Tallenes taler

Hva er et leveår verdt? Er vi sykere enn før eller bare mer sykmeldt? Samfunnsmedisiner Ivar Sønbo Kristiansen liker debatt og synes ikke det er noen motsetning mellom tall, etikk og empati.

«Hvor mange dreier dette seg egentlig om?» er et spørsmål Sønbo Kristiansen trolig har stilt nokså ofte gjennom livet. Han har aldri vært redd for tall. I 1966 fikk han Petter Moens legat for elever med gode evner i matematikk. Ifølge kolleger liker han å uttale seg litt tabloid, men han skal ha bedre metodeforståelse enn medisinerne flest.

– Du hadde talent for matematikk, jobbet på skipsverft ved siden av skolen og elsker båtliv. Hvorfor ble du lege?

– Jeg vet ikke helt. Jeg var ambisiøs og kom fra en familie nær sagt uten inntekt og utdanning.

– Du er beskrevet som «en klassereisende».

– Ja. Det er vel en realitet. Foreldrene mine hadde ikke utdanning utover folkeskolen. Jeg var skoleflink og syntes det høstes flott å bli lege. Jeg har aldri angret.

Han er ærlig om motivene. «Ærlighet» går igjen når venner og kolleger beskriver ham – ved siden av karakteristikker som snill, stridslysten og arbeidsom. Han trives i debatter, tar ikke taktiske hensyn og går for å være en til tider litt sta og uvøren sannhetssøker.

Fra legebåt til Harvard

– Jeg var veldig fornøyd med å være distriktslege, noe jeg var i flere år etter turnus. Jeg likte kombinasjonen av å behandle pasienter og kjøre legevaktbåt. Jeg ønsket meg ikke bort, men min daværende kone fikk ikke fast jobb i Harstad. Så ble det ledig stilling i Tromsø for oss begge to, for meg hos Fylkeslegen. Det var litt «by chance» at jeg kom inn i samfunnsmedisinen.

– «By chance»?

– Nei, jeg hadde vel sansen for offentlig helsearbeid.

Han søkte stipend for å studere til master of public health. – Jeg kom ikke inn på London School of Hygiene, men jeg kom inn på Harvard. Der traff jeg helseøkonomen Milton Weinstein, som foreleste om helseøkonomi og beslutningsteori. Det likte jeg så godt at jeg søkte en amanuensisstilling i samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

«Hei! Lompa kl 1715 etter jobb, ikke sant?» En kollega stikker hodet inn. Sønbo Kristiansen er med. Han går for å være en som greier balansen mellom sunn mosjonist

og gi litt blaffen. Lompa er en restaurant og ølhall beliggende i Grønlandsleiret.

– Hvor var vi? Han plukker opp tråden.

– I Tromsø i 1995.

– Da hadde jeg også importert en finsk kone. Etter ett år i nord ga hun meg valget mellom henne og Tromsø. Finske kvinner skal man ikke kimse av. Vi flyttet til Oslo, jeg begynte ved Folkehelseinstituttet, var der halvannet år og fikk sparken fra en seksjonslederstilling. Han rosebilder ikke historien.

– Hvorfor?

– Jeg og min overordnede var nok ikke alltid enige om strategien. Kanskje var jeg en dårlig leder. Det er sikkert flere svar på dette spørsmålet. Jeg fikk tilbud om en annen stilling, men sa opp og var uten jobb.

«Kostnader er et etisk relevant argument»

En helseøkonom i Odense foreslo at jeg skulle søke en lektorstilling der. Etter hvert kom jeg til Senter for medisinsk metodevurdering, og i 2005 fikk jeg et professorat her ved Institutt for helse og samfunn.

– Du har jobbet mange steder.

– Jeg er antakelig litt rastløs, men nå skal jeg ikke jobbe flere steder.

– Hva skal du nå?

– Jeg går av med pensjon 1. august. Jeg synes man skal slutte ved universitetet mens leken er god. Så vidt jeg vet har ingen prøvd å sparke meg, humrer han.

Prioriteringens tause tapere

– Hvordan kan man regne verdien av et leveår? Og hvorfor skal man gjøre det?

– Det skal man gjøre fordi alle ressurser har en alternativ anvendelse. Å prioritere noe opp betyr å prioritere noe annet ned. Problemet i helsetjenesten er å finne ut hvem man skal si nei til. Inge Lønning sa at kostnader er et etisk relevant argument. Det er jeg enig i. Argumentet er at hvis man setter inn ressursene på én pasient, vil en annen pasient tape. Vi har knappe ressurser, og vi kommer alltid til å ha det. Hvis man hele tiden sier ja til nye tiltak som det ikke

er budsjettmessig dekning for, vil man i realiteten presse noen ut – de tause taperne.

