

- » Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

I Tidsskriftet nr. 22/2016 sto på trykk en kronikk av G. Roksund og medarbeidere om Norsk forening for allmennmedisins strategidokument om overdiagnostikk. Vi bringer her to kommentarer.

Re: Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei

I en viktig kronikk om overdiagnostikk skriver Roksund og medarbeidere at koblingene mellom sykdomsdiagnoser og velferdsgoder også bør debatteres (1). Som trygdemedisinsk forsker vil jeg bidra til slik debatt ved å hevde at Nav kan basere seg på funksjonsevnevurderinger ved å nedtone diagnosers betydning. Men en forutsetning er at legene har det blikket som Cassell beskriver slik: «The knowledge of disease, medical science, and the technology of medicine remain crucial but not central. Persons are central, as are knowledge of persons and their functioning and knowledge of what is required to restore them to agency given whatever impairments remain» (2). Cassell anbefaler sine legekolleger å ta i bruk det begrepsapparatet som WHO har utarbeidet for å beskrive menneskets funksjonsevne, som kropp, aktør og som deltaker i samfunnet (3).

To helt forskjellige funksjonsevne-modeller blir debattert i internasjonal trygdemedisin (4). Den ene er biomedisinsk uførhetsmodell. Den beskriver sykdom/skade som årsak til vesentlig redusert funksjonsevne. En funksjonshemming blir ansett for i hovedsak å være knyttet til sykdom/skade. Diagnosen har overordnet betydning. Personen selv beskrives kun som atomisert organisme. Biomedisinsk uførhetsmodell har vært trygdens stadfestede modell og viktigste hjelpemiddel for å merke dem som skal få sikret sin inntekt med trygd.

Den andre modellen kalles evnebasert helsemodell (4). Den er utviklet innen rehabilitering og attføring, mye i regi av WHO (3). Denne modellen beskriver funksjonsevne relasjonelt, knyttet til personen i kontekst. Følgende komponenter inngår: å være aktør i eget liv, den sosiale verden (og hvilke hindre og muligheter som finnes i den, arbeidslivet inkludert), målene som bruker/pasient kan trekke seg mot sammen med hjelpere og endelig evner, ferdigheter og kompetanse og hvordan disse kan videreutvikles.

Vesentlig og varig redusert arbeidsevne er et fenomen som ikke er direkte knyttet til diagnose. For å sikre inntekt kan et vilkår om funksjonshemming erstatte sykdom, for eksempel «vesentlig og varig aktivitetsbegrensning».

Medisinsk og juridisk er det mulig å erstatte biomedisinsk uførhetsmodell med evnebasert helsemodell i Nav. Et slikt skifte vil føre til mindre trykk fra Nav om diagnoser. Både leger og Nav kan konsentrere seg om reelle utfordringer når det gjelder pasienters hverdagslige funksjonsevne og deltakelse på sosiale arenaer.

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er forsker i trygdemedisinsk etikk ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1903–5.
2. Cassell EJ. The nature of healing. The modern practice of medicine. Oxford: Oxford University Press, 2013: 13.
3. ICF. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Oversatt og tilrettelagt av KITH. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003. https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf [23.2.2017].

4. Solli HM, Barbosa da Silva A, Egeland J. Usefulness of an ability-based health model in work ability assessments provided by psychiatrists and psychology specialists writing social security certificates. Disabil Rehabil 2015; 37: 571–8.

Re: Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei

En viktig og bevisstgjørende artikkel som burde leses av mange, også spesialister i ymse fag (1). Flott fremheving av «Når helse gjøres til en vare i et marked med gode profittmuligheter, er risikoen stor for at slutteffekten blir mindre helse for mer penger». Helsetjenestens mål bør debatteres bevisst og åpent – dets oppgave er ikke å skape evig liv eller paradiset på jorden. Målet bør være noe mer i retning av «hjelp til å mestre livet på egen hånd».

Hans Erik Heier
heheier@online.no

Hans Erik Heier (f. 1944) er pensjonist og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1903–5.

Re: Stoff, straff og sosial smitte – en uheldig sammenblanding

Takk til Helge Waal & Jørg Mørland (1) for kommentar til min lederartikkel (2). Forfatterne har helt rett i at Evang ikke snakket om det stoffrie samfunn, snarere skrev han at «misbruk av narkotika er ikke et problem som kan løses. Vi vil, med mindre menneskene er i stand til i fremtiden radikalt å endre sine livsformer, alltid ha det hos oss» (3). Likefullt skulle fenomenet bekjempes bredt, og han argumenterte primært som samfunnsmedisiner i epidemiologiske termer: «Vi må erkjenne betydningen av det man etter mitt skjønn med rette kan betegne som *sosial smitte*» (4). Jeg har derfor færre problemer enn Waal & Mørland med å trekke paralleller fra Evangs begrep om samfunns-hygiene i 1930-årene (5) til hans forståelse av narkotikaproblemet og håndteringen av dette 30 år senere.

Det er ingen tvil om at man helt fra starten av norsk narkotikapolitikk i 1960-årene fryktet at narkotika skulle bli sosialt akseptert, og at man derfor innførte strenge straffesanksjoner med den hensikt å virke avskrekkende. Ifølge Astrid Skretting ble strenge straffereaksjoner ansett som «det kanskje viktigste virkemiddelet, selv om en tidlig også erkjente behovet for ulike hjelpe- og behandlingstiltak» (6). Den omfattende rettsliggjøringen av feltet fikk vi med legemiddel-loven av 1964, forskrift om forbud mot bruk i 1965, tillegg til straffeloven § 162 om alvorlige narkotikaforbrytelser med øvre strafferamme på seks år i 1968 og heving av strafferammen for alvorlige narkotikaforbrytelser til ti år i 1972 (6). Det strafferettslige fundamentet for en streng kriminalisering av feltet ble altså lagt allerede i 1960-årene og tidlig i 1970-årene. Derfor følger jeg ikke Waal & Mørland i deres forsøk på å skape et skarpt skille mellom den Evang'ske metode i 1960-årene og en moralsk panikk i 1980-årene.

>>>