne ut om hva som har skjedd med BHT siden 2011, holdningen til godkjenningsordningen

er like positiv i 2015 som i 2011, og få vite mer om hvordan ordningen fungerer.

Resultatene fra 2015 undersøkelsen er nylig presentert i STAMI-rapport nr. 1, 2015 ⁽⁵⁾.

Metode

Vi sendte ut et web-basert spørreskjema til samtlige av landets BHT som er godkjent av Arbeidstilsynet. Vi brukte e-postadresselister fra Arbeidstilsynets register over godkjente BHT.

Spørreskjemaet ble laget av Fagsekretariatet for BHT i samarbeid med profesjonsforeningene i BHT og Godkjenningssenheten for BHT i Arbeidstilsynet. Vi brukte flere av spørsmålene fra undersøkelsen i 2011 for å kunne sammenligne svar, men stilte i tillegg spørsmål om bl.a. økonomi, størrelse på BHT, typer av fagpersonell, innleie av fagpersonell til BHT og ulike samarbeidsavtaler med andre BHT.

Spørreskjemaet ble først prøvet ut

på noen BHT, og på grunnlag av tilbakemeldinger ble enkelte spørsmål endret.

Spørreskjemaet ble sendt ut 24/11-2014 og etter 3 purringer ble undersøkelsen avsluttet 12/1-2015. Dataene ble fra undersøkelsen ble overført til SPSS 22 for videre bearbeiding. For å sende ut spørreskjema, foreta purring og samle inn data, ble programsystemet SurveyMonkey brukt ⁽⁶⁾.

Resultater

Deltakerne i undersøkelsen

Vi fikk svar fra 173 BHT av 228 mulige, noe som gir en svarprosent på 76 %.

De 173 BHT som svarte, hadde rundt 2400 ansatte (2000 årsverk) og dekket 26000 virksomheter med 1,1 millioner ansatte. Det var for det meste lederen i BHT (85 %) som besvarte undersøkelsen. Vanligste fagbakgrunn hos de som svarte, var sykepleier (28 %), annet (22 %), lege (21 %), fysioterapeut (14 %) og yrkeshygieniker (12 %). 118 av BHT var fellesordninger (68 %), resten egenordninger (32 %).

Tabell 1: Oversikt over BHT som deltok i denne undersøkelsen sammenlignet med tilsvarende undersøkelse fra 2011

	År 2011	År 2015
Spørreskjema sendt til	323	228
Svar fra	241	173
Svarprosent	75 %	76 %
Godkjent	69 %	100 %
Godkjent plan	16 %	-
Egenordninger	90	55*
Fellesordninger	151	118
Antall virksomheter	ca. 25000	ca. 26000
Antall ansatte	ca. 1 million	ca. 1,1 million
BHT-årsverk	ca. 1560	ca. 2000

*) Tallet er nedjustert fra 70 til 55 pga feilrapportering

Tabell 1 viser oversikt over deltakerne fra 2015 sammenlignet med 2011. Antallet av BHT er gått ned med om lag 30 %, mest for egenordningene, mens antall virksomheter og antall ansatte er noe større enn i 2011. Den store nedgangen for egenordninger skyldes nok feilrapportering. Flere store fellesordninger organisert som A/S svarte at de var egenordninger siden de eide seg selv ("sin egen ordning") og ikke var eid av virksomhetene. Dette ble rettet i dataene fra 2015, men ikke for 2011. Antall årsverk i BHT har økt noe, men dette må tolkes med forsiktighet. Mange BHT har svart ufullstendig på dette.

Samarbeid og innleie

En av 5 BHT svarte at de var med i en samarbeidskjede. Tre av 10 BHT benyttet seg av andre BHT som underleverandør av tjenester og 4 av 10 var selv underleverandør av tjenester for en annen BHT. Eksempler på slike tjenester var at man hadde landsdekkende kunder som trenger tjenester levert på et annet sted enn der BHT holder til, men også deltjenester som innleie eller utleie av fagpersoner til spesielle oppdrag som førstehjelpskurs, yrkeshygiene oppdrag og lignende.