– Hvem er de?

– Det vet vi ikke, men de er der. Et eksempel jeg nylig brukte i prioriteringsrådet er rekonstruktiv brystkirurgi. Det ble en stor mediesak etter at brystkreftopererte blottet brystene sine utenfor Stortinget. Det resulterte i at politikerne prioriterte dette. Isolert sett er det bra og ønskelig at disse kvinnene får hjelp. Moren min døde av brystkreft i ung alder, så jeg vet hva dette innebærer. Men det har en alternativkostnad. Større satsing på brystrekonstruksjon kan bety nedprioritering av andre grupper, herunder de med leppe-kjeve-gane-spalte. Samtidig med den veldige økningen av rekonstruktiv brystkirurgi har vi hatt et fall på 20 % i behandlinger for dette. Om det henger sammen, vet jeg ikke, men det er grunn til å sjekke konsekvensene når man opprioriterer noe. Hvis barn med leppe-kjeve-gane-spalte blir nedprioritert til fordel for unge kvinner som er operert for brystkreft, er det verdt å tenke over, mener jeg. Skal man få til prioritering i praksis hvor man tar hensyn til alternativ bruk av ressursene, kommer man ikke utenom å definere en grenseverdi – verdien av et godt leveår eller «kvalitetsjusterte leveår», som helseøkonomer kaller det.

– Er dette kynisk?

– Det høres kanskje slik, men i realiteten sier vi nei hele tiden. Med en realvekst i helsetjenesten på 2–3 % er det ikke mye rom for sprell når man tar hensyn til immigrasjon og et stadig økende antall eldre.

Sønbo Kristiansen husker godt hvordan hans forslag om en «makspris» på 350 000 kroner ble mottatt da han var med på å legge det frem for ti år siden. – Jeg ble nærmest latterliggjort. Nå er politikerne mer klare for å ta diskusjonen og kanskje sette grenser.

– Hva bør verdien av et leveår være?

– Helsedirektoratet har foreslått 500 000 kroner, det er sannsynligvis ikke for lavt. Det vil tiden vise. Jeg håper vi får forskning som kan gi svar på det.

– Politikerne prioriterer og de samme politikerne omfordeler når det blir store mediesaker. Ser du noen løsning på det problemet?

– Man kan bli litt frustrert, men jeg er glad vi lever i et demokrati hvor politikerne

Foto: Einar Nilsen

Ivar Sønbo Kristiansen

Født 3. juli 1947

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1972
- Spesialist i samfunnsmedisin 1985
- Master of Public Health, Harvard University, 1986
- Dr.med. Universitetet i Tromsø 1996
- Distriktslege 1974–83
- Assisterende fylkeslege i Troms 1983–87
- Amanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin 1987–94
- Seniorforsker ved Folkehelseinstituttet 1995–97
- Lektor/seniorforsker ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet 1997–2009
- Seniorforsker ved Senter for medisinsk metode/Kunnskapssenteret 2000–05
- Professor ved Institutt for helse og samfunn fra 2005

legger føringer. Som helseøkonom må jeg leve med at prioriteringene ikke alltid er slik jeg ønsker.

En gordisk knute

– Vi har fått ny regjering. Vil vi få bukt med helsekøene med økt privat tilbud?

– Det er et empirisk spørsmål hvorvidt private produserer helsetjenester billigere og mer effektivt enn det offentlige. De offentlige tjenesteyterne produserer tre typer produkter: forskning, undervisning og helsetjenester. De private tilbyr bare helse-tjenester. Dette må tas med i beregningen. – Tror du på mer effektivitet?

– Det kan tenkes, men man vil få dårligere budsjettkontroll. For å kunne se om det virker, må man slippe markedskreftene løs. Det tør politikerne neppe.

– Du har tidligere omtalt helsekøene som en gordisk knute.

– Ja, men den kan løses ved å hugge over den. Køene kan bli borte på et blunk, men «løsningen» har uønskede konsekvenser.

– Hva tenker du på?

– Egenandeler. Det er uønsket i norsk helsepolitikk. Vi ønsker at alle skal ha samme adgang til helsetjenester – og da må man ha nullpris. Hjerteroperasjoner og kreftbehandling med høy egenandel vil gi oss ameri-

kanske tilstander. Konsekvensen av lave egenandeler og mange bra produkter til lav pris blir køer. Pensjonert helseøkonom Hans Waaler pleide å si at dersom man innførte subsidier på Rolls-Royce, ville man få en kø av folk som ville ha den. Køene er en konsekvens av nullpris. I 1985 lovet helseministeren å avvikle køene. Da var det 50 000 på venteliste. Nå er det kanskje 300 000. Ideen om å avvikle køene er ikke spesielt god.

