

E. Skovlund svarer:

Min erfaring er at kun et fåtall av manuskriptene som sendes til Tidsskriftet for publisering omhandler prospektive intervensjonsstudier. Mine «professorale skulderklapp» er rettet mot den store gruppen av forfattere som rapporterer fra en klinisk hverdag der forskningen oftest er av eksplorerende natur og mange prosjekter er basert på innhenting av journaldata. I et flertall av manuskriptene beskrives «tingenes tilstand», og forhåndsspesifiserte hypoteser synes ofte å mangle. Mitt poeng er at også denne typen forskning trenger en god plan.

Det er en selvfølge at kliniske utprøvinger og andre intervensjonsstudier er beskrevet i en detaljert forskningsprotokoll og følger regelverket.

Eva Skovlund

eva.skovlund@farmasi.uio.no

Eva Skovlund (f. 1959) er fungerende divisjonsdirektør, Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt og professor II ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Riktig definisjon av p-verdi?

I et leserinnlegg i Tidsskriftet nr. 5/2013 kommenterer Carl Haakon Samuelsen (1) Eva Skovlunds definisjon av en p-verdi i en leder i Tidsskriftet nr. 1/2013 (2). Både Samuelsens og Skovlunds definisjon er nettopp publisert som to sider av samme sak i «Verktøy för klinisk forskning» i Läkartidningen. Om Skovlunds definisjon i praksis er riktig, er den etter mitt skjønn mye lettere å forstå. Det har en verdi i seg selv.

«P-värdet anger sannolikheten för att observera (om studien upprepades under samma förhållanden) ett samband minst så starkt som det som observerats, under förutsättning att det inte finns något samband (nollhypotesen). I praktiken anger alltså P-värdet sannolikheten för att det samband man observerat, eller ett ännu starkare samband, uppkommit av slumpen» (3).

Erik Waage Nielsen

erik.waage.nielsen@uit.no

Erik Waage Nielsen (f. 1956) er overlege ved Akuttmedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø og professor ved Universitetet i Tromsø.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Samuelsen CH. Riktig definisjon av p-verdi? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 500.
2. Skovlund E. Spør først, regn siden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 10.
3. Pettersson A, Gordon M, Edgren G et al. Läkartidningen – Biostatistik har en central roll i epidemiologi. Läkartidningen 2013; 110: 470–4.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 18.3. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2978933/>

Viktige fakta!

Terje L. Berstad målbærer i Tidsskriftet nr. 5/2013 en av vår tids aller viktigste problemstillinger (1). Som brystkreftpasient gjennom halvannet år har jeg sett resultatet av at Norge bruker mindre på helse enn vi hittil har kommunisert og antatt. Om og om igjen har jeg sett hvordan leger, pleiere og andre lider under at de ikke får gjort en best mulig jobb fordi det periodevis skorter på alt fra grunnleggende materiale som brukbare kanyler, til alvorligere mangler som sengeplasser.

Helse-Norge har et erkjent organiseringsproblem. Men at finansieringen kun er på nivå med snittet i OECD, må frem i offentlighetens lys. Helseminister Jonas Gahr Støre påsto da han mottok nøkkelen til Helsedepartementet, at det «ikke er noen krise i Helse-Norge». Jeg håper han i mellomtiden har skaffet seg bedre innsikt enn som så.

I et valgår der 41 % av velgerne sier at helsepolitikken avgjør hva de skal stemme, er dette en uunngåelig debatt. Men da må folk flest opplyses om fakta.

Lise Askvik

lise.askvik@P4.no

Lise Askvik (f. 1969) er cand.mag., programleder i Radio P4, forkjemper for brystrekonstruksjon og forfatter av boken *Kreft ga meg kraft*. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter kjenner Terje L. Berstad.

Litteratur

1. Berstad TL. Helseutgiftene i Norge er ikke spesielt høye. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 503.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 11.2.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2979106/>

Misvisende gjengivelse

Terje L. Berstad viser i sin kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 5/2013 (1) til et notat fra Stortingets utredningsseksjon (2).

