



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Om nytten av sykdomsbegrepet

I Tidsskriftet nr. 4/2003 presenterte Bjørn Hofmann innvendinger til argumenter for at helsevesenet ikke trenger et grunnleggende sykdomsbegrep (1). Et hovedproblem med argumentene er ifølge Hofmann at de er basert på at sykdomsbegrepet må være et enhetlig begrep som inkluderer «så vel teoretiske som praktiske forestillinger; så som etablering av nye sykdommer, behandling, økonomisk støtte, sykmelding, moralsk tilregnelighet og strafferettslig egnethet».

Hvis man i stedet antar at sykdomsbegrepet ikke lar seg definere på denne måten, men «synes å ha forskjellige underbetydninger», kan det ifølge Hofmann fortsatt være slik at «innsikt i den underliggende kompleksitet er vesentlig for utøvere av helsefagene så vel som for helsepolitikere og helsedebattanter».

Hofmann har viktige synspunkter, men en kommentar er på sin plass. Analyser av sykdomsbegrepet har tradisjonelt vektlagt at begrepet trenger et *normativt* innhold: Analysen må gjøre det klart hva det er riktig å kalle «sykdom» (2, 3). Det er i første rekke derfor man har forsøkt å definere et enhetlig sykdomsbegrep. Problemet med ideen om et «komplekst begrep» er at innsikt i underbetydninger ikke uten videre avdekker normative innhold. Å avdekke en leges idiosynkratiske forståelse av «sykdom» er ikke uten videre å avdekke en riktig forståelse. Så lenge man godtar at det er mulig å forstå et uttrykk på en måte det ikke bør forstås, må vi også godta denne muligheten når det gjelder «sykdom» (4). Så hvem eller hva er det som skal bestemme hvordan ordet skal brukes i tilfeller av uenighet? Hvilken «underbetydning» av begrepet skal legges til grunn?

Mange vil derfor mene at et «komplekst sykdomsbegrep» ikke bør ha en plass i helsevesenet så lenge det ikke er forklart hvordan det kan ha et normativt innhold. Utfordringen blir å forklare hvorfor sykdomsbegrepet ikke må være normativt, eller å vise hvordan et «komplekst begrep» kan være tilfredsstillende normativt. Hvis man mener at ideen om et «komplekst begrep» ellers er plausibel, blir dette det avgjørende argumentet mot dem som er skeptiske til nytten av sykdomsbegrepet i helsevesenet.

Halvor Nordby
Filosofisk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Hofmann B. Trenger helsevesenet begrepet sykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 487–90.
2. Worrall J. Defining disease: much ado about nothing? *Analecta Husserliana* 2001; LXXII: 33–55.
3. Nordenfelt L. On the nature of health. Dordrecht: Kluwer Academic, 1987.
4. Kripke S. Wittgenstein on rules and private languages. Oxford: Blackwell, 1982.

B. Hofmann svarer:

Halvor Nordby hevder at dersom sykdomsbegrepet ikke har et enhetlig og entydig normativt innhold, tilfredsstiller det ikke allmenne (språkfilosofiske) krav til et begrep. Hans kommentar er mer enn bare en språkfilosofisk spissfindighet. En fremstilling av hans innvending, som kanskje kan være mer familier for den kyndige kliniker, er: Dersom vi ikke har et sykdomsbegrep som klart og korrekt kan skille sykdom fra ikke-sykdom, så er sykdomsbegrepet uinteressant. At sykdomsbegrepet kan være av betydning for helsepersonell selv om de høyeste ambisjoner brister, er nettopp hva jeg forsøker å argumentere for i artikkelen (1).

En beskrivelse av hvordan helsepersonell, pasienter og helsepolitikere bruker begrepet sykdom og hvordan betydningen varierer mellom ulike grupper kan være av interesse når man skal forstå og løse en del av de konfliktene som oppstår, for eksempel mellom fagfolk, pasienter og trygdevesenet. Videre kan en analyse av sykdomsbegrepet bidra til å forstå kompleksiteten i helsefaglig aktivitet. At betegnelsen «sykdom» synes å ha mange betydninger, og at noen av disse er relatert til grunnleggende aspekter ved det å være menneske, og som ikke lar seg fange i en enkel definisjon (2), er viktig for hvordan helsepersonell bør møte pasienter, og hvordan trygdevesenet kan kommunisere med helsevesenet.

Definisjoner kan i tillegg klargjøre det normative innholdet til begreper. Selv om det ikke kan gis en definisjon som gjelder for all bruk av betegnelsen «sykdom» (som er felles for helsepersonell, legfolk, pasienter, trygdevesen, helsepolitikere), kan det godt finnes definisjoner som er fruktbare og som har et normativt innhold innenfor begrensede områder. Eksempelvis har Christopher Boorses biostatistiske definisjon av sykdom som funksjonsavvik (3) vist seg svært kraftfull og anvendelig, om enn innenfor et begrenset område.