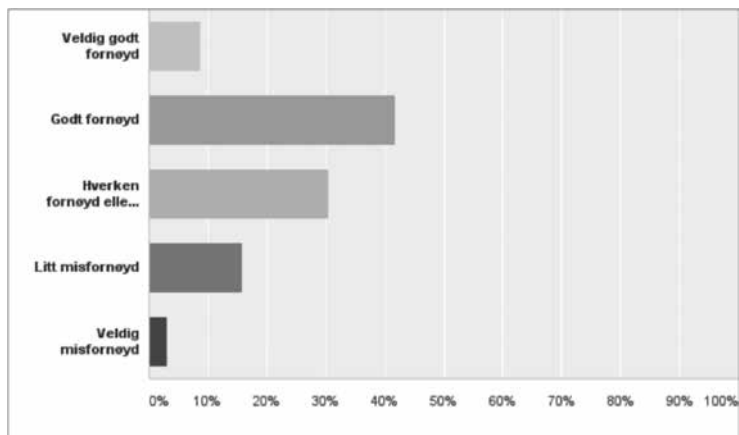
68 % av BHT, særlig fellesordninger, leier inn personell. Psykolog, lege og yrkeshygiene er kategoriene som hyppigst blir leid inn. Dette viser at innleie er nokså vanlig i BHT og ofte en forutsetning for å kunne tilfredsstille kravene for å bli godkjent.

Spørsmål om samarbeid og innleie av personell og tjenester ble ikke stilt i 2011 og vi kan derfor ikke svare på

Tabell 2: Tilpasninger som BHT måtte gjøre for å bli godkjent.

	År 2011	År 2015
Lage kompetanseutviklingsplan for personalet	48 %	44 %
Forbedring av kvalitetssystem	42 %	53 %
Øke bemanningen på det arbeidsmedisinske området	37 %	28 %
Øke bemanningen på det yrkeshygiene området	36 %	36 %
Inngå samarbeid med en annen BHT	17 %	9 %
Øke bemanningen på det ergonomiske området	14 %	19 %
Øke bemanningen på det psykososiale området	8 %	11 %

Figur 1: Er du alt i alt fornøyd med godkjenningsordningen for BHT slik den fungerer i dag? (sett 1 kryss)



om dette er endret siden 2011.

Økonomi

De aller fleste BHT svarte at den økonomiske situasjonen er bra. Bare 1 % svarte at de har veldig dårlig økonomi. Størrelsen på BHT eller type (egenordning eller fellesordning) hadde ikke noe å si, men bruk av innleid av personell var noe vanligere i BHT med god økonomi.

Erfaringer med godkjenningsordningen

Fire av 10 BHT svarte at de hadde gjennomført ulike tilpasninger for å oppnå godkjenning. De vanligste tiltakene fremgår av tabell 2. Svarene er nokså like med tilsvarende svar fra 2011. De små endringene kan skyldes fusjoner, oppkjøp eller nedlegging av BHT.

Omlag 8 av 10 hadde hatt besøk av godkjenningssenheten. Målet er at alle skal ha besøk i løpet av godkjenningsperioden. Siden noen BHT fikk

godkjenning først i 2011 eller seinere tyder dette på at godkjenningssensens mål om å besøke alle vil bli oppfylt.

Knappt halvparten svarte at de fikk vilkår knyttet til godkjenningen.

BHT svarte at godkjenningsordningen har ført til bedre kvalitetssikring av tjenestene (56 %), bedre kompetanseutvikling i BHT (42 %), økt tverrfaglighet (38 %), bedre samarbeid med kundevirksomhetene (23 %), mer nettverksamarbeid med andre BHT (22 %), men også høyere pris på tjenestene fra BHT (14 %) og dårligere økonomi i BHT (14 %).

