

Rettferdig bruk av kostnadsdata

Høykostnadsmedisin gir store utfordringer når det gjelder rettferdig fordeling av helsegevinster. Helseøkonomiske evalueringer er i så måte et viktig teknisk hjelpemiddel for å tydeliggjøre helsekostnadene og for å kunne gjøre rettferdige prioriteringer på tvers av pasientgrupper. Standard helsemål i slike evalueringer er kostnad per vunnet leveår eller kvalitetsjusterte leveår (QALY) (1).

I Nordermoen & Bratlid's artikkel konkluderte de med at «behandling av nyfødte med fødselsvekt < 1 000 g er svært kostbart» – fordi det koster 900 000 kroner per pasient (2). De får støtte av Frøisland på lederplass i at «prematunitetsmedisinen er kostnadsintensiv». Men hvis vi regner med at en nyfødt lever i 80 år, blir kostnaden per vunnet leveår 11 250 kroner. Få medisinske intervensjoner er så kostnadseffektive totalt sett. Konklusjonen blir derfor feil når Nordermoen & Bratlid sier at de premature er den dyreste pasientgruppen i norske sykehus. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering fraråder å innføre medisinsk teknologi som koster mer enn 425 000 kroner per vunnet leveår. Vi har derfor råd til å behandle denne pasientgruppen i Norge.

Forfatterne skriver også at det foreligger få internasjonale data som kan gi et komplett kostnadsbilde. Men det finnes flere studier der både behandlingsskostnader og fremtidige kostnader er dokumentert (3–5). Mangham og medarbeidere beskrev kostnadene for ekstremt premature barn i England og Wales fra fødselen til de er 18 år (6). Kostnadene knyttet til senere oppfølging var svært lav, 92,4 % av den totale ressursbruken tilskrives den første sykehusinnleggelsen. Forskjellen i total-kostnad mellom ekstremt premature (svangerskapsalder < 28 uker) og barn født til termin var også lav: 94 740 pund (891 692 kroner).

Vi synes det er bra at norske forskere publiserer kostnadsdata, men vil oppfordre til å formidle dette slik at det blir et relevant innspill i den offentlige prioriteringsdebatten.

Kjell Arne Johansson
Ingrid Miljeteig

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Robberstad B. QALYs vs DALYs vs LYs gained: what are the differences, and what difference do they make for health care priority setting? *Norsk Epidemiologi* 2005; 15: 183–91.
2. Nordermoen A, Bratlid D. Kostnader ved behandling av svært for tidlig fødte barn. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1130–4.
3. Petrou S, Abangmna G, Johnson G et al. Costs and health utilities associated with extremely preterm birth: evidence from the EPICure Study. *Value in Health* 2009; 12: 1124–34.
4. Korvenranta E, Lehtonen L, Häkkinen U et al. Morbidities and hospital resource use during the first 3 years of life among very preterm infants. *Pediatrics* 2009; 124: 128–34.

5. Clements K, Barfield WD, Ayadi F et al. Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age. *Pediatrics* 2007; 119: e866–74.
6. Mangham LJ, Petrou S, Doyle LW et al. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. *Pediatrics* 2009; 123: e312–27.

A. Nordermoen & D. Bratlid svarer:

I vår artikkel ønsket vi å synliggjøre kostnadene ved behandling av svært premature barn. Ruud Hansen og Johansson & Miljeteig kobler dette opp mot en annen viktig problemstilling – nemlig prioritering av behandling av ekstremt premature. Vi er langt på vei enige med alle at kostnadene ved denne behandlingen ikke skal tillegges avgjørende betydning når det gjelder prioritering, bl.a. fordi svært mange nå overlever.

Imidlertid dreier dette seg ikke bare om overlevelse. Nesten ingen født i uke 23 og svært få født i uke 24 overlever uten skade (hjerneskade, øyeskade, lungeskade og andre skader). Det er derfor ikke overraskende at diskusjonen om grensene for behandling av små premature er aktualisert. Dette skyldes ikke behandlingsskostnadene, men vel så mye spørsmålet om hvilken livskvalitet mange av disse barna overlever til. Den praktiske og psykiske belastningen mange av familiene strever med og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er tilleggs momenter i vurderingen. I mange land er det på denne bakgrunn veiledende restriksjoner i behandlingen av de aller minste, slik en europeisk oversikt viser (1). En spørreundersøkelse blant norske leger har også avdekket en generell oppfatning om at man kanskje er for liberal i å tilby behandling til disse (2).