At en travkusk og en økonom tillegger betegnelsen «urent trav» ulik betydning,

behøver ikke å bety at travkusken har rett. Det finnes eksempler på travkusker som har hatt urent trav i mer enn én betydning. Poenget er at når man sier at travkusken hadde urent trav, så er det vesentlig å ha kunnskap om betydningen(e). I noen sammenhenger bruker vi altså begge betydningene samtidig. Da kan det være uklart hva som menes med betegnelsen «urent trav», hvis vi ikke kjenner begge betydningene. Slik kan det også være med sykdom.

Halvor Nordby refererer til min artikkel (1) og gir uttrykk for at jeg hevder at sykdomsbegrepet «synes å ha forskjellige underbetydninger» (hans sitat). Dette kunne jeg kanskje ha skrevet, men det står ikke i min artikkel. Også udi filosofien er det ønskelig å sitere korrekt.

Bjørn Hofmann
Lillehammer

Litteratur

1. Hofmann B. Trenger helsevesenet begrepet sykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 487–90.
2. Hofmann B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med Bioeth* 2001; 22: 211–37.
3. Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975; 5: 49–68.

Hva koster sykelønnsordningen?

Jeg vil gjerne kommentere artikkelen til Tor Bjerkedal & Ola Thune i Tidsskriftet nr. 5/2003 (1). Et anslag for arbeidsgiverens kostnader for sykefraværet basert på den metoden Bjerkedal & Thune benytter seg av, er og blir et anslag. Undersøkelsen som deres påstander bygger på, er basert på grunnlagsmateriale fra Rikstrygdeverkets register over legemeldt sykefravær og Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelse over egenmeldte sykefraværsdager. Dessuten tar de utgangspunkt i folketrygdens utgifter til sykelønnsordningen for arbeidstakere m.v. for å synliggjøre de økonomiske konsekvensene av sykefraværet for arbeidsgiverne. Dette blir feil tilnærming med henblikk på å synliggjøre økonomiske konsekvenser av sykelønnsordningen for arbeidsgivere og fører til konklusjoner som neppe er holdbare.

For å kunne anslå arbeidsgiverens utgifter i forbindelse med sykefravær bør utgangspunktet være faktiske gjennomsnittstall for kostnader hos den enkelte virksomhet og ikke det statistiske materialet som Bjerkedal & Thune baserer seg på. Allerede i 1993 fant NHO og LO ut at en

dags sykefravær koster bedriften 1 540 kroner. SINTEF Unimed har gjort beregninger i 2000 som viser at sykefraværet koster næringslivet gjennomsnittlig 1 700 kroner per tapt arbeidsdag, og da har de sett bort fra lønn til den sykmeldte.

Når derfor Bjerkedal & Thune har tatt frem statistisk tallmateriale som viser at det i alt er ca. 18 millioner legemeldte og egenmeldte fraværsdager på grunn av sykdom i 2001, innebærer det en kostnad for arbeidsgiverne på totalt ca. 30 milliarder kroner (1 700 kr/dg × 18 millioner dager). Med andre ord er konklusjonen om de økonomiske konsekvensene av sykelønnsordningen i artikkelen feil (1). Ca. 30 milliarder kroner er et tall som ligger nærmere næringslivets økonomiske virkelighet enn tallet som antydes i artikkelen til Bjerkedal & Thune. Et kostnadsnivå på ca. 30 milliarder for arbeidsgiverne stemmer dessuten bra når jeg sammenlikner fordelingen av sykefraværsdager på arbeidsgiver (1/3) og folketrygden (2/3) i det statistiske materialet hos Bjerkedal & Thune med en undersøkelse som nylig er gjennomført av SINTEF Unimed blant 95 bedrifter. SINTEF Unimed kommer frem til at sykefraværet koster totalt ca. 85 milliarder kroner i året. Tredjeparten av dette er ca. 28 milliarder kroner som faller på arbeidsgiveren.

Arne Sandervang

ECONman Personaløkonomisk Senter
Grimstad

Litteratur

1. Bjerkedal T, Thune O. Hva koster sykelønnsordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 662–3.

T. Bjerkedal & O. Thune svarer:

Vi takker for Arne Sandervangs kommentar. Det gir oss anledning til å understreke at vårt utgangspunkt ikke er økonomi, men en ofte brukt antakelse om at arbeidsgivernes utgifter til sykelønnsordningen tilsvarende folketrygdens. Denne antakelse bygger på en beregning av fordeling av sykefraværsdager på arbeidsgiverperioden, som utgjøres av de første 16 dager av sykefraværet som arbeidsgiver skal dekke, og dagene deretter som folketrygden skal erstatte. Denne fordelingen er ikke lenger som tidligere antatt 50–50, men nærmere 1/3 på arbeidsgiver og 2/3 på folketrygden. Vårt poeng er at om det fortsatt er noen som bruker fordelingen av sykefraværsdager for å gi et anslag på sykelønnsordningens totale kostnader, bør de legge de nyeste tall til grunn.

Det må til slutt anføres at vi i våre beregninger benytter kalenderdager og ikke tapte arbeidsdager, som er utgangspunktet for det økonomiske oppgjør. Forskjellen vil gi utslag i Sandervangs regnestykker.

