

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 tilleggskriterier 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 høre 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 tilsvarannde 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 selekerte. Eg meinar Nord sine eksempel A og B har liten relevans for denne debatten. Desse pasientgruppene har alle høg prioritet, både med eksisterande, tidlegare og føreslalte nye prioriteringsskriterier. 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 smerten ikkje lenger skulle få behandling. Diskusjon av prioritet er best å gjøre 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 prioritera framfor andre tiltak.

Eksempel C og D er langt meir interessante i så måte. Det finst sjovsagt ingen «korrekte» preferanser om desse spørsmåla, men eg er grunnleggende 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 preferanser, og ulik språkforståing.

Erik Nord nytta Inge Lønning som sannhetsvitne for eigne preferanser og språkforståing. Som teolog er det mogleg at Lønning hadde over gjennomsnittleg sans for profetiske nådegaver. Men det er vanskeleg å skjøne 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 diagnostidspunktet. Ordet «relativt prognosetap» er nemleg ikkje nemnt i Lønning 2's rapport (2), og rapporten er fri for tekniske presiserigar i denne retningen. Tvert om er det presisert (s. 189) at «Utvaglet finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særleg ansvar for de kronisk syke». Nords alvorlighetspreferanser representerer lågare prioritet til desse pasientane, medan helsetapskriteriet ville styrke den.

Nord bør også slutte å kritisere «alder/gjenstående levetid som selvstendig prioriteringsskriterium». Det er nemleg ingen som foreslår dette, sjølv om pressedeckning kan gi inntrykk av det motsette (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 (1.9.2015).
2. Prioritering på ny. (NOU 1997: 18). www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/d140956/?ch=1 (1.9.2015).
3. Dommerud T. Alder blir ikke avgjørende for behandling. Aftenposten 16.6. 2015. www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Alder-blir-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 anamneseoptaket...» hevdet det i en kommentartittel i Tidsskriftet (1). Jeg vil komme med et lite råd til dem som skal stille spørsmål om alkoholforbruk. I stedet for å spørre «drikker 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:

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

>>>