De fleste oppfølgingsstudier av svært premature som Johansson & Miljeteig bl.a. viser til inkluderer oftest barn med fødselsvekt < 1 000 gram eller svangerskapslengde ≤ 28 uker. Barn født i uke 25 og særlig i uke 26 og senere går det ofte svært bra med, i motsetning til dem som er født i uke 23 og 24, selv om mange overlever, slik Ruud Hansen påpeker. Derfor er grunnlaget for Johansson & Miljeteigs vurdering av senere kostnader og forventet levetid urealistisk. Det er riktig at de senere medisinske kostnadene ikke er like store som i starten, men utdannings- og habiliteringskostnadene er betydelige. Mange blir også tidlig uføretrygdet. For mange vil derfor totalkostnaden langt overskride de 425 000 kroner per vunnet leveår som Johansson & Miljeteig viser til.

Det dreier seg etter vår oppfatning ikke bare om kostnader, svangerskapslengde eller vunne leveår, men i større grad om biologi, etikk og jus. I Sverige har man nylig hatt en interessant debatt om disse problemstillingene, der både filosofer, leger og jurister har deltatt (3–7).

Det er positivt dersom vår artikkel kan

bidra til at vi får denne debatten også i Norge, selv om det ikke var hensikten med undersøkelsen.

Anja Nordermoen
Dag Bratlid

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet/
St. Olavs hospital

Litteratur

1. Pignotti MS. Extremely preterm births: recommendations for treatment in European countries. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008; 93: F403–F406.
2. Miljeteig I, Markestad T, Norheim OF. Physicians' use of guidelines and attitudes to withholding and withdrawing treatment for extremely premature neonates in Norway. *Acta Paediatr* 2007; 96: 825–9.
3. Tännstjøl T. Når ska man försöka rädda dem – och vem ska bestämma? *Läkartidningen* 2009; 106: 1796–7.
4. Åmark P. Att vårda de extremt underburna – vem ska bestämma? *Läkartidningen* 2009; 106: 1919.
5. Sjørs G. Åven ekstremt underburna barn har rätt till fullvärdig vård. *Läkartidningen* 2009; 106: 1988–9.
6. Håkansson S. Beslutet kan inte tas ensidigt av föräldrarna. *Läkartidningen* 2009; 106: 1989–90.
7. Rynning E. Frågan värd en mer nyanserad diskussion. *Läkartidningen* 2009; 106: 1990–1.

Av respekt for avdøde

Anders Svare setter i en kronikk i *Tidsskriftet* nr. 7/2010 og i et leserinnlegg i nr. 12/2010 spørsmålsteget ved nytten av sykehusobduksjon (1, 2). Hans ubegrunnede mening er at det «skal foreligge en meget god grunn til å skjære i døde mennesker». Svare mener åpenbart at det sjelden er en meget god grunn. Etter mange år som patolog i tett dialog med klinikere finner jeg fortsatt at obduksjonen representerer nyttig kvalitetskontroll. Jeg kan ikke forstå Svare annerledes enn at han finner det verdiløst at behandlende lege og avdødes pårørende mottar informasjon om at:

- Kvinnen som i månedsvis ble behandlet for antatt kols, døde av en ikke-diagnostisert kreftsykdom med lungemetastaser
- Mannen som døde en uke etter at det var lagt inn en stent i ramus circumflexus, hadde fått massiv stentrombose
- Kvinnen med kronisk glomerulonefritt døde av ikke-erkjent milier tuberkulose
- Den unge mannen som var operert for osteosarkom og døde uventet, hadde ikke-erkjente metastaser, bl.a. til hjertet
- Lungekreftpasienten med flere ukers uforklarlige buksmerter døde av peritonitt som følge av ikke-erkjent perforert appendisitt
- Barnet som døde i mors liv etter sju måneders svangerskap, hadde en alvorlig hjertemisdannelse

I vårt høyt utviklede og teknologiske helsevesen er obduksjonen fortsatt en kilde til faglig ettertanke og en verdifull motgift mot klinisk overmot. Ofte og oftere opplever vi nå at avdødes pårørende ber om at det blir