56 % mente at godkjenningsordningen har ført til bedre kvalitet i egen BHT og 47 % at den har ført til bedre kvalitet på BHT i Norge. I 2011 var det omtrent like mange som mente at godkjenningsordningen hadde ført til bedre kvalitet i egen BHT som i 2015.

De fleste svarte at de var fornøyd med godkjenningsordningen, men ikke alle (fig 1). Ikke overraskende var de som hadde god økonomi eller som svarte at godkjenningsordningen hadde ført til bedre kvalitet i egen BHT noe mer fornøyd med godkjenningsordningen enn de andre, men forskjellen var liten.

Til dette spørsmålet var det mange

som skrev kommentarer. Noen mente at det var urettferdig at store ordninger med flere underavdelinger slipper unna med bare en godkjenning. Noen svarte at de hadde inntrykk av at BHT som går ut fra legesentre eller treningssentre har oppnådd godkjenning selv om de angivelig hovedsakelig driver med helsekontrollering, og ikke BHT. Andre mente at kravene til kompetanse i arbeidsmedisin og yrkeshygiene var satt for lavt. Atter andre mente at kravet om 3 årsverk for å bli godkjent var for strengt og ikke passer for små egenordninger og små BHT i Utkantnorge. Volumkravene burde heller erstattes med krav til kvalitet på de tjenestene BHT leverer og at de leverer de riktige tjenestene i henhold til lov og forskrift. Andre igjen, mente at trim og trening er det BHT bør satse på i fremtiden, og at krav til arbeidsmedisinsk og yrkeshygienisk kompetanse er gammeldags i forhold til virksomhetenes egentlige behov, og heller bør kunne leies inn. Noen mente at bedriftssykepleierne burde hatt en selvstendig plass i godkjenningen.

Ufordringer for BHT

Vi spurte også om ufordringer for BHT. Den største utfordringen var systemet med anbud på BHT som i følge om lag halvparten av BHT fører til prisdumping. Andre problemer som ble påpekt av mange var mangel på arbeidsmedisinere, press på såkalte tilleggstjenester (generelle helsekontroller, trim og trening mv.) og at små virksomheter blir avvist av BHT av lønnsomhetsgrunner.

Egenordningene var, ikke uventet, mindre opptatt av prisdumping som problem enn fellesordningene. De opplevde også press på å levere tilleggstjenester som et mindre problem enn fellesordningene.

Diskusjon

Undersøkelsen viser at 56 prosent av BHT mener at godkjenningsordningen har ført til høyere kvalitet i deres BHT og nesten 47 prosent mener at BHT i Norge er blitt bedre pga godkjenningsordningen. Forbedring

av kvalitetssystem, kompetanseutviklingsplan og økt bemanning på yrkeshygiene og arbeidsmedisin var de vanligste forbedringsområdene for å bli godkjent. Dette har ført til bedre kvalitetssikring av tjenestene BHT leverer, bedre kompetanse på personalet i BHT, økt tverrfaglighet og bedre samarbeid med virksomhetene. De fleste BHT er derfor godt fornøyd med godkjenningsordningen. Svarene fra BHT er nokså like med det som kom fram i en lignende undersøkelse vi gjorde for 4 år siden da godkjenningsordningen var ganske ny. Siden dette har godkjenningensheten innsipisert en rekke BHT, og godkjenningsordningen er blitt diskutert i mange fora, men uten at dette tilsynelatende har gått ut over opplutningen om den. Da Nederland innførte en obligatorisk og svært omfattende ISO-basert godkjenningsordning for sin BHT for flere år siden, ble opplutningen hos virksomheter og BHT etter hvert svært dårlig fordi den ble oppfattet som unødig byråkratisk, kostbar og førte ikke til bedre kvalitet (7). Ordningen ble derfor fjernet.

