

overrapportering i de midlere områder (her omkring 30 mg). Uansett synes det underlig at man har slik tro på pasienters hukommelse.

I materialet var det en overrepresentasjon av kvinner (88 %) og yngre mennesker i forhold til andre materialer. Dette mener forfatteren tyder på overdiagnostisering. Man kan selvfølgelig gjette på at det kan skjule seg en del fibromyalgidiagnoser, men det kan ikke bli annet enn gjetning. Det kan like gjerne bety at det særlig er yngre kvinner som velger det sosiale fellesskapet det er å være med i en slik forening.

Dokumentasjon og synspunkter på omfanget av feildiagnostisering og størrelse på prednisolondose har jeg gitt tidligere (3). Vi er vant til at Gran krever solid grunnlag for synspunkter (4). Denne gangen synes jeg den kritiske sansen har sviktet noe.

Bjørn Bratland
Arendal

Litteratur

1. Gran JT. Behandling og diagnostikk av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3387.
2. Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3374.
3. Bratland B. Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2270–3.
4. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. Br J Rheumatol 1996; 35: 1161–8.

J.T. Gran svarer:

Jeg takker Bjørn Bratland for hans fortsatte interesse for polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis. I sitt innlegg stiller han spørsmål ved verdien av undersøkelsen fordi den var basert på spørreskjema. Som jeg redegjorde for i artikkelen kan det reises en rekke spørsmål om validiteten av denne type undersøkelser. Jeg gjentar ikke disse her.

Bratlands viktigste ankepunkt er at pasientene neppe er i stand til å huske startdosen av prednisolon 5–10 år etter behandlingsstart. Det han glemmer er at mange av disse pasientene ved tidspunktet for undersøkelsen fortsatt var under behandling for samme sykdom. Denne pasientgruppen har således et nærere forhold til sin sykdom og dens behandling enn pasienter som behandles for en av mange kortvarige lidelser. Det jeg påpekte var at resultatene var så entydige at noen konklusjoner kunne trekkes. Det er usannsynlig at over 80 % av de spurte systematisk skulle huske en for høy startdose. At 80 % feilaktig mener de fikk åtte tabletter og ikke tre, er ikke videre troverdig. Jeg tolket derfor resultatene slik at statistisk sett var dette et uttrykk for en tendens til høyere startdose enn nødvendig.

Bjørn Bratland mener også at den noe lavere gjennomsnittsalderen enn forventet

blant de forespurte kan være et uttrykk for at yngre pasienter oftere enn eldre deltar i pasientforeninger. Dette er nok å snu tingene på hodet. En kritisk gjennomgang av tilgjengelig litteratur viser at sykdomsstart før 50 år ved polymyalgia rheumatica er en sjeldenhet. Omtrent alle foreslåtte klassifikasjonskriterier for denne sykdommen har da også alder over 50 år som inklusjonskriterium. I mitt møte med over 500 pasienter med arteritis temporalis og polymyalgia rheumatica er arteritis temporalis diagnostisert hos én pasient under 50 år. I et lite pasientmateriale på 75 pasienter skulle man statistisk sett ikke hatt noen pasienter under 50 år. De aktuelle funn gir, som anført i artikkelen, derfor berettiget grunn til å mistenke overdiagnostisering. Jeg kan derfor berolige innsenderen med at min kritiske sans fortsatt er meget godt ivaretatt.

Jan Tore Gran
Rikshospitalet

Vitenskapelig uhederlighet

Det bør være elementært i vitenskapelig etikk at påstander og konklusjoner bygger på vitenskapelig dokumenterte fakta – eller at man har gjort maksimalt for å fylle dette kravet.

