

ved å få vedtatt WHO's konvensjon mot tobakk. En rekke samfunnsmedisinere, også norske, har bidratt i WHO og i medlemslandene med tålmodig, hardt, men lite synlig arbeid. Langvarig og solid arbeid fra samfunnsmedisinere og andre ligger også bak den norske tobakkslovgivningen.

Samfunnsmedisinernes innsats i den statlige helseforvaltningen, fra departement via direktorat/tilsyn til fylkeslegene, og som kommuneleger, skjer vesentlig på annen måte enn gjennom høy profil i mediene. De vet at det som i det lange løp gir resultater, er solid og tålmodig daglig arbeid, med respekt for god forvaltningsskikk, selv om det kan bli så som så med berømmelse. I fjor sommer kom en ny norsk lærebok i samfunnsmedisin som selvsagt har et kapittel om røyking (4). Røyking er også omtalt i kapitlet om ungdoms helse ofl.

Jacobsen skriver til slutt i sitt innlegg at samfunnsmedisinene «har en meget viktig rolle i dagens kompliserte samfunn» (1). Der er vi helt enige.

Anne Alvik
Oslo

Litteratur

1. Jacobsen CD. Samfunnsmedisinen og det forebyggende helsearbeidet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 389–90.
2. Alvik A. Professorer i tåkeheimen – eller i røyken? Aftenposten (morgenutgave) 28.1.2003.
3. Johnsrud N. Røykeaksjon redder liv. Dagsavisen 13.2.2004.
4. Lund KE. Røyking – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red: Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal, 2003: 323–39.

C.D. Jacobsen svarer:

Jeg satte stor pris på Anne Alviks kommentar og takker for hennes engasjement. Men jeg grubler fortsatt over fenomenet. Når tok helsedirektørene Mork og Alvik et selvstendig initiativ i tobakksspørsmålet? Jeg har selv vært med på forskjellige handlingsplaner mot tobakk opp gjennom årene. Ingen av dem har vært initiert av helsedirektører eller sentrale helsepolitikere. Dessverre er helsebyråkratiet unnlattelsessynder betydelige på dette området. Hvorfor, Alvik?

Carl Ditlef Jacobsen
Nordbyhagen

Nikotin verre enn heroin?

Legeforeningen støtter opprettelse av sprøyterom, der narkomane kan bruke illegale rusmidler straffefritt og med assistanse av helsepersonell (1). Den samme Legeforeningen har i lengre tid gått i bresjen for å hindre røykere i å bruke sitt legale rusmiddel nikotin: Røykeforbud for sykehusansatte i arbeidstiden, ikke bare

i røykerom, men også utendørs. Også pasientene vil Legeforeningen tvinge til nikotinabstinens mens de er på sykehus. Foreningen har gått imot røykerom på arbeidsplasser og serveringssteder, der røykerne kunne bruke sin nikotin uten å plage andre. Røykerne fratas retten til å gjøre sine egne valg. Sprøyterom for narkomane er derimot i orden.

Jeg har problemer med å se logikken. Vel er røyking farlig og nikotin vanedannende. Men de fleste røykere lever et veltilpasset liv og må ikke begå kriminelle eller selvdestruktive handlinger for å kjøpe sitt rusmiddel, som dertil er kraftig avgiftsbelagt, og som finansierer ulike gode formål. Slik er det ikke akkurat med narkotikamisbrukere. Kriminaliteten som følger med, er et stort samfunnsproblem. Misbrukerne ødelegger sine liv fort – mye fortere og mer lidelsesfullt enn en storøyker. Elendigheten er påtrengende. Likevel går altså Legeforeningen inn for å legge til rette for og akseptere bruk av narkotika, mens den på moralistisk vis vil legge alle tenkelige hindringer i veien for røyking.