Denne undersøkelsen har noen styrker og svakheter. Vi har fått svar fra 173 av 228 mulige BHT, noe som gir en svarprosent på 76 % som må anses som bra for denne typen undersøkelser. Ved undersøkelsen i 2011 var svarprosenten omtrent den samme, men antallet BHT var større, 241 i 2011 mot 173 i 2015. Dette skyldes nok at noen har valgt å inngå samarbeid med andre for å bli godkjent. Volumkravet om minst 3 årsverk for å bli godkjent, økt konkurranse i markedet, oppkjøp og fusjoner er noen mulige årsaker.

Vi har brukt et ikke validert spørreskjema. Det skyldes at det ikke finnes noe validert spørreskjema om erfaringer med godkjenningsordningen. Spørsmålene ble utformet i samarbeid med BHT og godkjenningsordningen og testet på en liten gruppe BHT. Vi tror dette har bidratt til kvaliteten på spørsmålene. Vi brukte noen av de samme spørsmålene i 2011 og fikk ganske like svar.

Vi ba om et svar fra hver BHT og har fått svar fra flest ledere (85 %). De har kanskje har best oversikt over situasjonen i egen BHT, og svaret kan derfor være et godt mål på hva BHT mener.

Innføringen av en godkjenningsordning for BHT har vært diskutert i flere år, og det har vært avgitt ulike synspunkter, både for og imot ordningen. I Arbeidslivslovutvalgets innstilling ble det reist tvil om dette ville føre til noe bedre kvalitet i BHT (2). Det ble hevdet at en godkjent BHT ville kunne stoppe opp i kvalitetsutviklingen etter at den var blitt godkjent. Det ble også reist bekymring for hva som ville skje med de minste BHT som ikke var store nok til å oppnå godkjenning. De fleste BHT har imidlertid selv ønsket seg en godkjenning for å slippe useriøse aktører (1). Resultatene våre viser at BHT mener at godkjenningsordningen har ført til økt kvalitet i både egen BHT og BHT i Norge. Vi vet ikke om kundene til BHT er av samme oppfatning. Dette sier ikke denne undersøkelsen noe om.

Referanser

- (1) Lie A, Foss ØT, Bjørnstad O. Survey of future expectations of Norwegian occupational health services by the use of a Mentometer. 2005.
- (2) Arbeidslivslovutvalget. Arbeidslivslovutvalget. Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst. 2004. Norges offentlige utredninger. NOU 2004: 5.
- (3) Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Prosjekt for vurdering av den videre oppfølging av bedriftshelsetjenesten. 2007 Sep 1.
- (4) Lie A, Bjørnstad O, Gudding IH. Kvalitet i BHT. Oslo: STAMI; 2011. Report No.: 4.
- (5) Lie A, Bjørnstad O. Kvalitet i BHT 2015. Oslo: STAMI; 2015. Report No.: 1.
- (6) SurveyMonkey [computer program]. 2011.
- (7) Marcelissen FH, Weel AN. Certification and quality assurance in Dutch occupational health services. Int J Occup Med Environ Health 2002;15(2):173-7.

PROGRAM

Vårkonferansen Bergen 6.-8. mai 2015

Påmeldingsfristen er egentlig ute, men etteranmelding skulle kunne være mulig.
Prøv hos marit.skogstad@stami.no

Onsdag 6. mai

Kvalitet i BHT. Erfaringer med godkjenningsordningen. Overlege Arve Lie, STAMI, Oslo

Senter for Kvalitet i Legekontor – en arena for samarbeid om bedre kvalitet? Nicolas M.F. Øyane, daglig leder Senter for kvalitet i legekontor (SKIL), Bergen

Arbeidsmedisinens plass i global helse. Professor Bente Moen, Senter for internasjonal helse, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB, Bergen

Luftveishelse hos renholdere. Overlege/stipendiat Øistein Svanes, Lungeavdelingen og Yrkesmedisinsk avd., HUS, Bergen

Erfaringer fra utredning av tannlegesekretærene. Seksjonsoverlege Endre Sundal, Yrkesmedisinsk avdeling, HUS, Bergen.

