

Nye behandlingsmetoder er kostnadseffektive. Men tar de regionale helseforetakene ansvar for finansieringen?

Nevrokirurgi og investeringer

Helseth og medarbeidere (1) presenterer i dette nummer av Tidsskriftet sine resultater etter innføring av endoskopisk tredjev-trikkelstomi som behandling ved hydrocephalus. Rikshospitalet innførte metoden tidlig og har skaffet seg erfaring fra et stort pasientmateriale. Forfatterne rapporterer 62 % vellykket behandlede etter ett års observasjonstid blant pasienter eldre enn seks måneder, mens tilsvarende andel blant dem under seks måneder bare var 8 %. For den eldste gruppen er dette svært gode resultater. Det er spesielt gledelig at andelen vellykket behandlede forblir høy også etter lengre tids oppfølging, over 50 % etter 2,5 år. Disse resultatene er minst like gode som dem man kan oppnå ved moderne shuntkirurgi (2).

Hydrocephalus behandles vanligvis med ventrikuloperitoneal shunt. På lang sikt er shuntsvikt, overdrenasje og shuntinfeksjon vanlige komplikasjoner (2). Dette fører til at mange pasienter må opereres gjentatte ganger. Helseth og medarbeidere (1) antyder at endoskopisk tredjev-trikkelstomi kan redusere behovet for nye inngrep og dermed være kostnadseffektivt i forhold til shuntkirurgi. Barlow & Ching (3) beregnet kostnader knyttet til de to behandlingsovervalgene og fant at bruk av tredjev-trikkelstomi for utvalgte pasienter ville føre til færre operasjoner og redusert antall liggedøgn.

DRG-refusjonen for de to prosedyrene er den samme, om lag 50 000 kroner. En ventrikuloperitoneal shunt koster rundt 10 000 kroner, mens innkjøp av endoskopiutstyr beløper seg til 1 million kroner. Etter dagens regler avskrives slikt utstyr over fire år, altså med 250 000 kroner per år, selv om det har lengre levetid. Innføring av tredjev-trikkelstomi gir ingen annen økonomisk gevinst enn reduserte utgifter til shuntslanger. Dette betyr at man må utføre 25 tredjev-trikkelstomier per år hvis den investeringen vi har gjort i utstyr skal bli lønnsom. Ved Rikshospitalet anser man behovet for å ligge på 75 inngrep per år (E. Helseth, personlig meddelelse), mens vi i Tromsø regner med å utføre 10–15 per år. Annen bruk av utstyret, for eksempel endoskopiassistert mikrokirurgi ved intrakraniale aneurismer og svulster, gir ingen direkte økonomisk gevinst. Den økonomiske gevinsten som ligger i færre komplikasjoner, redusert behov for reoperasjoner og færre liggedøgn i fremtiden, avspeiles ikke i dagens finansieringsordning.

Endoskopisk tredjev-trikkelstomi er ett eksempel på at DRG-systemet for finansiering av sykehus og de nye avskrivningsreglene ikke stimulerer til anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr som er nyttig for pasien-

tene og på lengre sikt kostnadseffektivt. Det samme synes å være tilfellet med andre nye metoder, som for eksempel bruk av computerbaserte navigasjonssystemer for intrakranial og spinal kirurgi (4). Noen vil hevde at høye kostnader knyttet til slikt utstyr taler for en sentralisering av virksomheten. Innenfor nevrokirurgi er dette lite aktuelt fordi mange tilstander, som for eksempel akutt shuntsvikt, krever umiddelbar behandling, og fordi faget allerede er sentralisert til universitetssykehusene. Computerbaserte navigasjonssystemer kan sannsynligvis bedre kvaliteten og redusere risikoen for komplikasjoner ved nevrokirurgiske inngrep (4, 5). Slikt utstyr kan derfor være spesielt nyttig ved avdelinger som har lavt volum. Pickard og medarbeidere beregnet kostnader knyttet til regional nevrokirurgisk virksomhet i England i 1980-årene (6). Gjennomsnittlig kostnad per kvalitetsjustert leveår for nevrokirurgiske inngrep var betydelig lavere enn for bl.a. aortakoronar bypassoperasjon og total hofteprotese.

