

Fagkritikkens utfordringer

Det er fint at en artikkel kan invitere til kritisk refleksjon. Vegard Bruun Wyllers lederkommentar i Tidsskriftet nr. 1/2013 (1) bærer dessverre preg av at han har benyttet anledningen til å ytre seg langt utover temaet «sykdommens alvorlighetsgrad» og inn på et fagområde han synes å ha begrenset kompetanse på. Wyllers knytter sine refleksjoner til det han anser å være «helseøkonomiens grunnutfordringer» rundt stikkordene validitet, politikk og rettferdighet.

Om validitet: Hans kritikk mot QALY (kvalitetsjusterte leveår) er basert på intuisjonen (hans egen?) om at livskvalitet ikke kan måles på en endimensjonal skala. Alle kan ha intuisjon, men som forskere bør vi være mer opptatt av kunnskapsgrunnlaget. Måleproblemer knyttet til helserelatert livskvalitet er velkjente og heftig diskutert i helseøkonomiske fagmiljøer (2). Wyllers påpekning at man ikke kan trekke slutninger om enkeltpersoner på bakgrunn av undersøkelser i en generell populasjon er triviell, dette er noe de fleste helseøkonomer og leger skjønner. Dette er derfor ikke en kritikk mot QALY-begrepet som sådant, men heller om hvilken beslutningskontekst metoden bør brukes i. QALY ble utviklet for å hjelpe til med å ta beslutninger på programnivå, som et sammenliknbart effektmål for å kunne prioritere mellom ulike behandlinger overfor ulike pasientgrupper.

Om politikk: Prioriteringer er normative og handler (selvsagt) om verdivalg. Vi har ingen holdepunkter for at QALY-metoden har vært styrende for utformingen av vedtatte helsepolitiske målsettinger og prioriteringsretningslinjer i Norge. Metoden representerer et forsøk på å operasjonalisere allerede vedtatte målsettinger, særlig knyttet til den om at begrensede ressurser bør allokeres slik at de gir «flere gode leveår for alle». Metoden vil også være til hjelp for å beslutte i henhold til prioriteringsretningslinjene: Hvilken behandling har størst effekt? Hvilken pasientgruppe er mest alvorlig syk? Hvor er effekten størst i forhold til kostnadene? Ja, dette dreier seg om regnestykker, men de har den åpenbare fordel at de er transparente og gir tall som kan sammenliknes og gjøres til gjenstand for debatt.

Om rettferdighet: I helseøkonomien dreier dette seg om fordelingsrettferdighet, men det er feil å hevde at denne del av helseøkonomien gjerne er assosiert til Rawls. Hva gjelder relevansen av dydsetikk og nærhetsetikk, mener vi dette er et spørsmål om beslutningskontekst, ikke om «hvem som er snille og hvem som er slomme». Wyllers viser til en «kraftig kritikk mot helseøkonomens kynisme», basert på hva én filosof hevder. Han henviser også til en annen filosof, som hevder at «helseøkonomiske modeller underminerer essensen i omsorgen», noe som innebærer «brutalitet».

Helseøkonomi handler ikke om mer eller mindre kynisme eller brutalitet. Brutaliteten ligger i det faktum at ressursene ikke er tilstrekkelige til å møte alle behov.

Jan Abel Olsen
jan.abel.olsen@uit.no
Ivar Sønbo Kristiansen
Jon Magnussen
Ole Frithjof Norheim
Bjarne Robberstad

Jan Abel Olsen (f. 1954) er siviløkonom, dr.philos., professor i helseøkonomi ved Universitetet i Tromsø og forsker ved Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ivar Sønbo Kristiansen (f. 1947) er spesialist i samfunnsmedisin, professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og adjungert professor ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet i Odense.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jon Magnussen (f. 1959) er professor i helseøkonomi og leder ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965) er professor i medisinsk etikk ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Han leder prosjektet Priority setting in global health – 2020, finansiert av UD/NORAD.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjarne Robberstad (f. 1965) er helseøkonom og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyllers VB. Helseøkonomiens grunnutfordringer. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 8.
2. Richardson J, McKie J, Bariola E. Review and critique of health related multi attribute utility instruments. Research paper 64/2011. Melbourne: Centre for Health Economics, Monash University, 2011. www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/researchpaper64.pdf [23.1.2013].

Publisert som rask respons i nettutgaven 23.1. 2013

Ikke uklart om alvorlighetsgrad

I Tidsskriftet nr. 1/2013 hevder Jan Abel Olsen (1) at det rår forvirring om hva som menes med «sykdommens alvorlighetsgrad». Dette gripes begjærlig av lederskribent Vegard Bruun Wyllers som anledning til å fremføre en mangelfullt informert kritikk av helseøkonomi (2).

Lønning 2-utvalget (3), som i 1997 skrev at alvorlighetsgrad skal tillegges stor vekt ved prioritering, sa hva de la i begrepet. Helsedepartementet og Stortinget sluttet seg siden til utvalgets syn. Så det er bare å lese Lønning 2-utredningen. Det er akkurat som med lover: Den som vil vite hvordan lovens ord skal tolkes, går til forarbeidene. Men *Prioritering på ny* står overhodet ikke på Olsens referanseliste.

Ifølge Lønning 2-utvalget bør alvorlighetsgrad fastlegges ut fra en vurdering av aktuelle plager (symptomer), sannsynligheten for fremtidige symptomer og funksjonstap og risikoen for prematur død (3, s 86).

Olsen på sin side presenterer fire forskjellige ulike fortolkninger han mener å ha støtt på. Den første handler bare om tap av livskvalitet. Det mente ikke Lønning 2-utvalget at alvorlighet gjør. Olsen henviser til at slik har bl.a. jeg definert det. Det har jeg ikke gjort. Det at jeg har vektlagt livskvalitetsdimensjonen ved alvorlighet i mine empiriske studier, betyr ikke at jeg har oversett eller benektet at alvorlighet som begrep også har aspektet prognosetap, inklusive risiko for død.

I tillegg skriver Olsen at i denne fortolkningen er alvorlighetsgraden «livskvalitetsskåren h_u på et gitt tidspunkt for helsetilstanden ubehandlet» (på 0–1-skalen fra død til frisk som brukes for måleenheten kvalitetsjusterte leveår). Men det er $1 - h_u$ (ikke h_u) som er alvorlighetsgraden med henblikk på livskvalitetstap.

Tilsvarende er det med mulig fortolkning nummer to. Ifølge den handler alvorlighetsgrad bare om levetidstap. Det mente ikke Lønning 2-utvalget. I tillegg skriver Olsen at i denne fortolkningen er alvorlighetsgrad «forventet levetid uten behandling». Det blir forkjært. Det må eventuelt menes forventet tap av levetid uten behandling.

I fortolkning 3 er alvorlighetsgrad «prognose» i betydningen «forventede kvalitetsjusterte leveår uten behandling». Det blir språklig forkjært igjen, for alvorlighetsgraden øker ikke med økende antall gjenstående QALY. Det må eventuelt menes prognosetap i form av tap av QALY. Men ved denne språklige rettingen blir fortolkning 3 identisk med Olsens fjerde og siste fortolkning – «størrelsen av helsetapet» – som ifølge ham står «i sterk kontrast til de foregående».

Olsen peker så på at størrelsen av prognosetapet målt i antall QALY vil tendere til å være større jo yngre pasienten er. Lønning

>>>