Dykking og hyperbar behandling. Prinsipper/oversikt/historie. Overlege Bernd Müller, Yrkesmedisinsk avdeling, HUS, Bergen.

Avreise til velkomsttreff på Fløien Folkerestaurant, buffet.

Torsdag 7. Mai

Framtidens Bedriftshelsetjeneste, utfordringer

Har arbeidsmedisineren noen fremtid? Avd. dir./førstemanuensis Anthony Wagstaff, Flymedisinsk Institutt, Oslo.

NOA, et nyttig verktøy for faktabasert HMS-arbeid. Avd.dir. Steinar Aasnæss, STAMI, Oslo

Er stillesittende arbeid vår tids største helseutfordring i arbeidslivet? Mesta prosjektet. Forsknings-sjef Marit Skogstad og forsker Øivind Skare, STAMI, Oslo

Yrkeseksponering og hudplager. En oppfølgingsstudie av norske yrkesaktive. LIS- lege Jose Hernan Alfonso, STAMI, Oslo

Yrkeshudsykdommer i praksis. Overlege Hilde Kristin Vindenes, HUS, Bergen.

Brannmenn og kreft, er det en økt risiko? Overlege Kristina Kjærheim, Kreftregisteret, Oslo.

Sement og lungesykdom. Avd. overlege Karl-Christian Nordby, STAMI, Oslo. Pause

Om Norsk Eternit Fabrik og det som hendte der. Spesialist i arbeidsmedisin, Axel Wannag, Asker.

Fredag 8. mai Muskel/skjelettlidelser

Er muskel- og skjelettplager et problem i norsk arbeidsliv? Stipendiat Lars Kristian Lunde, STAMI, Oslo

Hvordan kan norske arbeidstakere forebygge muskel og skjelettplager. Førstemanuensis og testleder ved fysiologiske lab. Asgeir Mamen, Norges Helsehøyskole, Oslo
Diskusjon i grupper

Varsling av kritikkverdige forhold - en «risikosport»? Enhetsleder Nils Magerøy, Jobbfast, Yrkesmedisinsk avdeling, HUS og advokat Toril Wik, Dialog Advokater AS, Bergen
Lunsj

Arbeidshelse i India. Seksjonsleder og overlege Tor-Erik Danielsen, Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin, OUS, Oslo

Sløvåg-ulykken, resultat av helseundersøkelser etter en kjemisk tank-eksplosjon. Yrkeshygieniker Bjørg Eli Hollund, Yrkesmedisinsk avdeling og overlege Gro Tjalvin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UIB, Bergen.

Årsmøte med valg NAMF/NFAM,

torsdag 7. mai 17:00-18:00

Festmiddag med utdeling av forskningsprisen..

Veiledningskoordinator i arbeidsmedisin

Hilde S. Conradi

Styret i NAMF / NFAM har jobbet med følgende tre satsingsområder de siste to år; *Arbeidsmedisin i et globalt perspektiv, styrking av utdanningen i arbeidsmedisin og styrking av BHT og legenes rolle i BHT.*

I sammenheng med dette har styret jobbet for å få en egen veiledningskoordinator i arbeidsmedisin. Hittil har ikke arbeidsmedisin hatt en egen veiledningskoordinator, og veiledningskoordinatorene i allmennmedisin som også har ivaretatt arbeidsmedisin, så etter hvert behovet for at leger i utdannelsesstillinger kan søke råd hos en lege med samme spesialitet.

Styret i NAMF/NFAM søkte derfor om prosjektmidler fra DNLFs utdanningsfond 1 til en egen veiledningskoordinator i arbeidsmedisin, og 10 % stilling ble innvilget i budsjettet i første omgang for en prøveperiode. Vi anser det dog som hensiktsmessig at det blir kontinuitet i stillingen, og håper dermed at dette blir en permanent ordning. Prosessen med å finne rett kandidat er nå i gang.

Hva skal så veiledningskoordinatoren gjøre?

