

Prioritering i pasienters siste leveår

LEDER

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

E-post: i.s.kristiansen@medisin.uio.no

Ivar Sønbo Kristiansen (f. 1947) er professor emeritus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Han har bakgrunn som distriktslege og forsker innenfor helseøkonomi og samfunnsmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTOFFER BUGGE

Christoffer Bugge (f. 1990) er seniorøkonom i Oslo Economics og stipendiat ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Han er utdannet siviløkonom fra Norges handelshøyskole.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bruken av sykehus øker jo nærmere man er dødstidspunktet. Bør vi prioritere behandling av pasientene i de siste leveårene lavere eller høyere enn i dag?

Elstads og Reinertsens undersøkelse av sykehusinnleggelser de siste leveårene bekrefter tidligere forskning som viser at bruk av helsetjenester øker jo nærmere man er dødstidspunktet (1). De fleste vil nok mene at dette er slik det bør være. Studien reiser likevel to viktige spørsmål: Er det rimelig at sykehusbruken i livets slutfase er lavere hos eldre enn hos yngre grupper? Og burde vi prioritere behandling i siste leveår annerledes enn i dag?

I studien, som nå publiseres i Tidsskriftet, har Elstad og Reinertsen sett på innleggelser i somatiske sykehus for individer i alderen 56–95 år som døde i 2011. De fant at antallet innleggelser de siste tre leveårene var høyere i lavere enn i høyere aldersgrupper. Færrest innleggelser hadde personer i aldersgruppen over 85 år. Aldersdiskriminering er en mulig forklaring på denne forskjellen, men neppe den viktigste (2). De gamle, og særlig de eldste gamle, har trolig et lavere sykehusforbruk i livet slutfase fordi de får behandling i sykehjem i stedet. Dessverre finnes det ikke gode registerdata om pleietjenestens kostnader, diagnoser og produktivitet. Dette er overraskende fordi kostnadene fra kommunenes pleietjeneste i 2017 utgjorde hele 100 milliarder kroner av helsetjenestens totalkostnad på 342 milliarder (3). Til sammenligning har vi omfattende registre og betydelig forskning på spesialisthelsetjenesten som samme år kostet 137 milliarder, hvorav somatiske sykehus sto for om lag 104 milliarder. Årsaken til at gamle i siste leveår legges sjeldnere inn på sykehus enn yngre kan også være at pasientenes eget ønske om aktiv diagnostikk og behandling avtar med økende alder. Endelig må legene ta hensyn til at diagnostikk og behandling hos gamle kan innebære mindre effekt og større risiko.

En alternativ forklaring på alderseffekten kan være at dagens gamle tilhører fødselskohorter med mindre krav og forventninger til helsetjenesten enn dem som er født senere. Tall fra

Tromsø-undersøkelsen viser at bruken av sykehuspoliklinikk er høyere i aldersgruppen 40–49 enn hos dem over 70, selv om sykkelighet og dødelighet er langt høyere i sistnevnte aldersgruppe (4). Slike kohorteffekter vil i fremtiden kunne føre til relativt stor økning i etterspørselen etter helsetjenester når dagens middelaldrende går over i en livsfase med høy sykkelighet og dødelighet.

Det kan se ut som et paradoks at vi ønsker bedre helsetjenester og lengre liv samtidig som vi har en allmenn bekymring for samfunnets evne til å finansiere økende helse- og pensjonsutgifter. Dersom man «oversetter» Elstads og Reinertsens innleggsestall til ressursbruk, vil man se at kostnadene øker nesten eksponentielt frem mot dødstidspunktet. Helsetjenester for mennesker i sitt siste leveår utgjør omtrent 10 % av de totale kostnadene i helsevesenet (5). I 2014 kostet en gjennomsnittlig kreftpasient ca. 300 000 kroner i spesialisthelsetjenesten i siste leveår (6). Dersom vi antar at Beslutningsforum for nye metoder er villig til å betale 750 000 kroner for et ekstra, godt leveår (tallet er ikke offentlig), betyr det at behandlingen dette året bør forlenge livet med 4,8 måneder ($300\,000/750\,000 = 0,4 \text{ år} = 4,8 \text{ måneder}$) med full livskvalitet dersom behandlingseffekt er det dominerende prioriteringskriteriet. Vi tviler på at gjennomsnittseffekten er så stor. Isolert sett kan altså tallene tyde på at samfunnet bruker for mye på pasienter i livets slutfase.