I den aktuelle debatten om restriksjoner mot røyking er mediene fulle av retoriske utsagn som kritikkløst slynges ut. Jeg har forgyves etterlyst dokumentasjon for påstandene. I en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2003 (1) etterlyste jeg slik dokumentasjon. Den har ikke kommet. Noen har hevdet at restriksjonene mot røyking fører til psykiske skader (2, 3) og har påstått at røykeforbudet fører til mer drikk, fyll og husbråk (2)! En kjent røykeavvenningspsykolog har ment at det var «medisinsk ufor-svarlig» å forby røyking på jobben. Nå lurer jeg på hvilke sykdommer eller kliniske tilstander som kan tenkes utløst av et slikt forbud? En kirurg jeg en gang kjente, avbrøt ryggoperasjoner for å gå utenfor operasjonsstuen for å røyke. Er dette akseptabelt?

Den tidligere LO-sekretæren Børre Pettersen var angivelig helt avhengig av å ta mange sigaretter på sitt kontor. Men han sa det slik: «Den gang jeg jobbet i sprengstoffindustrien, hadde jeg ingen problemer med å la være å røyke på jobben.»

I 1990 var Per Schioldborg en av pionerene for gjennomføringen av et røykfritt universitet i Oslo. Han mente den gang at restriksjoner på arbeidsplassen var et gode som ville føre til at man sluttet å røyke (4).

Mitt poeng er: Slutt med å slynge ut udokumenterbare påstander.

Carl Ditlef Jacobsen
Nordbyhagen

Litteratur

1. Jacobsen CD. Helseministerens tiltak mot tobaksskaden utløste krig i mediene. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2760–2.
2. Nord E. Røykeloven gir psykiske lidelser. Dagsavisen 21.3.2003.
3. Solbakk JH, Fugelli P. Helse er ikke bare et valg av livsstil. Aftenposten (morgenutgave) 31.5.2003.
4. Aamli K. Overgangsordninger ved røykeslutt. Uniforum 1990; nr. 24.

Å røyke eller ikke røyke

Frontene er etter hvert blitt ganske klare: På den ene siden moralismen og den oppkjøpte vitenskapen, på den andre liberalhumanistene med Per Fugelli og Erik Nord som de mest markerte deltakerne. Man har også lagt merke til at alt fra Legeforeningen til SVs Olav Gunnar Ballo har knelt sammen med Dagfinn Høybråten og velsignet den nye røykeloven.

Jeg er en av dem som med hånden på hjertet kan si at jeg aldri har tatt et drag av en sigarett eller det som strammere er, selv ikke i min syndige ungdom. Som lege og kirurg er jeg klar over tobakksens skader og forsøker å påvirke alle til å slutte å røyke. Jeg er også enig i at sjenerende passiv røyking må unngås. Men der slutter samstemtheten med formynderstatens moralister. For jeg tror på humanismen og det rasjonelle valg. Derfor er jeg en varm tilhenger av Fugellis argumentasjonsmåte og de fleste av standpunktene hans.

En ung venn av meg døde for et års tid siden av leukemi. Hans beste trost de siste månedene var røyken. Mellom cellegiftkurene stod han til stadighet tynnkledd ute i snødrevet og tok seg en blås, for det var jo kriminelt å røyke innendørs på sykehuset. Han ble tynnere og tynnere og hostet stadig mer for hver gang jeg så ham. Jeg tok med en tykk jakke til ham, men han torde ikke ta den på – sykepleierne kunne jo forstå. Med svekket immunforsvar er jeg sikker på at han døde måneder før han hadde behøvd på grunn av røykeforbudet. Jeg vurderte etter hans død å klage røykeforbudet inn for Menneskerettsdomstolen. Men jeg har ikke gjort det, for jeg føler at fanatikernes makt er for overveldende.

Både Legeforeningen og regjeringen går inn for å gjøre alle sykehus røykfrie. Personell og pasienter skal ikke engang lenger kunne stå utenfor og røyke – det lukter og de er dårlige eksempler, må vite! Loven er etter min mening inhuman. Sykehusene skulle være en humanismens høyborg. Skal for eksempel terminale pasienter ved Radiumhospitalet bli nektet et sted å røyke? Min oppfordring til personell og pasienter er helt klar: Saboter de ekstreme utslagene av røykeloven, ta kontroll over eget liv og egen arbeidsplass!

