

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 maktthaverne. 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 maktthavere 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 akselerer 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, hevder de gamle grekere, blir ulykkelige, syke og farlige. Kanskje er den norske folkesjelen på vei mot *nimiety*? Prestasjonssamfunnet, 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 samtidssamfunnsdiagnostikk er utdypet i flere av våre bøker (3–5).

Per Fugelli
Jan Helge Solbakk
Oslo

Litteratur

1. St. meld. nr. 50 (1998–99) Utjamningsmeldinga. 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 perfeksjon, 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 tilsvar 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 er et resultat av at bedriften har valgt å ansette arbeidsta-