

kopi av meldingen som går til Folkehelseinstituttet). I Oslo har det i lengre tid vært en frivillig avtale med noen av laboratoriene, slik at disse sender oss kopier av svar for nåværende gruppe A. Vi har imidlertid ikke slik avtale med alle laboratoriene, og fortsatt gir MSIS-rapporter mer pålitelige tall for Oslo enn det vi kan produsere selv. I 2002 manglet vi nominativ melding for cirka en tredel av alle tilfeller. I tillegg kommer mange svært sent. Vi vil tro at andre store kommuner har et liknende problem. Departementet burde benyttet anledningen til å gjøre noe med dette. Samme argumentasjon som ovenfor kan gjøres gjeldende for nye gruppe B.

Det er kommet inn nye bestemmelser om varsling som erstatter tidligere bestemmelser om at «muntlig melding skal gis umiddelbart». Varsling er definert som «en umiddelbart formidlet beskjed». Det har til nå vært for dårlige rapporteringsrutiner om utbrudd av smittsom sykdom i sykehjem mv., men vi synes det kanskje blir litt drøyt når ethvert påvist eller mistenkt utbrudd skal varsles (altså meldes umiddelbart) på linje med SARS og meningokokksykdom, og det både til kommunelege og fylkesmann. Her synes vi man burde åpnet for noe skjønn og påbudt varsling bare for alvorlige utbrudd. Vi merker oss også at sykehus skal varsle omgående, mens de kommunale institusjonene bare skal varsle. Er det en glipp, eller kan varsling bety forskjellige ting?

Etter merknadene skal «utbrudd som har ført til eller kunne ha ført til betydelig personskade hos pasient» meldes skriftlig til Helsetilsynet i fylket. Kan ikke de fleste vanlige typer utbrudd (f.eks. gastroenteritter) i sykehjem føre til forverring eller dødsfall hos på forhånd dårlige pasienter? Hvordan skal dette avgrenses i praksis?

Til slutt: Hvorfor ikke samkjøre iverksettelse av en ny forskrift med utarbeiding og utsendelse av nye skjemaer?

Petter Elstrøm

Tore W. Steen

Helsevernetaten, Oslo kommune

Litteratur

1. Høring av utkast til forskrifter for MSIS og Tuberkuloseregisteret, SYSVAK og NORM. <http://odin.dep.no/hd/horsk/aktuelt/p20041847/brev/042041-080006/index-dok000-b-n-a.html> (29.7.2003).

Mening

Takk for en særdeles meningsfull artikkel om livets mening i Tidsskriftet nr. 13–14/2003 (1). Sammen med bokanmeldelsen (2) av Leo Tolstojs bok (3) fikk dette sommernummeret et virkelig eksistensialfilosofisk tilsnitt.

De eksistensialanalytiske tanker hadde en avgjørende innvirkning på medisinsk forståelse i etterkrigstiden frem til 1970-årene. Senere har det vært relativt stille

rundt dette temaet. Likevel vil betydningen av mening aldri ta slutt. Vi lever nå i en postmoderne og «samtidig» kultur som uttrykk for at moderniteten, som vokste frem av opplysningstiden og den industrielle revolusjon, har brutt sammen.

I rasjonalitetens navn er det fortsatt «lettere» å forholde seg til kunnskapsbaserte «sannheter». Viktig og riktig er det for våre pasienter at våre behandlinger er dokumentert virksomme, og at det gjøres medisinske fremskritt. Samtidig kan aldri liv og mening bevises.

Viljen til sannhet vil alltid være viktigere enn viljen til kunnskap. Karl Jaspers, som regnes som grunnleggeren av eksistensialfilosofien, sier at den rene vitenskap bare kan gripe de ytre ting som er av denne verden (4). Men, som han sier, vi vil dypest sett noe mer enn vitenskap.

I den postmoderne speilsal er det lov å se seg i speilet. Men er det meningsfullt? Er det det som binder oss sammen? Jaspers sier også at «fornuften er en kompassnål som skaper mulighet for en stadig voksende kommunikasjon av det mangfoldige som folder seg ut for oss, det som vet seg bundet til det ene, det som ikke tilhører noen og som alle tilhører» (4).

Jan-Øivind Holm

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Skaiå A. Betydningen av mening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1877–9.
2. Lund PJ. Det er ingen død mer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1908.
3. Tolstoj L. Ivan Iljitsj's død. Oslo: Dreyers forlag, 1967.
4. Jaspers K. Fornuft og anti-fornuft i vår tid. Oslo: Cappelen, 1952.

Kraftfull reklame?

Jeg mottok for en tid tilbake en pakke med tabasko fra Pfizer. På innpakningen stod ordet «Kraftfull» dokumentert med henvisning til to studier. I tillegg til tabasko inneholdt pakken produktinformasjon på ett ark. Tabasko-flasken er en foreløpig kulminasjon i strømmen av informasjon om valdekoksib, virkemidlet i Pfizers nye preparat.

I Legemiddelforskriften står det: «Reklame til helsepersonell må ikke være forbundet med utdeling av gjenstander, gaver, tjenester, premier eller noen annen form for ytelser av økonomisk verdi. Helsepersonell må heller ikke anmode om eller motta slike ytelser. Dette forbud er ikke til hinder for utdeling av gjenstander med ubetydelig verdi som står i forbindelse med utøvelse av vedkommende helsepersonells virksomhet.» (min utheving) (1).

Alene porto utgjør kr 20 for hver pakke utsendt. Innhold og emballasje kommer i tillegg. Ikke rart at preparatet koster minst tre ganger det behandling med for eksempel ibuprofen koster. Disse kostnader betales selvsagt av noen. Og «noen» er da dels

pasientene som får utskrevet dette preparatet, og i siste instans oss alle gjennom skatt. Det er i så måte en lykke at valdekoksib så langt ikke er tilskuddsberettiget.

Det er tidligere dokumentert at mengden av nyttig og produsentavhengig informasjon om legemidler langt overstiger tilgangen på produsentnøytral informasjon (2). Pfizer gjør narr av oss hvis de tror en flaske tabasko vil få oss til å forskrive valdekoksib, og det for pasientenes penger. Etter å ha mottatt denne pakken er jeg ikke lenger i tvil om hvorvidt reklame kan virke mot sin hensikt.

Torben Wisborg

Hammerfest

Litteratur

1. Forskrift om legemidler (Legemiddelforskriften). www.lovdata.no/for/sf/hd/-19991222-1559-044.html (21.7.2003)
2. Molaug PO, Spigset O. Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 585–8.

Politikk, personlig ansvar og egen helse

I Tidsskriftet nr. 12/2003 har Per Fugelli & Jan Helge Solbakk en artikkel om «forebyggende selvransakelse» med tilknytning til 400-årsjubileet for det norske helsevesen (1). Artikkelen gir en kritisk beskrivelse av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot individet som selv ansvarlig for egen helse, med tiltak som fysisk aktivitet og nøktern livsstil. Samtidig beskrives de politiske rammevilkår for helse og sykdom og relevante sosialmedisinske strukturer som glemt eller forsvunnet. Fugelli & Solbakk refererer i denne forbindelse til Stortingsmelding nr. 16, Resept for et sunnere Norge, som ble lagt frem av Helsedepartementet i januar 2003 (2). De samfunnsmedisinske institusjoner, Legeforeningen og Helsedepartementet oppfattes som ensidige talerør for det individrettede syn på sykdomsforebygging, mens de selv sterkt understreker at politikken og samfunnsutviklingen med forbedring og utjevning av levevilkårene er avgjørende for folks helse (1).

Vårt inntrykk er at forfatterne i sin polemikk mot det individrettede forebyggende arbeid, karakterisert som ensidig og moraliserende, selv har havnet på den motsatte flanke. En rimelig avveining av de forskjellige momenter er nødvendig. Vel er politikk og samfunnsutvikling med forbedring og utjevning av levevilkår av stor betydning for folkehelsen, men også under forskjellige økonomiske og sosiale kår vil individets ansvar for egen livsstil være viktig.

Det angis at helse og livsstil er et speilbilde av de rammevilkår som den enkelte er hensatt til å leve under. Dette er klart begripelig for folk som lever i flyktningleirer, asylmottak eller i fattige u-land, men er

dette et rimelig bilde for den norske befolkning? De politiske og sosiale rammevilkår for den norske befolkning er endret i etterkrigstiden, fra fattigdom og overbefolkede boliger til velstand, rikelig ernæring og gode boforhold for de aller fleste.