Folk må ut fra opplysning og forståelse ta avgjørelser om egen helse. Derfor er anti-røykefanatikere en negativ faktor, både for røykeavvenning, nøytral forskning og demokrati. Jeg kjenner flere som vurderte

å stumpe røyken, men som nå avventer i ren opposisjon.

Den fundamentalistiske holdningen er et autoritært overgrep på enkeltmennesket. Hvem vil være med i et antiautoritært forum, en gruppe som kan diskutere røykelov og andre utslag av autoritær tenkning? Ta kontakt på *l-dan-e@online.no* hvis du er interessert.

Lasse Efskind
Nesøya

Legeforeningen og sykehusfinansieringen

Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, diskuterer i Tidsskriftet nr. 22/2003 finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Bakkes utgangspunkt er at Legeforeningen i sin høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling (1) sluttet seg til de fleste av innstillingens flertallsforslag. Ett av unntakene gjaldt hovedmodell for finansiering mellom stat og de regionale helseforetakene, der Legeforeningen valgte å støtte mindretallet i utvalget. Regjeringen har i hovedsak også valgt å følge mindretallets linje på dette punktet (2).

Vi skal ikke polemisere mot Legeforeningens standpunkt, men vil kommentere noen momenter ved forståelsen av finansierings-systemet slik den kommer til uttrykk i presidentens kommentar. Vi siterer fra kommentaren: «Vi mener flertallsinnstillingen (fra Hagen-utvalget) representerer en sofistikert variant av rammefinansiering av de regionale helseforetakene, ved den såkalte toppfinansieringsmodellen. I stedet ønsket Legeforeningen en aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Vi mente at de regionale helseforetakene ville vegre seg for å aktivitetsfinansiere sykehusene, dersom de selv ble finansiert gjennom et rammepreget system.»

Vi derimot mener at toppfinansieringsmodellen både gir klarere ansvarsforhold, bedre grunnlag for aktivitetsbasert finansiering og dermed sterkere incentiver til effektiv drift enn det som blir resultatene ved finansieringsmodellen som velges fra 2004. Vi skal kort begrunne hvorfor.

Toppfinansieringsmodellen innebærer at staten eksplisitt definerer aktivitetsnivå og effektivitetsforutsetninger for de regionale helseforetakenes stykkprisbaserte aktiviteter. Aktiviteten fullfinansieres av staten på samme måte som i dagens modell, med en kombinasjon av basisbevilgning og stykkpris. Forskjellen mellom regjeringens forslag og toppfinansieringsmodellen er at toppfinansieringsmodellen gjennom det eksplisitt definerte aktivitetsnivået klart plasserer ansvaret for eventuelle økninger i ventetider. Skjer det økninger i ventetider samtidig med at foretakene holder effektivitetsforutsetningene, ligger ansvaret på

staten. Da har de økonomiske rammene vært for små til å møte etterspørselen.

I tillegg til å fullfinansiere et definert aktivitetsnivå legger toppfinansieringsmodellen opp til delfinansiering av en viss aktivitet (2 %) utover dette nivået. Siden delfinansieringen stopper hvis aktivitetsveksten blir større enn 2 %, trenger ikke staten å være bekymret for at vridningene mellom somatikk og f.eks. psykiatri blir store. Staten kan derfor tillate seg å bruke en høy stykkprissats, for eksempel 60 % av DRG-pris, på aktiviteten som delfinansieres.

La oss anta at marginalkostnaden for DRG-basert aktivitet er 80 % av gjennomsnittlig DRG-pris. Avviket mellom marginal inntekt og marginal kostnad blir da betydelig ved regjeringens modell (40 % av DRG-pris). Dette kan lede til at sykehusene med regjeringens modell i praksis stilles overfor rene rammekontrakter. I toppfinansieringsmodellen er dette annerledes. Ved at man delfinansierer (60 % DRG-pris) en viss aktivitet (2 %) utover det som er fullfinansiert, vil man gi sterkere incentiver til aktivitetsbaserte kontrakter enn ved regjeringens forslag. Staten vil ved toppfinansieringsmodellen bære en større risiko ved aktivitetsøkninger inntil 3 % utover planlagt nivå enn ved regjeringens forslag.