Berstad hevder at Hans Olav Melberg i dette notatet konkluderer med at Norge bruker mye på helse. Vi ønsker å gjøre oppmerksom på at dette er en direkte misvisende gjengivelse av innhold og konklusjoner i Melbergs notat. I notatet gjennomgår Melberg derimot ulike mål på helseutgifter. Han viser også en del fordeler og ulemper ved bruk av kjøpekraftjusterte beløp i slike sammenhenger, inkludert Eurostats helsespesifikke prisindeks. Han konkluderer bl.a. med følgende: «Dersom vi likevel skal gi ett tall for å få et kortfattet svar på om vi bruker lite eller mye sammenlignet med andre, ville det vært best å bruke en helsespesifikk prisindeks. Da kommer vi nærmest noe av det vi er interessert i: Et mål på mengden helsetjenester som tilbys befolkningen. Et viktig arbeid er derfor å forbedre den helsespesifikke prisindeksen slik at den blir mer dekkende. Inntil da er det i de fleste sammenhenger best å holde seg til vanlig praksis og bruke kjøpekraftjusterte utgifter ved internasjonal sammenligning, men supplere med lønnsjusterte utgifter i en mer detaljert sammenligning» (2).

Dette er vesentlige nyanseringer av hovedinnholdet i Perspektiv 03/12 som Berstad bruker som utgangspunkt for sin artikkel.

Toril F. Bergsjø

toril.bergsjo@stortinget.no

Toril F. Bergsjø (f. 1960) er cand.polit., Seniorrådgiver i Stortingets utredningsseksjon.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter arbeider i seksjonen som har bestilt Perspektiv 03/12 som brukes som referanse i Berstads artikkel.

Litteratur

1. Berstad TL. Helseutgiftene i Norge er ikke spesielt høye. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 503.
2. Melberg HA. Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenliknet med andre land? Perspektiv 03/12. Oslo: Stortingets utredningsseksjon, 2012. www.stortinget.no/Global/pdf/Utredning/Perspektiv%2003-12.pdf [15.4.2013].

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 11.3.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2979106/>

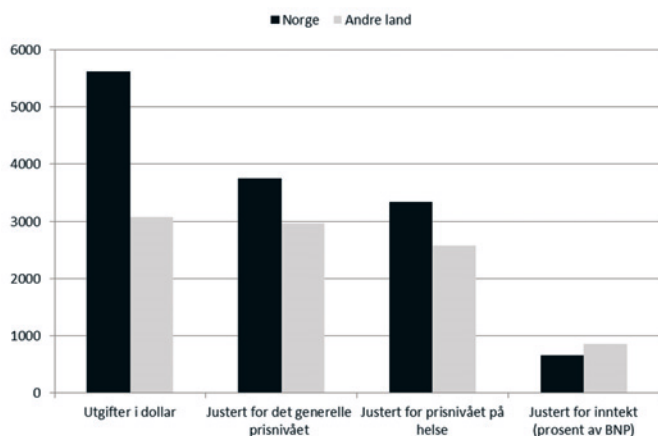
Unødvendig forvirring om helseutgifter

Terje L. Berstad har i Tidsskriftet nr. 5/2013 noen kommentarer til en rapport jeg har skrevet til Stortinget om helseutgiftene i Norge (1). Hovedbudskapet i rapporten er ikke at vi bruker lite eller mye på helse, men at svaret avhenger av hva man sammenlikner: Norge ligger høyt i forhold til andre land når vi sammenlikner rene dollarutgifter. Vi ligger mer midt på treet når man justerer for både det generelle prisnivået og helsespesifikke priser, og vi ligger lavere i forhold til vår inntekt.

Dette er fremstilt i illustrasjonen nedenfor, som viser helseutgiftene i Norge og 19 andre land i OECD. Utgiftene til eldreomsorg er tatt ut fordi mange land regner dette som en sosialutgift, mens andre fører det som en helseutgift. Slik unngås regnskapsmessige problemer, men man mister også det aspekt at Norge bruker mer på denne delen av heletjenesten enn mange andre land.

Illustrasjonen viser at vi bruker betydelig mer enn gjennomsnittet målt i dollar. Vi har imidlertid også høye priser og lønninger. Tar man hensyn til hvor mye man får per krone, blir forskjellen mellom Norge og andre land mindre. Det har mindre betydning i denne sammenlikningen om man bruker det generelle prisnivået i Norge eller Eurostats indeks for helsepriser. Begrepsmessig er helsespesifikke priser det mest relevante, men OECD og andre har hittil valgt å bruke det generelle prisnivået fordi man har vært bekymret for kvaliteten på helseprisindeksen. Målt som andel av inntekten, bruker vi mindre på helsetjenester enn andre land. Man kunne gå videre og argumentere at heller ikke dette er dekkende fordi inntektene tar med salg av naturressurser som olje og gass. Hvis man tar bort oljeinntektene, er andelen av våre inntekter som brukes på helse, høyere enn gjennomsnittet. Hvilke tall som er mest relevante, vil avhenge av formålet med analysen.