– Hva ville du gjort hvis du fikk bestemme?

– Da ville jeg nok innføre et prinsipp der man vurderte verdien av leveår. Dessuten at alle som foreslår at noe skal oppprioriteres, samtidig skal peke på noe som skal nedprioriteres innen eget felt. Alle ønsker å gjøre det beste for sine pasienter, men vi tenker ikke over at summen av alle gode tiltak koster mer enn vi har ressurser til.

– Bruker vi for lite på helse?

– Jeg vet ikke. Politikerne har et press på seg for å gi mer til helsevesenet, men realiteten er at vi bruker 10 % av bruttonasjonalproduktet. Det tilsvarer gjennomsnittet innenfor OECD. Hvis politikerne virkelig mente at det burde brukes mer, hadde de vel vedtatt det. Jeg tror vi er på et nivå det er politisk enighet om. De som har vært i helsepolitikken en stund, erfarer at helsevesenet er et bunnløst sluk. Hvis politikerne ville,

kunne de gjort som i USA, der bruker de 18 %. Da må noe annet prioriteres ned. Økonome har ikke noen god metode for å si hva som er riktig utgiftsnivå for ulike samfunnssektorer. Hvis vi kunne dokumentere at det ble skapt mer velferd i samfunnet ved å satse mer på helsetjenester fremfor veier og undervisning, kunne man rettferdiggjøre høyere pengebruk. Der er vi nok ikke.

Arbeidsfravær, ikke sykefravær

– En ting er utgifter til helse, hva med utgiftene til trygder?

– De kunne vært lavere, sier han nokså kontant. Han benytter iblant uttrykket «arbeidsfravær» i stedet for «sykefravær».

– Det handler om noe annet enn sykdom. I alle fall sykdom i snever forstand. Mitt resonnement kan ikke bevises vitenskapelig, men den forventede levealderen har økt. Det tyder på at vi har bedre helse. Vi har et helsevesen som behandler bedre enn for 30 år siden. Vi har kortere arbeidstid og 30 % mer ferie enn tidligere. Allikevel stiger sykefraværet – særlig for kvinnene. Uførehetsgraden er økende for både menn og kvinner. Da ville man vente at den arbeidsstokken som er igjen, ville være friskere. I stedet ser vi at fraværet øker. Det er tydelig at det dreier seg om en holdningsendring. Det er mulig å snu skuta – Nederland lå på vårt nivå og har halvert sykefraværet. – Karensdager?

– Jeg mener det burde være egenandel på sykefravær. Vi kunne godt ha noen karensdager, men noe nedsettelse må det være hele perioden, for eksempel 80 % lønnsdekning det første året i stedet for 100 % som nå. En slik ordning ville sannsynligvis gi lavere fravær. Det systemet vi har «hjelper» folk ut av yrkesaktivitet og over i langtidsytelser. Det er ikke godt for den enkelte, verken når det gjelder økonomi eller selvfølelse. – Hva med tiltakene?

– Vi bruker milliarder på tiltak som ikke har noen effekt. Tiltakene er bygd på en antakelse om at brutalisering av arbeidslivet er årsaken til fravær. Det er lite som tyder på at det er slik. Her på avdelingen har vi mange utenlandske studenter og ansatte. Alle sier det samme: Det er bedagelig i norsk arbeidsliv.

Inverse tall

– Du er opptatt av risikokommunikasjon. Hva er det?

– Det handler om å kommunisere risiko på en måte som leger og pasienter forstår. Med risiko mener jeg sannsynligheten for en uønsket hendelse. Da jeg jobbet i Danmark, hadde vi flere prosjekter om risiko og intervensjon ved hjerte- og karsykdom. Vi var opptatt av at man skal bruke tall som pasientene skjønner. Bruker man NNT, «number

needed to treat», er dette noe folk flest ikke forstår. Det er et inverst tall. Absolutt og relativ risikoreduksjon er også vanskelige begreper. Det vi mener å se visse holdpunkter for, er at hvis man presenterer effekten av tiltak som «tid før sykdom eller død», blir det mer forståelig. Vi har akkurat avsluttet en randomisert studie i Danmark der allmennleger ble rekruttert til å velge mellom informasjon om «absolutt risikoreduksjon» og «livsforlengelse» ved høyt kolesterolnivå. Av dem som fikk informasjon om absolutt risikoreduksjon, var det 25 % som hentet ut en resept på statiner. Av dem som fikk informasjon om livsforlengelse, var det bare 5 %. Nå har vi et stort prosjekt på gang om risikoreduksjon og humant papillomvirus (HPV). Jeg kan jo ikke la være å si noe om det. Der har jeg fått mange fiender, spøker han.

