

Kostbare behandlingsmetoder, både gamle og nye, krever helseøkonomiske og verdimessige vurderinger

Hvor mye skal en psoriasisflekk koste?

Lokalbehandling av psoriasis innebærer tidkrevende, klissete og kosmetisk lite tiltalende smøring av salver og kremer, ofte i kombinasjon med ultrafiolett bestråling.

Denne behandlingen ble tidligere i stor utstrekning gjennomført under sykehusopphold. I 1976 ble det i offentlig regi startet sydenreiser for pasienter med utbredt psoriasis, der behandlingen først og fremst består av soling og bading i saltvann. Erfaringene har vært gode. Et treukers opphold ved et behandlingssenter på Kanariøyene skal i utgangspunktet være et alternativ for psoriatikere med så mye utslett at de ellers ville ha hatt behov for sykehusopphold. Hvert år får nå om lag 600 norske psoriatikere slik klimabehandling (1). Utviklingen av dette behandlingstilbudet har falt sammen med en kraftig reduksjon i antall sykehussenger ved landets hudavdelinger.

Cato Mørk og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en evaluering av et treukers behandlingsopphold i Syden for pasienter med både psoriasis og psoriasisartritt (1). Behandlings-effekten ble målt med validerte målemetoder, men åpent og uten kontrollgruppe. Pasientene hadde en god, men forbigående bedring av sykdomsrelatert livskvalitet og en objektiv bedring av utslett. Endringene i utslett, leddsmarter og leddfunksjon ble imidlertid vurdert å ha relativt liten betydning. Vel så interessant er det at mange pasienter ved ankomst til senteret hadde lav sykdomsaktivitet, både av utslett og artritt. Dette samsvarer med erfaringer fra det ordinære behandlingsprogrammet for psoriasis: Mange pasienter som reiser har lite utslett. Forfatterne stiller derfor spørsmålet om klimabehandling ved psoriasis er et velferdstilbud eller en nyttig behandlingsform og etterlyser bedre pasientseleksjon og kostnad-effekt-analyser.

Kostnad-effekt-analyser er aktuelt som grunnlag for medisinske, helseøkonomiske og helsepolitiske vurderinger, særlig når kostnadene ved behandlingen dekkes av en tredjepart og ikke av pasienten selv. Slike analyser er imidlertid vanskelige å gjennomføre og må tolkes med varsomhet (2), særlig når livskvalitetseffekter trekkes inn. En finsk studie av klimabehandling etter et liknende opplegg som det norske, viste god effekt på psoriasis, men oppholdet gav kostnadsbesparelser bare for pasienter med uttalt psoriasis, dvs. for dem som ellers ville trengt kostbare legemidler eller sykehusopphold (3).

Pasienter og pasientorganisasjoner har vært pådrivere for klimabehandling for psoriasis, som har fått politisk støtte gjennom «utenlandsmilliarden» og egen plass på statsbudsjettet. Pasienter med psoriasis kan bli mer fortrolig med sin kropp og få et bedre selv-bilde etter et behandlingsopphold i Syden. Men slike opphold må ikke bli en «kompensasjon» for å ha en kronisk, uheldigelig hudsykdom eller et offentlig finansierte avbrekk fra en stresset hverdag. Når pasienters egne, subjektive erfaringer og synspunkter skal tillegges vekt, stiller det oss – og politikerne – overfor vanskelige avveininger ved bruk og fordeling av knappe helseressurser. Men de vanskelige valgene må gjøres. Det er grunn til å vurdere hvilken plass og hvilket omfang behandlingsreiser til Syden for pasienter med psoriasis skal ha i fremtiden.

Kostnad-nytte-betraktninger er også nødvendige for nye og dyre legemidler som nå er under utvikling mot psoriasis, slik det tidligere er redegjort for i Tidsskriftet (4, 5). Infliximab og etanercept

virker på psoriasis ved å hemme tumornekrosefaktor-alfa (TNF-alfa), som står sentralt i patogenesen, og har dokumentert klinisk effekt i randomiserte, placebokontrollerte studier. Infliximab gis som intravenøse infusjoner med 6-8 ukers intervaller (5). Kostnadene per infusjon er i størrelsesorden 25 000 kroner (6). Etanercept administreres subkutant to ganger per uke og koster om lag 1 500 kroner per injeksjon, altså om lag 12 000 kroner per måned (6). Begge behandlinger må gjentas for at effekten skal opprettholdes. Langtidsbivirkningene er ikke avklart, og bekymringer er blant annet knyttet til økt infeksjonsfare og kreftutvikling (4). Midlene er kommet i bruk mot psoriasis også i Norge (5), men foreløpig bare på registreringsfritak.

Leger er vant til å vurdere bivirkningsfarene når behandlingsvalg skal foretas. Ved alvorlig sykdom vil både pasient og lege være villige til å akseptere bivirkninger i større grad enn ved mindre alvorlig sykdom. Pris, derimot, har både leger og pasienter i mindre grad tatt hensyn til, særlig når kostnadene dekkes av andre (sykehuset, trygdekassen, stat etc.), til tross for at både helsepersonell-loven og etiske regler krever at leger skal vise sparsommelighet i sitt virke. Leger er viktige premissleverandører for de valg og prioriteringer politikerne skal foreta, men leger bidrar også gjennom ord og gjerning til gjennomføring av prioriteringer og utforming av helsetjenester. Legene har derfor et betydelig ansvar når de skal informere sine pasienter om aktuelle terapivalg. Nye og kostbare legemidler mot psoriasis kan ha en så frapperende effekt at pasienter kan velge å se bort fra faren for bivirkninger, selv om de er godt informert. Slike legemidler må bare være aktuelt ved uttalt og utbredt utslett der annen behandling ikke har ført frem.

Kostnad-nytte-analyser innebærer til sjuende og sist verdivalg. Hva innebærer det å ha utslett? Hvor mye er det rimelig at samfunnet skal betale for at en pasient skal bli kvitt en psoriasisflekk? Hvor mye er det rimelig at samfunnet skal betale for at en pasient skal bli kvitt, for kortere eller lengre tid, et utslett som begrenser livsutfoldelsen og påvirker selvbildet? Slike spørsmål trenger seg på både for leger og politikere.

Petter Jensen Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no

Petter Gjersvik (f. 1952) er dr.med. og spesialist i hud- og veneriske sykdommer. Han har arbeidet ved Hudavdelingen, Rikshospitalet i 20 år og er nå medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Mørk C, Özek M, Wahl AK. Psoriasis og psoriasisartritt – er sydenopphold behandling eller velferdstilbud? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 60–2.
2. Kristiansen IS, Stavem K, Linnestad K, Pedersen KM. Evaluering av medisinske metoder – kan vi stole på kostnad-effekt-analyser? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 657–60.
3. Snellman E, Maljanen T, Aroma A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. Br J Dermatol 1998; 138: 288–92.
4. Gjersvik PJ. Immunterapi mot psoriasis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1049.
5. Dalaker M, Bonesrønningen JH. Behandling med anti-TNF-alfa-antistoff og metotreksat ved alvorlig psoriasis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1070–1.
6. Felleskatalog over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge 2003. Oslo: Felleskatalogen AS, 2003.