

Litteratur

1. Samdal GB, Meland E. Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2247–8.
2. Campos P, Saguy A, Ernsberger P et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? Int J Epidemiol 2006; 35: 55–60.
3. Rigby N. The epidemiology of overweight and obesity: Commentary: counterpoint to Campos et al. Int J Epidemiol 2006; 35: 79–80, discussion 81–2.
4. Kim S, Popkin BM. Commentary: understanding the epidemiology of overweight and obesity—a real global public health concern. Int J Epidemiol 2006; 35: 60–7, discussion 81–2.
5. Stevens J, McClain JE, Truesdale KP. Commentary: obesity claims and controversies. Int J Epidemiol 2006; 35: 77–8, discussion 81–2.
6. Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2013; 309: 71–82.
7. Tobias DK, Hu FB. Does being overweight really reduce mortality? Obesity (Silver Spring) 2013; 21: 1746–9.

E. Meland & G.B. Samdal svarer:

Vi takker Alexander Wahba for nyttig kommentar og påminnelse om vitenskapelig redelighet og balansert siteringspraksis. De som interesserer seg for hvordan «krigen mot fedme» ble en akseptert folkehelsestrategi gjennom selektiv forskningsformidling, «viral spredning» av motemeninger og allianser mellom akademi og slanke- og medisinalindustri, finner nyttig stoff i boken *The end of the obesity epidemic* (1). Wahba forsøker å gi inntrykk av at de sju kommentarartiklene til Campos (2) var samstemmige i sin kritikk. Det var de ikke. I kommentarene finner man støtte for Campos' tvil på den epidemiologiske evidensen om helsefarene ved overvekt, en enda sterkere kritikk av vektfokus som folkehelsestrategi, og også bekreftelser på samrøre mellom akademi og industrielle interesser.

Wahba forsøker også å diskreditere våre kilder som feilaktige ved at de ikke gjør rede for konfundering og bias. Den litteraturen han selv siterer, gjør rede for og justerer for noen av disse faktorene, men ikke for andre. Denne diskusjonen tror vi er nytteløs fordi observasjonsevidens alltid vil være en kilde til feilslutninger i medisinen. Det vi vet fra eksperimentell evidens, er følgende: Slanking fører til mindre insidens av type2 diabetes, men dette oppnås også ved økt fysisk aktivitet (3). Slanking fører til reduksjon av risikofaktorer knyttet til metabolsk syndrom, men påvirker ikke sykkelighet og dødelighet (4). Sykkelighet og dødelighet reduseres ved økt fysisk aktivitet, men dette er først og fremst dokumentert i postinfarktstudier (5). Et sunt og allsidig Middelhavskosthold reduserer sykkelighet og dødelighet både i primær- og sekundærprofylakse (6, 7). Intervensjoner basert på kroppsaksept og intuitiv spising fører til et sunnere kroppsbylde og et mer naturlig forhold til mat (8).

Wahba mener også at akademiet er uten ansvar for samfunnets kroppsfokus og diskriminering av overvektige medmennnesker. Leserne kan selv bedømme hvordan årets «Obesity summit» i London spiller på kroppsforakt ved å ta en titt på deres nettsider (9). Det er også dokumentert eksperimentelt at måten forskningsresultater formidles i media stimulerer til diskriminering og fordommer (10). Forskere er medansvarlige for hvordan forskningsresultater formidles i samfunnet (11). Vi mener vi har solid vitenskapelig dokumentasjon for å anbefale helsemyndighetene, akademiet og den kliniske medisinen å fremme selvaksept, matglede, bevegelsesglede og mellommenneskelig aksept for kropp i alle fasonger som grunnlag for folkehelsearbeidet.

Eivind Meland

eivind.meland@igs.uib.no

Gro Beate Samdal

Eivind Meland (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin, fastlege og professor ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro Beate Samdal (f. 1958) er sykepleier og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gard M. The end of the obesity epidemic. New York: Routledge; 2011.
2. Campos P, Saguy A, Ernsberger P et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? Int J Epidemiol 2006; 35: 55–60.
3. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344: 1343–50.
4. Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al; Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013; 369: 145–54.
5. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Libr 2003.
6. de Lorgeril M, Salen P, Martin J-L et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 1999; 99: 779–85.
7. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J et al; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med 2013; 368: 1279–90.
8. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. Nutr J 2011; 10: 9.
9. The 2015 Obesity Summit: www.regonline.co.uk/builder/site/Default.aspx?EventID=1538135 (10.01. 2015).
10. Saguy AC, Frederick D, Gruys K. Reporting risk, producing prejudice: how news reporting on obesity shapes attitudes about health risk, policy, and prejudice. Soc Sci Med 2014; 111: 125–33.
11. Forssén A, Meland E, Hetlevik I et al. Rethinking scientific responsibility. J Med Ethics 2011; 37: 299–302.

Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Debatten etter Tveråmos og medarbeideres kronikk har så langt avvist en dikotomiserende språkbruk om subjektivitet og objektivitet i omtale av helseplager (1). Jeg går videre med en konstruktiv kritikk av kronikkens helse- og sykdomsbegreper.

Det er bra at artikkelen definerer sykdom med utgangspunkt i et helsebegrep: «Helse kan betraktes som et overskudd, og sykdom kan forstås som et underskudd av ressurser i forhold til hverdagens krav». Men definisjonene her er meget vage. Hvilke ressurser er det mer spesifisert tale om? Jeg synes filosofen Lennart Nordenfelts helseteori har mye for seg (2). Den utnevner evner, mål/verdier (kronikken skriver også om mål og verdier mot slutten) og anstendige omgivelsesmessige forhold (relasjonelt, sosialt strukturelt, naturmessig og kulturelt) som sentrale helsefaktorer. De synes vel anvendelige i praksis (3).

Jeg er enig med Nordenfelt om at vi trenger begrepet uhelse som et mellomledd mellom helse og sykdom. Med ordet uhelse kan vi omtale underskudd av helseressurser som et selvstendig fenomen (4). Tveråmo og medarbeidere anvender ikke et slikt begrep. Dermed defineres underskudd av ressurser i seg selv som sykdom. Dette fører til et alt for omfattende sykdomsbegrep. Nordenfelt definerer sykdom i stedet som en kroppslig og/eller mental prosess som er slik at den tenderer til å redusere individets helse. Det er redusert helse eller helseplager som pasienten vanligvis oppsøker legen for. Det medisinske spørsmålet er om det kan påvises årsaker til redusert helse, årsaker som er funnet også hos andre med tilsvarende redusert helse (2, 4). Spørsmålet kan utvides til om det finnes begrunnede hypoteser om hva som kan være årsaker til en sykdomsprosess. Det må her anvendes et årsaksbegrep som tar høyde for at en kompleks organisme består av enkeltelementer av anatomisk, biokjemisk og fysiologisk slag. Elementenes egenskaper bestemmes dessuten i stor grad av interaksjon med andre elementer, ikke minst i omgivelsene. Interaksjonene kan også ha kausal kraft. Dessuten må det anerkjennes at komplekse biologiske helheter har kapasitet til å skape subjektiv opplevelse, kanskje med nye kausale egenskaper.

Det er vanskelig å formulere biopsykososial tenkning på en konsistent måte. Det viktigste er at vi forsøker overfor pasientene. Det er dessuten viktig å beskrive gode kliniske metoder som Tveråmo og medarbeidere også gjør.

Hans Magnus Solli

hmsolli@online.no

>>>