Tor Bjerkedal

Ola Thune

Rikstrygdeverket

Jaakko Seikkulas nettverksterapi ved psykoser

Den finske psykologen Jaakko Seikkula utviklet i årene før 1998 sammen med sine medarbeidere et nytt behandlingsopplegg ved psykoser. Dette var basert på et sosialt nettverk med en åpen dialog rundt pasienten og gjennomført lengst mulig poliklinisk. De har rapportert oppsiktsvekkende gode resultater av denne nettverksterapien (1). Seikkula arbeider nå ved universitetet i Jyväskylä og er dessuten blitt professor ved Sosialmedisinsk institutt, Universitetet i Tromsø. Han har avholdt seminarer i Norge om dette behandlingsopplegget som nå også blir prøvd ut flere steder i landet.

På denne bakgrunn er det påfallende at Seikkulas behandlingsprinsipper i det hele tatt ikke er omtalt i artikkelserien i Tidsskriftet nr. 20–23/2002 om schizofreni. Det er derfor naturlig å stille spørsmålet om hva som er forklaringen. Er ikke denne terapien tilstrekkelig kjent i Norge? Er det fordi resultatene ikke er publisert i anerkjente psykiatriske tidsskrifter og derfor ikke faglig akseptert? Eller er det en annen forklaring?

Arne Schjøth

Kristiansand

Litteratur

1. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. Publisert på russisk. Social and Clinical Psychiatry 2000; 10: 20–9.

Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler

Jeg har tidligere omtalt utelatelse av radiologer i artikler hvor radiologi har en sentral plass (1) og er vel kjent med Vancouvergruppens konklusjon (2). Jeg mener at denne støtter forutsetningen om at medforfattere skal være med i en artikkel dersom dette er viktig for artikkelens helhetsvurdering.

I Tidsskriftet nr. 4/2003 er det tre artikler hvor radiologi er essensielt i den diagnostiske utredningen og i planlegging av de kirurgiske inngrep (3–5). Artikkene glimrer med sitt fravær av radiolog som medforfatter til tross for illustrerende radiologiske bilder. I en artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2003 (6) diskuterer forfatterne nytten av CT ved traumatisk bukveggbrokk hos barn. Hvor er radiologen? Figur 2 «viser en defekt i bukveggen lateralt for rectusskjeden med herniering av tynntarm». Bilde og tekst harmonerer ikke! Disse typer artikler er med på disfavorisere en yrkesgruppe som jo er meget viktig innen bildediagnostikk.

Hvem har ansvaret for at radiologer blir en aktiv part i planlegging og utforming av

manuskripter? Tidligere kunne vi av og til oppdage kolleger fra kliniske avdelinger på vei inn i røntgenarkivet. Mange radiologiske avdelinger har eller vil få PACS (picture archive communication system) hvor bildene blir lagret digitalt og kan hentes ut av alle som har adgang til et slikt system. Derved har vi i bunn og grunn ingen kontroll lenger. Det er derfor ytterst påkrevd at redaktør og fagvurderere er oppmerksomme, og at våre kolleger er ærlige under planleggingen av et manuskript.

Det bør være i forfatteres egen interesse at en artikkel har best mulig substrat.

Jeg vil derfor be redaktøren om at det blir en skjerpet gjennomgang av innsendte manuskripter, slik at vi for fremtiden får publisert artikler som Tidsskriftet kan være stolt av!

Morten G. Stiris

Radiologisk avdeling
Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Stiris MG. Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler – skal vi godta det? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3373.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. BMJ 1991; 302: 338–41.
3. Helseth E, Due-Tønnessen BJ, Lundar T, Scheie D, Skullerud K, Wesenberg F et al. Intrakraniale svulster hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 451–5.
4. Helseth E, Meling T, Lundar T, Scheie D, Skullerud K, Lote K et al. Intrakraniale svulster hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 456–61.
5. Meling TR, Due-Tønnesen BJ, Arctander K, Goodrich JT. Transfacial nevrokirurgi ved svulster i skallebasis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 465–7.
6. Labori K, Gaarder CH, Næss PA. Traumatisk bukveggbrokk hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 804–5.

Redaktøren svarer:

Morten Stiris tar opp et viktig poeng, nemlig hvem som skal, eller ev. ikke skal, være medforfatter på en artikkel. Tidsskriftet følger de samme regler som andre store medisinske-vitenskapelige tidsskrifter (1). Det er viktig at disse reglene følges, og det er forfatterens ansvar å sørge for at de blir fulgt. Redaksjonen og fagvurdererne har dessverre liten eller ingen mulighet til å overprøve forfatterne på dette punktet. Her, som ellers, må vi stole på at forfatterne er ærlige når de oppgir at de har fulgt retningslinjene.

Charlotte Haug

Tidsskriftet

Litteratur

1. Forfatterveiledning. www.tidsskriftet.no/pls/its/pdoc.printdoc?vp_doc=forfatte&vp_mappe=skikkogbruk (10.4.2003).