Veiledningskoordinatoren har ansvar for å rekruttere og utdanne nye veiledere i arbeidsmedisin, koordinere ventelistene og sette i gang nye veiledningsgrupper. En hovedoppgave for veiledningskoordinatoren den første tiden vil i tillegg være å revidere veiledningshåndboken i arbeidsmedisin. Veiledningshåndboken i arbeidsmedisin ble sist revidert i 2003, etter at spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin endret målbeskrivelsen for spesialiteten arbeidsmedisin i

2002. Den nåværende spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin har nylig gjort en ny revisjon av målbeskrivelsen, og i etterkant av dette ser spesialitetskomiteen og styret i NAMF/NFAM behov for å få revidert veiledningshåndboken.

Veiledningshåndboken er ment som et praktisk hjelpemiddel for arbeidet som gjøres i veiledningsgruppene, og den retter seg mot både veileder og utdanningskandidater. Gjennomført veiledningsgruppe er obligatorisk for spesialistgodkjenning i arbeidsmedisin, og veiledningshåndboken er også et forsøk på en viss standardisering av arbeidet i veiledningsgruppene for på denne måten å sikre kvaliteten på denne delen av spesialisert utdanningen i arbeidsmedisin.

De siste årene har det vært jevn pågang til veiledningsgrupper, og økt pågang til kurs i arbeidsmedisin, så aktiviteten i faget vurderes å være på et jevnt nivå.

En annen mulig funksjon for den nye veiledningskoordinatoren i arbeidsmedisin vil være å vurdere om man kan få til en form for mentorordning for nye bedriftsleger.

Vi ønsker den nye veiledningskoordinatoren lykke til i arbeidet med å sikre faglig høy og god kvalitet på spesialistutdannelsen i arbeidsmedisin.

Forfatterveiledning Ramazzini 2015

Manuskripter/tekster sendes redaktøren eller medlemmer i redaksjonskomitèen.

Målgruppen for manuskriptene er norske arbeidsmedisinere. Dersom hele eller vesentlige deler av manuskriptet er publisert tidligere ber vi om å få det opplyst.

Pga. begrenset plass i bladet, foretrekkes korte manuskripter på ca. 1000-1500 ord. Teksten skal være skrevet på A4-ark, med 2.5 cm marginer, med font Times New Roman 12, og dobbelt linjeavstand. Teksten sendes som vedlegg, i word-format, med e-post. Tabeller og figurer skal skrives på egne sider. Send gjerne med et bilde, da som fil, og i høy oppløselighet (helst jpeg eller tif-fil). Bilder trykkes i svart/hvitt, med unntak av forsidebilder. Navnet på fotografen må oppgis. Litteraturreferanser brukt i teksten nummereres fortløpende med nummeret i [hakeparentes] (alt 8 og 9) helst til slutt i setningen, og de listes opp til slutt i en referanseliste, i den form som brukes av Tidsskrift for den norske legeförening, eksempelvis:

Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr nor legefören 2014; 134: 850-1

Antall referanser bør begrenses til omtrent ti. Det forutsettes at forfatterne har innhentet de nødvendige tillatelser til bruk av opplysninger om arbeidstakere, bedrifter, laboratoriedata, illustrasjoner etc. For å sikre enkeltpersoners anonymitet skal detaljer som kan føre til identifisering av enkeltpersoner unngås.

Forfatterne vil bli kontaktet etter faglig vurdering av redaksjonskomitèen, og få vite om teksten kan brukes. Dersom omarbeiding er nødvendig, gis hjelp til dette. Komitèen forbeholder seg rett til å kontakte fagpersoner utenfor komitèen hvis det er nødvendig. I slike tilfelle anonymiseres bidraget. Ta kontakt med redaksjonskomitèen hvis du er usikker på noe, og vi vil hjelpe deg så langt vi kan!

Hjertelig hilsen
Redaksjonskomitèen

Returadresse:
Cox Bergen
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen



B - Økonomi