Jeg støtter verken røyking eller narkotikamisbruk. Det er mulig delvis legalisering av narkotika er riktig vei å gå for å bekjempe helseproblemer og skadevirkninger. Men jeg har problemer med å akseptere Legeforeningens moralistiske korstog mot nikotin, spesielt når den inntar en liberal holdning til langt mer destruktive rusmidler. Hvis Legeforeningen nå er liberal i narkotikas spørsmål og støtter sprøyterom, bør den dempe sin moralisme mot røykere og revurdere sin motstand mot røykerom.

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Legeforeningen sier ja til sprøyterom. Aftenposten (morgenutgave) 11.2.2004.

Legeattester for å hjelpe pasienten

I sin undersøkelse publisert i Tidsskriftet nr. 2/2004 påviser Pål Gulbrandsen og medarbeidere at innholdet i legeattester tenderer til å fremstille pasientens situasjon på en strategisk måte for å oppnå en ytelse (1). I en annen artikkel i samme nummer viser Halvor Nordby at sykdomsbegrepet er mangfoldig og endrer betydning etter i hvilken sammenheng det benyttes (2).

Gulbrandsen og medarbeidere trekker i sin artikkel frem behovet for legeattester i forhold til offentlige trygdeordninger, spesielt uførepensjon (1). Som grunnlag for uførepensjon etter folketrygdloven § 12-6 (tidligere § 8-3) skal det foreligge «varig sykdom, skade eller lyte» som et vilkår for at ytelse kan innvilges. Det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenska-

pelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Mer enn 90 % av pasientene som ønsker sykmelding, får dette utstedt av legen. Dette kan tyde på at legens og pasientens forståelse av sykdomsbegrepet og lovens medisinske krav i daglig praksis er sammenfallende (3). Nyere signaler fra Rikstrygdeverket tyder på at funksjonsnivoen, i større grad enn før, også skal vektlegges, og at sykmelding og arbeidsuførhet i større grad blir et forhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og i mindre grad avhengig av diagnosen.

Undersøkelser tyder på at selve sykdommens betydning ved uførepensjonering allerede er mindre enn tidligere antatt og mindre enn hva lovgiver forutsetter (4). Ifølge en lokalpolitiker brukes uføretrygd nå som et sosialt virkemiddel ved omstillinger i næringslivet (5). Dette står i sterk kontrast til uttalelser fra sosialministeren om at det er for enkelt å få trygdeytelser og at legene må ta hovedansvaret for dette (6).

Skal visjonen om et inkluderende arbeidsliv virkeliggjøres, bør holdningene til betydningen av diagnosen og sykdom som forutsetning for trygdeytelser nedtones. Da kan behovet for et sykdomsbegrep bygd på medisinske diagnoser i trygdelovgivning bli overflødig. I stedet for å innskjerpe legenes praksis i arbeidet med legeattester bl.a. i trygdespørsmål, slik Gulbrandsen og medarbeidere konkluderer med (1), bør vi få en diskusjon om de medisinske vilkår som forutsetning for uføretrygding i det hele tatt er nødvendig. Den lovforståelse som praktiseres i dag, tar i realiteten i ikke ubetydelig grad hensyn til sosiale forhold og arbeidsmarkedet, faktorer som legen har liten innflytelse på.

Erik Rødevand
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
2. Nordby H. En enhetlig eller mangfoldig forståelse av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 201–2.
3. Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1442–4.
4. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
5. Jakobsen O. Trygd. Dagbladet 19.1.2004.
6. Meland SI. For enkelt å bli sykemeldt. Adresseavisen. 6.2.2004.

P. Gulbrandsen og medarbeidere svarer:

Vi slutter oss til Rødevands synspunkter i siste avsnitt i innlegget hans. Vi tror at han må ha misforstått artikkelen vår. Spesielt viser vi til de to siste setningene i artikkelen, der vi skriver: «Det er etter vår oppfatning lite fruktbart å møte denne nødvendige avmedikaliseringen med gjen-