

Det er i prinsippet selvsagt mulig å vurdere nye måter å bruke ordet alvorlighet på heretter, og tilhørende operasjonaliseringer. For eksempel kan man gå inn for at i eksemplene A og B skal heretter 40-åringene sies å være mer alvorlig syke enn 70-åringene. Da blir absolutt prognosetap en egnet operasjonalisering av alvorlighet. Men da er det ikke bare salige Inge Lønnings språk man vil forandre, men også språket til klinikere og folk flest. Det er en tung og uhensiktsmessig vei å gå, og etter min mening respektløst overfor etablert språk. Vil man ha større vekt på alder og gjenstående levetid ved prioritering, er det bedre å ta dem inn som separate tilleggs-kriterier enn å gi seg til å tukle med språket. Ved å holde begrepene og kriteriene adskilt får man også den nødvendige frihetsgraden til å bestemme presist i hvilke konkrete sammenhenger og hvor sterkt alder og gjenstående levetid skal vektlegges, jfr for eksempel forskjellen på A og B vs C og D.

**Erik Nord**  
Erik.Nord@fhi.no

Erik Nord (f. 1948) er seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og professor i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Robberstad B. Alder og alvor. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1376–8.

#### B. Robberstad svarer:

Erik Nord gir uttrykk for at «en tilstands alvorlighet» i dag er eit godt etablert uttrykk. Dette har eg til gode å høyre frå personar som har forsøkt å operasjonalisere det i praksis. Uttrykket ser ikkje ein gong ut til å vere spesielt godt etablert hos Erik Nord. Her tek han til orde for å definere alvor som relativt framtidig tap av helse (definisjon iv eller v i min kronikk), i kombinasjon med alder. Tidlegare har han argumentert for både definisjon (i) og (iii) (1). Desse alternativa kan implisere høgare prioritet for sjukdom som rammar eldre enn tilsvarande sjukdom for yngre (iii, v eller vi), eller bety at vi ved vurdering av alvor skal sjå heilt vekk frå varigheten av sjukdom (i). Ein konsekvens av desse alternativa er høgare prioritet til marginal livsforlenging på slutten av livet på bekostning av tiltak for kronikarane.

Nord foreslår å vurdere alvorlighetsmodell med hjelp av ei regresjonsanalytisk tilnærming, for å sjå kva modell som passer best til data. Han konstruerer deretter fire «observasjonar» som han meiner viser at alvorlighet vurdert som absolutt tap av gode leveår bryt med «språkforståelse», medan relativt framtidig helsetap ikkje gjer det. Regresjonsanalyse kan gi underlege resultat når observasjonane er få og selekterte. Eg meiner Nord sine eksempel A og B har liten relevans for denne debatten. Desse pasientgruppene har alle høg prioritet, både med eksisterande, tidlegare og føreslåtte nye prioriteringskriterier. Her er det ingen dilemma og ingen diskurs. Det vil vere nyttig for debatten om ein sluttar å antyde at 70-åringar med livstruande sjukdom eller 80-åringar med sterke smerter ikkje lenger skulle få behandling. Diskusjon av prioritet er best å gjere på «marginen», altså i situasjonar der det faktisk kan vere aktuelt å seie nei til behandling fordi den ikkje er tilstrekkeleg nyttig, fordi den er for ressurskrevjande, eller fordi den ikkje gjeld alvorleg nok sjukdom til å prioriterast framfor andre tiltak.

Eksempel C og D er langt meir interessante i så måte. Det finst sjølvstendig ingen «korrekte» preferansar om desse spørsmåla, men eg er grunnleggande usamd med Nord i at det er like alvorleg for ein 80-åring å miste tre leveår, som for ein 60-åring å miste 10 leveår. Eg er også usamd i at det skulle vere like alvorleg med livstruande sjukdom for ein 90-åring som for ein 20-åring. Her har vi ulike preferansar, òg ulik språkforståing.