Terje P. Hagen
Oddvar Kaarbø
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenestene. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2003.
2. St.meld. nr. 5 (2003–2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

Presidenten svarer:

Felles for alle finansieringssystemer for helsetjenester er at de skal ivareta ulike hensyn. Hensynet til pasientenes behov og behovet for kostnadskontroll står sentralt, og disse er ofte motstridende. For Legeforeningen har hensynet til pasientene ført til at vi i en årrekke har ønsket et finansieringssystem der det lønner seg å behandle syke mennesker.

Det at vi ikke ønsket toppfinansieringsmodellen flertallet i utvalget anbefalte, skyldtes at vi vurderer denne annerledes enn det Terje P. Hagen & Oddvar Kaarbø gjør. De forutsetninger de synes å legge til grunn, tviler vi på om det er grunnlag for.

Det ene er at vi, på bakgrunn av tidligere erfaringer med rammefinansiering, har begrenset tro på at staten ville legge inn i modellen et realistisk aktivitetsnivå. Den andre forutsetningen, at staten – og de regionale helseforetakene – ville beholdt

60 % innsattsstyrt finansiering i deres forslag til modell er antakelig mer sannsynlig, men langt fra sikker. Uansett – om aktiviteten i sykehus er utilstrekkelig i forhold til pasientenes behov fordi staten har lagt til grunn for lav aktivitet, eller om det samme skjer fordi marginalkostnadene i for liten grad dekkes gjennom den innsattsstyrte finansieringen, er det i begge tilfeller staten som sitter med ansvaret for dette. For pasientene er resultatet det samme, og hvem som har ansvaret, er for dem underordnet.

Legeforeningen fryktet at den såkalte toppfinansieringsmodellen, med rammefinansiering opp til et avtalt aktivitetsnivå og deretter delvis aktivitetsfinansiering inntil en nærmere fastsatt maksimumsgrense, i unødig grad vil velte risikoen ved aktivitetsvekst over på de regionale foretakene – og i neste omgang over på sykehusene. Dersom de regionale foretakene valgte å finansiere sine sykehus på samme måte som staten ville finansiere de regionale helseforetakene, ville de enkelte sykehus/foretak måtte bære all risiko knyttet til behandling av pasienter utover maksimumsgrensen.

Hagen & Kaarbø har selvfølgelig rett i at toppfinansieringsmodellen med 50–60 % finansiering av DRG-pris gir sterkere incentiver og mindre risiko enn regjeringens modell med 40 % av DRG-pris. Dette vil imidlertid kun gjelde for aktivitet som ligger i mellom avtalt aktivitetsnivå og et nærmere fastsatt maksimumsnivå, eksempelvis +2 %. Ved behandlingsbehov utover dette ville alle kostnader og all risiko måtte bæres av sykehuset selv. Når man i en region i slutten av november har nådd maksimumsgrensen på for eksempel +2 %, men fortsatt har kapasitet til å kutte i ventelistene, ville fort helsepersonellet måtte vente på nytt budsjettår, mens pasientene igjen ville måtte vente på helsepersonellet.

Hans Kristian Bakke
Den norske lægeforening

Om emnevalg i Tidsskriftet

På siste side i årets første nummer, Tidsskriftet nr. 1/2004 (utgitt og mottatt i desember), bringer Tidsskriftet en artikkel med overskriften *Da terrorkrigen sporet av* (1), forfattet av Henrik Thune, for anledningen presentert som gjesteskribent.

Utenriksfilosofiske emner hører ikke hjemme i vårt tidsskrift.

Magne Østensen
Tønsberg

Litteratur

1. Thune H. Da terrorkrigen sporet av. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 136.