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. Måleproblemene 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 slemme». Wyllers viser til en «kraftig kritikk mot helseøkonomenes 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. Helse-departementet 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 forkjørt. 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 forkjørt 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

>>>

2-utvalget er tydelig på at man i hovedsak ikke skal prioritere etter alder (pkt. 8.9.2 og 8.11). Absolutt prognosetap målt i QALY kan altså ikke være riktig fortolkning. Derimot vil forventet tap av QALY som prosent av forventede gjenstående QALY harmonere godt med det Lønning 2-utvalget i sum skrev om alvorlighetsgrad og om alder.

Erik Nord
erik.nord@fhi.no

Erik Nord (f. 48) er dr.philos., seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og professor II i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Han er rådgiver for Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk i arbeidet med veiledere i helseøkonomiske analyser og er også brukt av bl.a. engelske og tyske helsemyndigheter som rådgiver i slike spørsmål. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Olsen JA. Hva menes med «sykdommens alvorlighetsgrad»? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 64–7.
2. Wyller VB. Helseøkonomiens grunnutfordringer. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 8.
3. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.

Publisert som rask respons i nettutgaven 11.1. 2013

V. Bruun Wyller svarer:

Min leder om helseøkonomi har motivert seks professorer til å skrive tre innlegg der retorikken blomstrer mens sakligheten lider. Hvorfor denne opprørthet? Stoler de ikke på kraften i egne argumenter?

Min utfordring var tredelt. For det første: Er helseøkonomiske størrelser innholdsvalide? Kan for eksempel livskvalitet angis på en endimensjonal skala, slik QALY (kvalitetsjusterte leveår) forutsetter? Abel Olsen og medarbeidere skriver belærende at «som forskere bør vi være mer opptatt av kunnskapsgrunnlaget». Selv sagt. Kom med det. Deres bidrag så langt er en australsk rapport (1) som slår fast at «(...) little has been written in economics about content (or descriptive) validity» (s. 24). Vi ignoranter som ikke forstår oss på helseøkonomi, venter fremdeles på studier som beviser at menneskelig lykke kan uttrykkes i en brøk.

For det andre: Bidrar helseøkonomiske analyser til å kamuflere politiske verdivalg? Abel Olsen og medarbeidere har «ingen holdpunkter for» at så har skjedd. Men hvor er kunnskapsgrunnlaget for *denne* påstanden? Kanskje det ikke finnes? Det som derimot er dokumentert, er de siste tiårenes overføring av makt fra politisk nivå til ekspertnivå (2). Jeg mistenker noen helseøkonomiske miljøer for å bifalle denne maktoverføringen. Hvis denne mistanken er grunnløs, slik mine kritikere mener, må det bety at deres eget fag *misbrukes*. For hvordan kan man ellers forklare spredningen av helseøkonomisk tenkning til både den politiske og den medisinske arena? Er ikke helseøkonomene bekymret for at deres metoder blir anvendt på uegnede problemstillinger? Ser de ikke risikoen for at ikke-målbare fenomener – blant dem politiske verdivalg – kan overses eller forvrenges?

Dette bringer meg til min tredje utfordring: Bidrar utbredelsen av helseøkonomisk tenkning til en pervertering av rettferdighetsbegrepet? Jeg har aldri avvist at rettferdighet i politisk forstand handler om rasjonell fordeling av goder og byrder. Men i medisinen har rettferdighet et annet innhold, fordi fagets primære siktemål er den enkelte pasient, ikke nasjonalbudsjettet. Et slikt alternativt perspektiv har også samfunnet behov for. Min og andres uro gjelder derfor helseøkonomiens monopoliseringstendenser – «markedets oppnådde samfunnsrett bidrar til samfunnets avmoralisering» (3). Abel Olsen og medarbeidere forsøker å trivialisere dette alvorlige spørsmålet. Men bekymringen er ikke basert på to tilfeldige filo-

sofer, men på to alternative *moralfilosofiske systemer* – nærhetsetikken (4) og dydsetikken (5). Bekymringen blir ikke mindre av at ledende representanter for det helseøkonomiske faget ikke viser vilje til refleksjon over eget ståsted.

Vegard Bruun Wyller
brwyll@online.no

Vegard Bruun Wyller (f. 1972) er postdoktorstipendiat ved Kvinne- og barnekliviken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. 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.
2. Østerud Ø, Selle P. Power and democracy in Norway: the transformation of Norwegian politics. Scand Polit Stud 2006; 29: 25–46.
3. Vetlesen AJ, Henriksen JO. Moralsk verdi blir privat, økonomisk verdi blir herre. Aftenposten 17.8.2003.
4. Bauman Z. Postmodern ethics. Oxford: Blackwell, 1993.
5. MacIntyre A. After virtue. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1984.

Riktig definisjon av p-verdi?

I en leder i Tidsskriftet i nr. 1/2013 hevder Eva Skovlund at en p-verdi vil gi svar på følgende spørsmål: «Hva er sannsynligheten for at det resultatet vi observerer (eller et enda «skjeve» resultat) har oppstått på grunn av tilfeldighet?» (1). Dette stemmer ikke, p-verdien sier ingenting om sannsynligheten for at et resultat er tilfeldig eller ikke.

En p-verdi gir derimot svar på spørsmålet: Hva er sannsynligheten for å få en testverdi som er minst like stor som den vi faktisk observerte, gitt at nullhypotesen er sann.

Carl Haakon Samuelsen
carl@linkmedical.no

Carl Haakon Samuelsen (f. 1983) har m.phil. i helseøkonomi og er helseøkonom i LINK Medical Research. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Skovlund E. Spør først, regn siden. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 10.

Publisert som rask respons i nettutgaven 17.1. 2013

E. Skovlund svarer:

Det var ikke helt uventet av enkelte ville reagere på min formulering. Samuelsen definisjon er selvfølgelig den formelt korrekte. Bakgrunnen for mitt valg er følgende: I medisinske artikler omhandler hovedtyngden av rapporterte p-verdier en sammenlikning av to grupper, og nullhypotesen er nesten uten unntak at sant gjennomsnitt eller andel er lik i de to gruppene. I denne sammenhengen er min formulering dekkende. Det lave presisjonsnivået er valgt med hensikt. Den formelle definisjonen finner man i alle lærebøker i statistikk.

Eva Skovlund
eva.skovlund@farmasi.uio.no

>>>