– Hvorfor?

– Det har vel litt med min stil å gjøre. Jeg pakker det ikke inn, jeg sier det rett ut. Og så er jeg litt arrogant, da, sier han med en god porsjon selvironi. – En uforholdsmessig stor andel av dem som er involvert i disse beslutningene i Norge, er ikke godt nok faglig skolert for jobben de er satt til. Du kan få lov til å sette dette på trykk. De kan ikke nok om screeningteori, statistikk og epidemiologi.

– Hva er problemet med HPV-screening?

– I dag bruker vi cytologisk undersøkelse og anbefaler kontroll hvert tredje år. Vi har 300 tilfeller av invasiv livmorhalskreft per år. Halvparten oppstår hos dem som aldri møter til kontroll. En modellstudie vi har gjort, viser at man reduserer forekomsten av invasiv kreft med 10 % ved å innføre HPV-testing hvert femte år. Så er spørsmålet hva det koster. Det hyggelige er at det reduserer kostnadene med noen millioner, takket være sjeldnere kontroller. Det man imidlertid ikke bør se bort fra, er «kostnaden» ved at man utstyret kanskje 30 000–40 000 kvinner med en HPV-diagnose de ikke har hatt før. Noen vil si at det ikke spiller noen rolle, andre vil si at det er å påføre kvinner sykdom. Hva skal man si til de kvinnene som har de mest onkogene typene? Bør de informere alle nye partnere? Det er flere konsekvenser av HPV-testing enn færre krefttilfeller, og screening dreier seg om verdispørsmål. Jeg ønsker å tallfeste konsekvensene. Det er nok provoserende, og dels er nok tallene ikke så gunstige som man hadde håpet. Da jeg kom inn i en arbeidsgruppe som skulle planlegge innføring av HPV-test i primærscreening for livmorhalskreft, spurte jeg om hvor mange krefttilfeller vi forebygger med dagens screening. Svaret var stillhet. Etter at vi hadde diskutert saken, kom optimistene til at svaret er 1 000, mens pessimistene anslår det til 250.

Usikre valg

– Du er med i noe som heter Society for Medical Decision Making.

– Det er et faglig forum som ble startet i USA i 1970-årene, et selskap som nå har 1 000 medlemmer. Det er en god blanding av økonomer, medisinerer, psykologer og statistikere og andre. De er opptatt av medisinske beslutninger, først og fremst beslutninger under usikkerhet. Jeg er med fordi jeg driver med økonomisk evaluering og er opptatt av statistikk. HPV-testing er et godt eksempel. Det er usikkert hva kostnadene, i vid forstand, egentlig er.

– Er vi klar over hvor usikre valg vi hele tiden treffer?

– Nei. Dette er et paradoks for meg, og det er en skam at jeg ikke har fått skrevet den boken jeg hadde en plan om å skrive under mitt sabbatsår nylig. Den skulle handle om usikkerhet i medisinske beslutninger. Jeg vil tro at en vanlig kliniker i løpet av en dag treffer opptil hundre beslutninger, nesten uansett hvor man jobber. Alle jobber med usikkerhet, enten man skal skrive en røntgenbeskrivelse eller anbefale kirurgi. Det finnes et teoriapparat for å støtte opp om slike beslutninger, slik som Bayes teorem, som dreier seg om å regne om fra sensitivitet til prediktive verdier. Det undervises vel i dette i medisinstudiet, men jeg tror ikke alle får teorien og metoden under huden. – Nå ble det ingen bok i denne omgang, men hva liker du å gjøre når du ikke jobber?

– Jeg tar meg av min kone. Vi har et sted i Finland med min gamle legevaktsbåt fra 1973. Båter liker jeg veldig godt, og ferier i Finland står alltid på tapetet.

Ekteparet er kjent for gode middager og gjestfrihet. – Jeg liker å gå tur. Jeg liker å reise. Jeg spiller derimot ingen musikk-instrumenter og er ingen stor litteraturläser. Det var en som spurte hva som blir igjen av meg når jeg slutter å forske. Det var et godt spørsmål. Det blir ikke mye fritid.

– Trenger du mer av det?

– Ja, noe tid til å gi blaffen bør man vel ha. Heldigvis passer min kone på at helgene stort sett er fri.

Arbeidsdagen er straks over, Lompa og kollegene venter. Vi avslutter, jeg er på vei ut av døren da påminnelsen kommer: – Skriv ærlig, da.

Marit Tveito

marit.tveito@me.com
Alderspsykiatrisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus