

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 samtidssdiagnostikk 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 Noreg.
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 tilsvarende 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-

keren», kan begrense forståelsen av enkelte sider ved problemstillingen. Arbeidsgiveren har faktisk en kostnad knyttet til ressursen arbeidskraft og ved sykefravær bidrar ikke denne ressursen til verdiskaping. Poenget er nettopp som Hem skriver at «lønnsutgifter blir ikke påvirket av at noen er sykmeldt». Undersøkelser gjennomført i andre land tyder på at sykefraværet ville gått betraktelig ned i de fleste virksomhetene dersom lønnsutgiftene hadde blitt påvirket av fraværet på en annen måte enn hva regelverket i Norge i dag innebærer.

Hem har naturligvis rett i at det blir feil å summere resultatet av de to måtene å beregne kostnadene for sykefraværet på, slik mitt forrige tilsvaer kunne forstås.

Arne Sandervang

ECONman Personaløkonomisk Senter
www.econman.com

Litteratur

1. Idébanken for sykefraværsarbeidet: Ark nr. 50 Arbeidsmiljøøkonomi: Beregning av virksomhetens kostnader ved sykefravær. Oslo: Tiden, 2001.
2. Spencer LM. Calculating human resource costs and benefits. Cutting costs and improving productivity. New York: John Wiley & Sons, 1986.
3. Cascio WF. Costing human resources. The financial impact of behaviour in organizations. 4. utg. Mason, OH: South-Western College Publishing, 2000.
4. Johanson U, Johrén A. Personalresurser. Ett arbetsmiljøøkonomiskt perspektiv. Stockholm: Arbetarskyddsnämnden, 1996.

Meir PLO-propaganda frå Tromsø

Studentane Eirik Kjus Aahlin & Silje Andreassen frå Tromsø har vore i Israel (dei skriv feilaktig Palestina) og gir i Tidsskriftet nr. 13–14/2003 (1) oss lesarar del i dei opplevingane dei hadde. Studentoppgåva dei har fått på trykk, er gjennomsyra av negativ omtale av Israel: okkupert, overgripbar, undertrykkar, ugrunna arrestasjonar, portforbod osv.

Ein kort kommentar gir ikkje plass til ein grundig gjennomgang av konflikten i Midt-austen, men nokre punkt vil eg likevel kort omtale. Konflikten går kort fortalt ut på at ein stat (Israel) kjempar for livet for å overleve mot muslimske nabostatar som brukar palestina-arabarar (eigentleg arabarar frå dei same statane) som spydspiss. Israel okkuperer ikkje anna land sitt territorium. Områda som det er strid om, m.a. Judea og Samaria, er gamalt jødisk kjerneland. Då landet tok tilbake desse områda i ein forsvarskrig i 1967, var dei ulovleg okkuperte av Jordan. Sjekkpostar er naudsynte grunna tallause freistnader på og gjennomførte sjølvmoedsbombeåtak. Den dagen dei muslimske terroristane sluttar med dette, vert det slutt på sjekkpunkta.

Studentane spør: «Når ble ambulansesepersonell (frå PRCS = Raud halvmåne) militære mål?» Det vart dei etter at dei same

ambulansane vart tekne i bruk av dei muslimske terroristane i krigen mot Israel, eksempel transport av terroristar, våpen og bomber, samt at det vert skote frå dei. Eg vil minne studentane på at også israelske ambulansar (over 80 per 2002) er øydelagde av palestinarar; dette er ambulansar som vert brukte til det dei er laga for.

Mange har nekta for denne misbruken, men ein ambulansesjåfør for PRSC har vedgått at han transporterte våpen og bombebelte til terroristar i Martyrbrigadene i Nablus og Ramallah. Sjåføren vart dømd til 4 1/2 år i fengsel.

Gunnar Saunes

Ulsteinvik

Litteratur

1. Aahlin EK, Andreassen S. Å trygge en befolkning på bekostning av egen trygghet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1892–3.

Autoritært styre uten autoritet og legitimitet

Jeg leste med glede Ola Didrik Saugstads innlegg i Tidsskriftet nr. 12/2003 om det administrative enevelde (1). Da jeg begynte min medisinske karriere i begynnelsen av 1970-årene, gikk jeg inn i et system ledet av autoritære fagpersoner som dog også hadde autoritet og faglig legitimitet. I løpet av 1980-årene ble dette systemet demokratisert både fra sykehussiden og universitets-siden. Denne demokratiseringen gikk kanskje noe for langt, slik at få var interessert i lederstillingene da de ikke gav noe spillerom eller handlekraft. I de siste fem årene har det imidlertid skjedd en dramatisk endring i ledelsesstrukturen ved sykehusene og etter hvert også i universitetssektoren. Styrenger er mer og mer blitt overtatt av såkalte ledere, der lederkompetanse skal være det vesentlige og faglig kompetanse av underordnet betydning. Dette har medført at man har fått personer inn i stillinger med stor makt og disposisjonsrett over betydelige samfunnsmidler. Disse personene har som regel ikke dokumentert, via selvstendige vitenskapelige arbeider, sin egen faglige kompetanse. De færreste har heller ikke ledet og bygd opp enheter og derigjennom vist at de er egnet til de stillinger de har fått.

Samlet sett medfører dette at disse «lederne» har sin autoritet knyttet kun til stillingen og ikke til sin egen faglige autoritet eller tidligere dokumentert suksess i lederstillinger. Dessverre synes den samme utviklingen man har sett ved sykehusene, også å finne sted ved de medisinske fakulteter. Universitetsdemokratiet er mer eller mindre fjernet, og det snakkes nå om å tilsette og ikke velge ledere i de forskjellige ledd.

Jeg synes allerede å merke at fagpersonene er mer redde for å uttale seg dersom de

har meninger som går imot ledelsen. Dette fordi meningsavvik vil kunne få negative følger for karrieren. I tidsrommet 1987–88 hadde jeg et forskningsopphold i Paris og ble sjokkert over det autoritære systemet jeg møtte der. Jeg priste meg lykkelig over å være fra Norge der vi hadde fri meningsutveksling og åpenhet. I det hele tatt følte jeg at den norske individualismen var en veldig styrke. Det som nå skjer er, etter min mening, at det legges lokk på individualisme og åpenhet og dermed kreativitet. Det er synd at vi i vår tilpasning til resten av verden tar opp uheldige strukturer fra utlandet, samtidig som gode norske tradisjoner blir forkastet. Helsevesenet og medisinsk forskning tilpasser seg et marked preget av kortsiktighet. Dette passer vel til den nye lederstrukturen der man forventer at lederne skifter stilling med jevne mellomrom. Den som har drevet frem medisinsk forskning, vet at det er en meget lang-siktig prosess som krever flere tiår.

Konklusjonen må bli at dersom man skal ha autoritære ledere, er det bedre at disse har autoritet og legitimitet enn at de mangler dette.

Helge L. Waldum

Trondheim

Litteratur

1. Saugstad OD. Fra det opplyste til det administrative enevelde. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1732.