Når 8 % av alle pasienter som dør av kreft, får kjemoterapi mindre enn åtte uker før dødstidspunktet, kan det være grunn til å spørre om vi har en viss overbehandling (6). Imidlertid må vi ikke glemme at pasientene ofte er alvorlig syke, man vet ikke hvor lenge de kan leve, og oftest heller ikke hvor mye behandlingen kan forlenge livet.

I kontrast til Prioriteringsmeldingens prinsipper og Beslutningsforums praksis står forskning som tyder på at både pasienter og pårørende verdsetter diagnostikk og behandling høyt i siste leveår (7). Forklaringen er simpelthen at håp, omsorg og verdighet også betyr mye for folks verdsettelse av helsetjenester. Beslutningsforums kritiske vurdering av legemidler bør utvides til resten av helsetjenesten, men helsetjenester siste leveår er ikke nødvendigvis det rette stedet å begynne når man vil utvide det kritiske blikket.

I 2016 var det 40 880 dødsfall i Norge, og antallet årlige dødsfall ventes å øke med mer enn 15 % frem mot 2030 (8). Dette innebærer nødvendigvis økt etterspørsel etter helsetjenester, ikke minst dersom de middelaldrendes forventninger til helsetjenesten vedvarer å være så høye som nå. Samtidig vil vi sannsynligvis få nye og kostbare diagnostikk- og behandlingsmetoder i fremtiden. Med dagens budsjettvekst på 1–3 % i helsetjenesten (3) vil etterspørselspresset øke om ikke det iverksettes mottiltak. Mulighetene for slike tiltak er flere. Stortinget kan vedta at noen typer diagnostikk og behandling ikke skal tilbys i den offentlige helsetjenesten. Et alternativ er å øke realveksten i helsetjenestebudsjettet. En tredje vei er å endre måten man produserer helsetjenester på – kort sagt å fortsette effektiviseringen.

Ved salderingen av statsbudsjettet både for 2016 og 2017 reduserte Stortinget spesialisthelsetjenestens budsjett i forhold til det opprinnelige forslaget simpelthen ved å anta større effektivisering i sykehusene. Erfaringen tyder altså på at Stortinget først og fremst vil velge effektivisering som svar på økt etterspørsel. Det vil bety store utfordringer for både pasienter og helsepersonell.

LITTERATUR:

1. Elstad JI, Reiertsen O. Sykehusinnleggelser de tre siste leveårene. Tidsskr Nor Legeforen 2018.doi: 10.4045/tidsskr.18.0389. [CrossRef]
2. Peake MD, Thompson S, Lowe D et al. Ageism in the management of lung cancer. Age Ageing 2003; 32: 171 - 7. [PubMed][CrossRef]
3. Statistisk sentralbyrå. Helseregnskapet. <https://www.ssb.no/helsesat/> (26.4.2018).

4. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U et al. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. BMC Health Serv Res 2012; 12: 336. [PubMed][CrossRef]
 5. Melberg HO, Godager G, Gregersen FA. Sykehusutgifter mot livets slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 841 - 4. [PubMed][CrossRef]
 6. Kreft i Norge – kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet. Oslo: Oslo Economics, 2016.
 7. Becker G, Murphy K, Philipson T. The value of life near its end and terminal care. NBER Working Paper 13333. August 2007.
<https://www.kellogg.northwestern.edu/faculty/dranove/htm/Dranove/coursepages/Mgmt%20444/Value%20of%20life%20Becker%20working%20paper.pdf> (20.4.2018).
 8. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. <https://www.ssb.no/folkfram> (26.4.2018).
-

Publisert: 28. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0389

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no