Erik Nord nyttar Inge Lønning som sannheitsvitne for egne preferansar og språkforståing. Som teolog er det mogleg at Lønning hadde over gjennomsnittleg sans for profetiske nådegaver. Men det er vanskeleg å skjønne logikken når Erik Nord profetisk tolkar Løn-

ning 2's runde definisjon av alvor som brøken av helsetapet med sjukdom over gjenverande helse i mangel av sjukdom på diagnose-tidspunktet. Ordet «relativt prognosetap» er nemleg ikkje nemnt i Lønning 2's rapport (2), og rapporten er fri for tekniske presiseringar i denne retningen. Tvert om er det presisert (s. 189) at «Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke». Nords alvorlighetspreferansar representerer lågare prioritet til desse pasientane, medan helsetaps-kriteriet ville styrke den.

Nord bør også slutte å kritisere «alder/gjenstående levetid som selvstendig prioriteringskriterium». Det er nemleg ingen som foreslår dette, sjølv om pressedeckning kan gi inntrykk av det motsatte (3). Helsetapskriteriet seier rett og slett at stor sjukdomsbyrde er meir alvorleg enn mindre sjukdomsbyrde. I staden for å repetere slike unøyaktigheter bør vi fokusere på å greie ut etiske implikasjonar av alternativa, og å undersøke betre korleis dei samsvarer med allmenn intuisjon.

Gode «aldersnøytrale» definisjonar for alvor eksisterer ikkje. Eitt sentralt spørsmål vert då om eldre si helse indirekte skal prioriterast opp, slik Nord sitt forslag kan implisere, eller om vi heller indirekte skal prioritere langvarig sjukdom som rammer unge, som er ein av konsekvensane av Norheimutvalet sitt forslag.

**Bjarne Robberstad**  
Bjarne.robberstad@uib.no

Bjarne Robberstad (f. 1965) er professor i helseøkonomi ved Universitetet i Bergen.

Oppgitte interessekonflikter: Han er kollega med Ole Frithjof Norheim og har vore forfattar saman med han ved fleire høve.

#### Litteratur

1. Nord E. Prioriteringsutvalgets innstilling (NOU 2014: 12). [www.regjeringen.no/contentassets/0d5981f2343b41b1993146d58c229b07/erik-nord.pdf](http://www.regjeringen.no/contentassets/0d5981f2343b41b1993146d58c229b07/erik-nord.pdf) [1.9.2015].
2. Prioritering på ny. (NOU 1997: 18). [www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/?ch=1](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/?ch=1) [1.9.2015].
3. Dommerud T. Alder blir ikke avgjørende for behandling. *Aftenposten* 16.6. 2015. [www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Alder-bli-ikke-avgjorende-for-behandling-8060667.html](http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Alder-bli-ikke-avgjorende-for-behandling-8060667.html) [1.9. 2015].

#### Re: Alkoholforbruk – en naturlig del av anamnesen

«Spørsmål omkring bruk av nikotin og alkohol bør være en naturlig del av anamneseopptaket...» hevdes det i en kommentarartikkel i *Tidsskriftet* (1). Jeg vil komme med et lite råd til dem som skal stille spørsmål om alkoholforbruk. I stedet for å spørre «driker du?» kan det være lettere å svare ved å skulle plassere seg på en skala fra 0 til 10. Dette kan brukes for alle spørsmål som er litt personlige. Man føler seg mindre angrepet enn hvis «du» er et viktig ord i spørsmålet.

**Kirsten Osty**  
osty@orange.fr

Kirsten Osty (f. 1947). Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Kristensen Ø, Vederhus J-K. Alkoholforbruk – en naturlig del av anamnesen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1240–1.