Selv om nevrokirurgisk behandling altså er svært kostnadseffektiv, ble det under arbeidet med regionale helseplaner for få år siden påpekt at tilbudet var utilfredsstillende (7). Statens helsetilsyn nedsatte derfor et utvalg for å utrede dette nærmere. Utvalget påpekte en generell ressursmangel og fant at antall operasjonsstuer og antall nevrokirurgiske senger per million innbyggere var lavere i Norge enn i andre nordiske land (8). Det ble også påvist udekkede behov for behandling, særlig innenfor funksjonell nevrokirurgi, det vil si behandling av pasienter med Parkinsons sykdom, epilepsi, spastisitet og kroniske smerter. Helsedirektøren bemerket i sin kommentar til utredningen at denne alvorlige ressursmangelen måtte rettes opp i det videre arbeidet med regionale helseplaner (8).

Hva kan være årsaken til at de nevrokirurgiske avdelingene i Norge er kommet i denne vanskelige situasjonen? Rask utbygging av det diagnostiske tilbudet uten tilsvarende økning av behandlingskapasiteten er én av grunnene. Som eksempel kan nevnes at innføring av computertomografi i slutten av 1970-årene førte til en tredobling av insidens-tallene for intrakraniale svulster blant eldre (9). Utvikling av nye behandlingstilbud er en annen årsak. Stimulerings-elektroder for pasienter med Parkinsons sykdom og avstivingsoperasjoner for pasienter med kroniske ryggsmarter er eksempler på dette.

Dagens finansieringsordninger kan i seg selv føre til sentralisering, selv om dette ikke var intensjonen. Godt dokumenterte behov

for utbygging av hele fagfeltet nevrokirurgi er på ingen måte ivare tatt. Lik behandling uansett bosted og behandling av samme kvalitet som i våre naboland er fortsatt en politisk målsetting. Staten bør vurdere om finansieringsordningene for medisinsk-teknisk utstyr er gode nok. Nå ligger hovedansvaret for å sikre nødvendige investeringer ved landets nevrokirurgiske avdelinger hos ledelsen i de regionale helseforetakene.

*Tor Ingebrigtsen
tor.ingebrigtsen@unn.no*

*Roar Kloster
Nevrokirurgisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø*

Tor Ingebrigtsen (f. 1963) er dr.med. og spesialist i nevrokirurgi. Han er avdelingsoverlege og avdelingsleder ved Nevrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Roar Kloster (f. 1960) er spesialist i nevrokirurgi og i øyesykdommer. Han er medisinsk-faglig rådgiver for sykehusets direktør og overlege ved Nevrokirurgisk avdeling.

Litteratur

1. Helseth E, Due-Tønnessen B, Egge A, Eide PK, Meling T, Lundar T, Frøslie KF. Behandling av hydrocephalus med endoskopisk tredjev-trikkelstomi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 994–8.
2. Zernack G, Romner B. Seven years of clinical experience with the programmable Codman Hakim valve: a retrospective study of 583 patients. J Neurosurg 2000; 92: 941–8.
3. Barlow P, Ching HS. An economic argument in favor of endoscopic third ventriculostomy as a treatment for obstructive hydrocephalus. Minim Invasive Neurosurg 1997; 2: 37–9.
4. Paleologos TS, Wadley JP, Kitchen ND, Thomas DGT. Clinical utility and cost-effectiveness of interactive image-guided craniotomy: clinical comparison between conventional and image-guided meningioma surgery. Neurosurgery 2000; 47: 40–9.
5. Brommeland T, Kloster R, Ingebrigtsen T. A four year experience with a stereotactic computer in a small neurosurgical department. Surg Neurol 2002; 57: akseptert for publisering.
6. Pickard JD, Bailey S, Sanderson H, Rees M, Garfield JS. Steps towards cost-benefit analysis of regional neurosurgical care. BMJ 1990; 301: 629–35.
7. Ingebrigtsen T, Nygaard ØP, Trumpy JH. Ti års nevrokirurgi ved Regionsykehuset i Tromsø. Behov for videre utbygging. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3635–8.
8. Norsk nevrokirurgisk virksomhet. Helsetilsynets utredningsserie 1–1999. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
9. Helseth A. The incidence of primary central nervous system neoplasms before and after computerized tomography availability. J Neurosurg 1995; 83: 999–1003.