



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, symmelding, 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 familiær 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 Boors 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