Likevel er sykdomsforekomsten fortsatt stor, også hos de velstående. Vi skulle gjerne sett en veloverveid vurdering fra Fugelli & Solbakk av denne etterkrigsperioden, der forskjellige momenter og faktorer av betydning for folkehelsen blir drøftet på en objektiv måte.

For 25 år siden foreslo en av oss (PFH) en modell for helsearbeidet. Den bygde på det greske sagnet om Sisyfos, kongen som ble dømt til å skyve en stein oppover bakke hele livet. Enkeltmenneskene må skyve på sin egen helse hele livet, men det er samfunnet som bestemmer hvor bratt bakken er for dem. Fugelli & Solbakk har rett i at bakken er blitt for bratt for noen, men det er viktig å holde fast på at helsearbeidet må stille krav til både enkeltmenneskene og samfunnet.

Jon Lamvik
Trondheim

Peter F. Hjort
Blommenholm

Litteratur

1. Fugelli P, Solbakk JH. Forebyggende selvransakelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1721–2.
2. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge.

P. Fugelli & J.H. Solbakk svarer:

Vi setter pris på at Jon Lamvik & Peter F. Hjort bruker tanker på vår artikkel om livsstil- og individfokusering i det forebyggende helsearbeid. Men innholdet i deres svar gjør oss verken glade eller kloke.

Deres første poeng er en platityde: «En rimelig avveining av de forskjellige momenter (livsstil versus levekår) er nødvendig.» Ingen kan mene noe annet. Vårt ærend er å få frem at livsstilsmodellen nå har monopol. Vi etterlyser en samfunnsmedisin som konfronterer politikerne med levekårsmodellen i stedet for å gå med i korstoget mot «hiin enkelte». Den individuelle livsstilsmodellen er bekvem for makthaverne. Den flytter lyskasterne fra sosial urett til individuelle mangler, fra politiske feil til personlige feil. Samfunnsmedisinen må velge side. Skal vår solidaritet være hos menneskets helse, eller skal vår lojalitet være hos politiske, moralske og økonomiske makthavere som kanskje ønsker å bruke samfunnsmedisinen til å holde orden på livsstiler og væremåter, til å maksimere folkekroppen som produksjonsmiddel, til å fordele helsetjenester og trygderessurser på en måte som opprettholder det medisinske klassesamfunnet?

Vi får en fornemmelse av at Lamvik & Hjort bagatelliserer fattigdommen i Norge.

Det bør vi ikke gjøre. For det første akseleterer forskjellssamfunnet (1). For det andre gjelder trolig lidelsens relativitetsteori for fattigdom: Det kan være verst å være fattig i verdens beste land. For det tredje er det nettopp de fattige som rammes hardest av livsstilsmodellens bivirkninger: stigmatisering og avmakt. Pål Gulbrandsen (2) rapporterer en farlig bivirkning når han skriver: «En finurlig form for ydmykelse av de lavere lag av folket utføres av de som driver moderne helseopplysning. Man har nemlig funnet ut at vanlig, saklig opplysning ikke hjelper, så nå lages reklamekampanjer for å få folk til å leve sunnere. Moderne anvendelse av massemedier i helseopplysningskampanjer har i hvert fall ett underliggende budskap de syke og fattige forstår: «Dere er ikke bare syke og fattige, dere er dumme også.» Slik kan helsens opplysere gjøre selvbildet mørkere for folk.»

Lamvik & Hjort har rett i at for flertallet i dette landet har levekårene forandret seg fra fattigdom til velstand. Men det betyr ikke at flertallets levekår er samfunnsmedisinsk uinteressante. Det analytiske perspektiv må utvides fra fattigdommens til rikdommens patologi. I det gamle Hellas hadde man et eget ord for rikdommens umettelighet: *nimiety*. Enkeltmennesker eller samfunn som lever i overflod vil ha mer, uten grenser. De vil ha flere penger, flere ting, flere opplevelser, mer sikkerhet, mer helse – ingen farer, ingen sykdom, ingen død. Mennesker og samfunn med denne innstillingen, hevdet de gamle grekere, blir ulykkelige, syke og farlige. Kanskje er den norske folkesjelen på vei mot *nimiety*? Prestasjonsamfunnet, vinnerkulturen, fryktsamfunnet, jegdyrkingen og sorteringssamfunnet – kan stå som utfordringer for en tidsinnstilt samfunnsmedisin.