#### Ø. Kristensen svarer:

Kristen Osty foreslår i sin kommentar en indirekte måte å spørre om alkoholforbruk på, en måte som hun mener er mindre provoserende. Takk for tipset! Det er mange måter å innlede en samtale om alkoholforbruk i medisinsk sammenheng, og det går sikkert an å finne sin personlige vri.

>>>

Vårt hovedpoeng er at pasientene i liten grad blir spurt, selv om 92 % oppgir at de synes det er OK å bli spurt om alkoholbruk. Prosentatsen er tilsvarende for tobakk. Derfor burde helsepersonell ikke være så tilbakeholdne med å være konkrete og gå rett på sak, kanskje av misforstått redsel for å støte pasienten. I stedet bør det være en naturlig del av anamneseopptaket. Vår erfaring er god ved å spørre på samme måte som for tobakk, kun med vekt på konkret forbruk. I stedet for et ja-nei-spørsmål om hvorvidt pasienten bruker alkohol, kan det intuitive «Når drakk du alkohol sist?» passe. Selvfølgeligheten i spørsmålet gjør at vedkommende ikke uten videre vil benekte bruk. Deretter går man videre med mengdespørsmål for å kartlegge forbruket, som omtalt i kommentarartikkelen.

#### Øistein Kristensen

*oistein.kristensen@sshf.no*

Øistein Kristensen (f. 1945) er overlege ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Re: Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt

I artikkelen «Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt» i Tidsskriftet (1), trekker artikkelforfatterne generaliserende konklusjoner om hva Norsk pasientskadeerstatning (NPE) mener om selvmord, ut fra en halvsides annonse vi hadde i Tidsskriftet for to år siden. Vi stusser over at forfatterne velger teksten i en annonse til både å illustrere viktige drøftinger og generalisere NPEs håndtering av denne typen saker. En annonsetekst må nødvendigvis være noe kortfattet og mindre presis enn teksten i for eksempel en fagartikkel.

Forfatterne skriver: «Fagfolk som behandler saker der pasienten har tatt livet av seg, både hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE)... må ha oppdatert kunnskap om fagfeltet.» Det er vi helt enige i. Vi bruker uavhengige psykiatriske spesialister som medisinske sakkynndige i sakene våre. Det er alltid sakkynndige som gjør de medisinskfaglige vurderingene.

I perioden 2003–2014 behandlet NPE 250 erstatningssaker etter selvmord eller forsøk på selvmord blant psykiatriske pasienter. Av disse har 124 fått medhold. Basert på disse 124 sakene kan vi trekke frem noen årsaker til at det er gitt medhold:

- Det er ikke gjort tilstrekkelige sikringstiltak for pasienter med høy selvmordsrisiko
- Det er gjort mangelfull vurdering av selvmordsrisiko
- De som gjør vurderingene av selvmordsrisiko har ikke kompetansen til å gjøre dette
- Det innhentes ikke vurderinger fra de pårørende som kan supplere bildet
- Anbefalingene i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er ikke fulgt
- Sykehuset mangler rutiner eller utarbeidete rutiner/prosedyrer er ikke fulgt

Artikkelforfatterne skriver at NPE «gir uttrykk for et forenklet syn på årsakene og hva som kan forebygge selvmord, et syn som er utbredt ikke bare i befolkningen, men også innenfor helsevesenet.» (1). Vi kan ikke se at annonseteksten gir grunnlag for en slik tolkning. I annonsen oppsummerer vi erfaringer vi kan trekke ut av et antall saker der det er tilkjent erstatning. Våre saker viser at noen ganger gjøres det ikke gode nok vurderinger av faren for selvmord eller det iverksettes ikke gode nok/relevante tiltak for å forhindre selvmord. Vi gir på ingen måte uttrykk for at «selvmord og selvmordsforsøk i de fleste tilfellene skyldes svikt i behandlingen»; dette sitatet må naturligvis ses opp mot materialet vi omtaler.