Debatten om helseutgifter burde ikke være så vanskelig. Tallene brukes ofte til politiske formål. Den politiske interessen i å opprettholde ulike konklusjoner («vi bruker mye» mot «vi bruker lite»)



Helseutgiftene i Norge og 19 andre OECD-land i 2011. Søylen for helseutgiftene som prosent av bruttonasjonalprodukt er på skala der 100% er 10 000. Utvalget består av de landene som i 2011 hadde tilgjengelige tall for utgifter, priser og andre variable som inngikk i utregningene, inkludert USA der dette var mulig. Forfatter har laget illustrasjonen basert på tall fra OECD Health Data og Eurostat. Utvalget består av de landene som i 2011 hadde tilgjengelige tall for utgifter, priser og andre variable som inngikk i utregningene (2)

sementerer unødvendig forvirring. Sannheten er at vi bruker mer enn de fleste målt i dollar, mer gjennomsnittlig i forhold til prisnivået, og mindre enn gjennomsnittet når man ser på helseutgiftene i forhold til inntekten.

Hans Olav Melberg

hans.melberg@gmail.com

Hans Olav Melberg (f.1970) er førsteamanuensis i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og for tiden Harkness Fellow ved University of Pennsylvania, USA.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Berstad TL. Helseutgiftene i Norge er ikke spesielt høye. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 503.
2. Helsenheter – smått og stort om helse og økonomi. <http://helsenheter.blogspot.no/> [15.4.2013].

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 18.3.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2979106/>

Terje L. Berstad svarer:

Toril F. Bergsjø i Stortingets utredningsseksjon oppgir at artikkelen er misvisende. Men i notatet konkluderer Hans Olav Melberg klart og tydelig at vi har høye helseutgifter: «Noe av grunnen til at Norge har høye utgifter er at vi har høy lønn i forhold til andre, men noe skyldes også at vi ikke er så effektive som enkelte andre land» (1). Det Bergsjø henviser til, likner mer på en metodebeskrivelse enn en konklusjon. Melbergs påstand om at det har mindre betydning om man bruker det generelle prisnivået i Norge eller Eurostats indeks for helsepriser er feil. Forskjellen mellom generelt prisnivå og prisnivå for helsetjenester i 2011 er 18,2% hos Eurostat. Det har stor betydning. Forskjellen i 2009 betyr ca. 16 milliarder, og det dekker mange behandlinger. Melberg kan ha brukt OECDs paritet for 2008. Der er USA basislandet. Melberg har selv påvist høyt lønnsnivå innen helse i USA i sine tidligere arbeider. Pariteten er dermed ikke egnet.

Jeg antar vi er enig om at Norge, som er et rikt land, kjøper usedvanlig lite helsetjenester. Helseutgiftene er ikke større enn det, uansett om vi måler det i dollar eller som «alternativ kostnad». Vi har et høyt kostnadsnivå, men dette er båret frem av en norsk tradisjon om å fordele rikdommen. Vi har fordelt landets inntekter slik at gjennomsnittslønnen er høy sammenliknet med andre land. Antakelig har vi gjort dette i større grad enn noen annen sivilisasjon. Dette er noe vi skal være stolt av. Kravet har altså ikke vært økt produktivitet for høyere lønn.

Terje L. Berstad

terjelb@hotmail.com

Terje L. Berstad (f. 1969) er cand.polit. i medievitenskap og arbeider som analytiker i firmaet Public Mode. Han har tidligere arbeidet i Helsedirektoratets statistikkavdeling.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Melberg HA. Bruker Norge mye eller lite til helseformål sammenliknet med andre land? Perspektiv 03/12. Oslo: Stortingets utredningsseksjon, 2012: 9. www.stortinget.no/Global/pdf/Utredning/Perspektiv%2003-12.pdf [15.4.2013].

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 19.3.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2979106/>