Lamvik & Hjort ønsker seg «en veloverveid vurdering fra Fugelli & Solbakk av denne etterkrigsperioden, der forskjellige momenter og faktorer av betydning for folkehelsen blir drøftet på en objektiv måte.» Våre, om ikke objektive og veloverveide, så i hvert fall tapre forsøk på samtididiagnostikk er utdypet i flere av våre bøker (3–5).

Per Fugelli
Jan Helge Solbakk
Oslo

Litteratur

1. St. meld. nr. 50 (1998–99) Utjæmningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Norge.
2. Gulbrandsen P. Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Rapport nr. 57. Oslo: Unipub skriftserier Rapportserien/Makt- og demokratiutredningen, 2003: 118–32.
3. Solbakk JH. Medisinen som møtested og markeds plass. Oslo: Forum, 1995.
4. Fugelli P. Pasienten Norge. Studier i politisk patologi. Oslo: Cappelen, 1994.
5. Fugelli P. Rød resept. Essays om perfektjon, prestasjon og helse. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.

Kostnadene ved sykefravær

SINTEF Unimed har i prosjektet Økonomiske konsekvenser av sykefravær (1) beregnet bedriftenes kostnader ved sykefravær til kr 1 700 per fraværsdag. Arne Sandervang hevder i sitt tilsvaret i Tidsskriftet nr. 13/2003 at lønnsutgifter til den sykmeldte må komme i tillegg, som en regnskapsdokumentert kostnad (2).

Dette er feil. Lønnsutgifter er ikke kostnader knyttet til sykefraværet, men et resultat av at bedriften har valgt å ansette arbeidstakeren. Lønnsutgifter blir ikke påvirket av at noen er sykmeldt: I de første 16 sykmeldingsdagene er lønnskostnadene, når man ser bort fra produksjonstapet osv., det samme enten personen er syk eller frisk.

Andre ulemper for bedriften som følge av sykefravær, i tillegg til produksjonstap, kan i prinsippet kostnadsberegnes slik Sandervang hevder. Det hadde vært et meget interessant prosjekt.

Karl-Gerhard Hem
SINTEF Unimed, Oslo

Litteratur

1. Hem K-G. Økonomiske konsekvenser av sykefravær. STF78 A00508. Oslo: SINTEF Unimed, 2000.
2. Sandervang A. Kostnadene ved sykefravær. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1912.

A. Sandervang svarer:

Mye tyder på at Karl-Gerhard Hem og jeg ser på problemstillingen som gjelder kostnader ved sykefravær med forskjellig utgangspunkt.

Det finnes to grunnmodeller for beregning av kostnader for sykefravær, jf. Idébanken for sykefraværarbeidet (1). Den ene modellen viser de konsekvenser som oppstår i virksomheten, herunder produksjonsbortfall, bortfall av inntekter eller økte kostnader til vikarer, overtid og liknende som følge av sykefraværet. Den andre modellen beregner hva virksomheten betaler i form av lønn, arbeidsgiveravgift, feriepenger, felleskostnader osv. for den personen som er fraværende fra arbeidet. Lønnsutgifter under sykdom er i denne modellen en del av kostnadene knyttet til sykefraværet ifølge den litteraturen som jeg bygger mine vurderinger på, bl.a. Spencer (2), Cascio (3) og Johanson & Johrén (4). En slik modell passer det å bruke for å synliggjøre sykefraværskostnader for virksomheter der det er vanskelig å vise produksjonen i kroner.

Når en ansatt ved et helseforetak i Helse Vest er syk, betaler virksomheten fra dag 1 t.o.m. dag 16 ut et beløp som representerer en reell kostnad i regnskapet, uten at den ansatte yter noe tilbake til Helse Vest i sykdomsperioden. Argumentet om at «lønnsutgifter er ikke kostnader knyttet til sykefraværet, men et resultat av at bedriften har valgt å ansette arbeidsta-