Vi mener det må være relevant å trekke frem denne typen oppsamlede erfaringer fra behandlingen av saker innen et fagfelt, og vi synes det er viktig at fagmiljøet er opptatt av å benytte slik kunnskap til læring. Forebygging av selvmord er en svært krevende og sammensatt oppgave. Vi har stor respekt for arbeidet som daglig gjøres av helsepersonell for å unngå et slikt tragisk utfall. Likevel må det være legitimt å trekke frem et materiale med eksempler på at man ikke har lykket med dette.

#### Rolf Gunnar Jørstad

*rgj@npe.no*

Ida Rashida Khan Bukholm

Rolf Gunnar Jørstad (f. 1958) er direktør i Norsk pasientskadeerstatning. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ida Rashida Khan Bukholm (f. 1963) er professor og fagsjef for pasientsikkerhet i Norsk pasientskadeerstatning.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Ness E, Fixdal T, Torper JL et al. Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1342–3.

## Re: Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt

Jeg ønsker å kommentere direktør i NPE, Rolf Gunnar Jørstads kommentar til artikkelen «Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt» (1). Jørstad skriver at NPE alltid bruker uavhengige psykiatriske spesialister som medisinske sakkynndige i sine saker. En sakkynndig som NPE benytter vil jeg tro både har lang medisinsk utdanning og også lang arbeidspraksis, men allikevel er han/hun bare et helt vanlig menneske, et menneske med egne følelser og meninger. I etterkant av at vår datter tok sitt eget liv etter flere år i psykiatrien, opprettet vi en stiftelse, Silje Benedikte Stiftelsen. Vi ble raskt kontaktet av mange mennesker som hadde klaget inn sin egen sak til NPE. Alle følte at verken sakkynndig eller saksbehandler i NPE tok deres kommentarer og notater alvorlig, og noen følte at saksbehandler hos NPE ikke engang hadde lest klagers kommentarer og notater i saken. I egen sak kjente vi oss veldig godt igjen i denne beskrivelsen, og i samarbeid med andre pårørende i samme situasjon, hvor et ungt menneske hadde tatt sitt eget liv, sammenlignet vi svarene vi fikk fra NPE. Vi ble sjokkert da vi så hvor mye én psykiaters egne, personlige meninger ble lagt til grunn for en avgjørelse. Vår erfaring viser dessverre at vurderingene alt for ofte, og spesielt i saker som omhandler psykiatri, blir basert på denne ene spesialistens vurdering. Vi ble også overasket over hvor mye saksbehandler i NPE bruker «klipp og lim inn»-funksjonen fra spesialistvurderingen når de fatter et vedtak. I alle de sakene og menneskene vi i vår stiftelse har snakket med, og sett svarene fra, var det lett å se at saksbehandler støttet seg 100 % til sakkynndig, og ikke tok notis til hva klager (pårørende i disse tilfellene) hadde skrevet og kommentert. I slike vanskelige og tragiske saker mener jeg man ikke bare burde innhente én spesialistvurdering og benytte dette som et vedtak. Vurderingen hos NPE baseres på ett enkelt menneskes personlige mening om behandlingstidspunktet har sviktet eller ikke, og det er overhode ikke bra nok etter min mening.

Vår erfaring fra stiftelsen er i tillegg at i saker hvor det også er opprettet tilsynssak, velger NPE og forholde seg til sin egen spesialist, uavhengig av hva fylkesmannen/fylkeslegen/helsetilsynet har konkludert med i samme sak. Direktør Jørstad trekker frem seks punkter som er avgjørende for om pårørende får medhold eller avslag. I vår spesifikke sak, hvor vår datter Silje Benedikte i en alder av 20 år tok sitt eget liv mens hun var innlagt på psykiatrisk avdeling ved Ahus (2), konkluderer fylkesmannen med brudd på samtlige av de punktene Jørstad trekker frem. I tillegg konkluderte Fylkesmannen også at Ahus hadde brutt spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og journalforskriften. Men allikevel

>>>