



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Totaloverlevelse som kvalitetsindikator

I Tidsskriftet nr. 19/2004 har Jens Hammerstrøm og medarbeidere en utmerket artikkel om høydosebehandling med stamcellestøtte i Midt-Norge. I et tiårsmateriale med 52 myelomatosepasienter fant de en median overlevelse på 6,8 år med et 95 % konfidensintervall 3,3–10,2 år. På bakgrunn av dette brede konfidensintervallet sier de at «kvalitetssammenlikninger mellom enkeltsykehus basert på små tall, slik helsemyndighetene nå legger opp til, er problematisk».

Dette er klok tale. Dessverre er det en tilsynelatende motsetning mellom denne konklusjonen og hovedbudskapsruten på artikkelens første side. Der står det at «kvalitetsvurdering av behandling bør gjøres med robuste kvalitetsindikatorer med små feilkilder og innlysende helserelevans, som total overlevelse og behandlingsrelatert død», og «vurdert med slike mål kan høydosebehandling med stamcellestøtte gis med tilfredsstillende kvalitet ved et regionsykehus med relativt lite pasientvolum». Det er nærliggende å oppfatte dette slik at totaloverlevelse likevel skal være en god kvalitetsindikator. For den enkelte pasient er overlevelse det mest relevante og robuste endepunkt. Hammerstrøm og medarbeidere har imidlertid med all ønskelig tydelighet vist at selv i et tiårsmateriale blir det for få pasienter med myelomatose til at totaloverlevelse kan brukes som kvalitetsindikator for et sykehus. Det er selvsagt betryggende at egne resultater er på høyde med andres. Men i det øyeblikk vi bruker resultater fra små pasientserier til å sammenlikne sykehus og eventuelt iverksette sanksjoner og tiltak, er vi på ville veier. Det ville være både statistisk forkastelig og helsepolitisk meningsløst.

Finn Wisløff

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Hammerstrøm J, Aasland IL, Tellhaug R et al. Høydosebehandling med stamcellestøtte i Midt-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2498–500.

J. Hammerstrøm svarer:

Finn Wisløff har, som vanlig, rett. I små norske pasientmaterialer vil usikkerheten av statistiske grunner ofte bli så stor at tallene ikke kan brukes som pålitelig underlag for kvalitetsvurderinger og helsepolitiske beslutninger. Dette fremgår, som

han skriver, av tallene og teksten i artikkelen. Når man tvinges til å kondensere sine meninger til en hovedbudskapsrute, blir nyansene fort borte.

Det er allikevel et tankekors at dagens ledere i helsevesenet i økende grad ser ut til å ville målstyre helsevesenet ved bruk av prosesskvalitetsindikatorer av typen «andel pasienter med mindre enn to døgn liggetid», «andel pasienter med dokumentert utdelt individuell behandlingsplan» etc. Vårt poeng er meget enkelt: Skal man vurdere kvalitet på helsevesenet, må man måle hvordan det gikk med helsen til pasientene.

Vi rapporterer behandlingsresultater ved kreftsykdommer hvor de fleste pasientene dessverre dør av sykdommen til slutt, og hvor en vellykket behandling har som mål å forlenge pasientens levetid. Da er totaloverlevelse svært helserelevant, gir et høyt antall hendelser, og er dessuten svært robust mot feilkilder ved registrering.

Jeg deler Wisløffs skepsis til politikeres og helsebyråkraters omgang med tall med stor statistisk usikkerhet fordi vi er få her i landet. Vi kan ikke av den grunn slutte å evaluere og offentliggjøre våre behandlingsresultater, men må, som Wisløff påpeker, gjøre tolkingsbegrensningene klare. Vi bør etter mitt syn stadig understreke at helsevesenets hovedmål er å bedre pasientenes helse og insistere på å bli vurdert etter om vi klarer det.

Jens Hammerstrøm

St. Olavs Hospital

Drepende behandling av homofili

Jeg tillater meg – etter nøye overveielser – å komme med noen betraktninger til Arne Schjøth's kommentar i Tidsskriftet nr. 15/2004 (1). Et slikt usammenhengende røre av udokumenterte påstander, personlige oppfatninger og rene feil burde muligens forbigås i stillhet. Men fordi det menneskesyn og de holdninger innsenderen presenterer, fremmer fordommer, hat og intoleranse overfor homofile, er en oppklaring påkrevd.

Ifølge Schjøth ser folk flest homoseksualitet som en «medfødt eller tidlig ervervet fastlåst legning,» og av dette følger at man «må avstå fra behandlingsforsøk» og snarere støtte den homofile. Videre skriver han om det alminnelige syn at «homofili er en ren privatsak, og samfunnet bør derfor likestille heterofilt og homofilt samliv».

Hva det første angår, er årsakene til homoseksualitet svært omdiskutert, og det eksisterer på ingen måte noen konsensus om dette (2). Schjøth har registrert at man ikke lenger praktiserer behandling av homoseksuelle, men han har misforstått begrunnelsen. Etter avdiagnostiseringen i 1978 blir homoseksualitet ikke lenger knyttet til sykdom, men ses på som en normalvariant av menneskenes emosjonelle liv og seksualitet (3). Grunnen til at homoseksualitet ikke behandles, er altså at det anses som normalt.

Schjøth refererer korrekt til befolkningens holdninger til likestilling. Oppfatningen av homoseksuelle som en ressurs i samfunnet blir stadig mer utbredt. Han forklarer imidlertid dette med at homoseksualitet anses som en privatsak – en åpenbar feilslutning ettersom det nettopp er åpenhet og synliggjøring som fremmer aksept (4).

Schjøth's budskap er ikke mindre alvorlig når han skriver at «homofile som er motivert for det, har mulighet for å oppnå reorientering mot det heteroseksuelle». Reorienteringsterapi bygger på ideen om at homoseksualitet skyldes en feilfokusering som det er mulig å rette opp, en praksis man forbinder med sterkt ytterliggående religiøse bevegelser. Han viser til Warren Throckmorton, en profilert aktør innenfor denne sjangeren, som blant annet anbefaler at homofile bør fortsette å etterstrebe heterofile forhold eller leve i sølibat hvis reorientering ikke fungerer (5).

Schjøth antyder at homoseksuelle har identitetsproblemer. Det er helt korrekt. Selvmordsraten er dramatisk høyere for homofile enn for heterofile, langt flere er rammet av angst eller depresjonsrelaterte symptomer, og mange er utsatt for vold (4). Årsakene er ikke den seksuelle orienteringen i seg selv, men den type holdninger som Arne Schjøth representerer og fremfører.

Monica Wegling

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Schjøth A. Er homofili en entydig og fastlåst tilstand? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1965.
2. Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge. St.meld. nr. 25 (2000–2001).
3. Johannessen LB. Homofili – en del av livets mangfold. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1538.
4. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA rapport nr. 1/99. Oslo: NOVA, 1999.
5. www.drthrockmorton.com (28.9.2004).