
Lønner det seg å transplantere organer?

REDAKSJONELT

ALBRECHTSEN D

Dette verdispørsmålet krever kunnskap om de menneskelige, økonomiske og medisinske kostnader og gevinster

Vektleggingen av lønnsomhet av medisinsk behandling og innsatsstyrt finansiering av sykehusene er meningsfull baredersom man er enig om hva det vil si å lønne seg og hvem det skal lønne seg for. Dette krever kunnskaper om alle siderved behandlingens gevinster og kostnader som affiserer pasient, pårørende, helsevesen og samfunn. Dokumentasjonskravet gjelder ikke minst nye og ressurskrevende behandlingsformer som gjør krav på å redde liv, sliktransplantasjonsmedisinen gjør.

Når slik dokumentasjon foreligger, når vi kjenner gevinst og kostnad og regnestykket kan gjøres opp, gjenstårlikevel det vanskeligste, nemlig verdivalget: å avgjøre om behandlingen "lønner seg". Lønner det seg f.eks. å bruke 2 millioner kroner til såkalt livreddende behandling når behandlingen forlenger livet med to år? For hvor mye er et leveår verdt? Hvem skal avgjøre dette, og hvilke kriterier skal legges til grunn?

Den informerte pasient og dennes pårørende er de første som må ta stilling til slike spørsmål. I et privatfinansierthelsevesen vil privatøkonomi og forsikringsdekning være avgjørende for valget. I et offentlig finansiert helsevesen, som i Norge, vil samfunnets og helsevesenets økonomiske og andre typer prioriteringer være avgjørende.

Transplantasjonsmedisinens gevinst i form av forlenget levetid er åpenbar. Ved hjerte-, lunge- og levertransplantasjon er femårs pasientoverlevelse 60-90% (avhengig av alder og indikasjon). Dette dreier seg ompasienter som uten transplantasjon ville hatt mindre enn ett år igjen å leve. Ved nyretransplantasjon er gevinsten iforhold til dialyse mer komplisert å beskrive. Femårs pasientoverlevelse er over 90% både ved dialyse og transplantasjon (og eventuell retransplantasjon) hos yngre pasienter. Overlevelsesraten avtar ved økende alder, og merved dialyse enn ved transplantasjon. Siden eldre pasienter på kortere sikt (mindre enn fem år) faktisk har størreoverlevelsesgevinst av transplantasjon versus dialyse enn yngre, kan det saktens spørres om hva som lønner seg. Langtidsoverlevelse tillegges størst vekt i prioriteringen ved all organtransplantasjon, noe eldre pasienter rimeligvis kan være uenige i.

Pasienter med irreversibel organsvikt oppnår med organtransplantasjon en klar gevinst i livskvalitet (1), slik Øivind Ekeberg & Jon Håvard Loge (2) gjør rede for i sin oversiktsartikkel i dette nummer av Tidsskriftet. Forpasienter med terminal hjerte-, lunge- eller leversvikt finnes ingen alternativ behandling til organtransplantasjon. Nyresviktpasienter kan også dialysebehandles, men en slik behandling kan ofte bli tidkrevende og krafttapende for både pasient og pasientens familie.

Mer komplisert er livskvalitetsvurderingen hos barn som får utført nyre- eller annen organtransplantasjon, slik det går frem av artikkelen til Erik Monn & Inger Helene Vandvik (3), også i dette nummer av Tidsskriftet. Utredning, transplantasjon og livslang etterbehandling kan skape store og livslange problemer for både barnet og familien. Ved nyresvikt er likevel kronisk dialysebehandling et langt dårligere alternativ. For barn med terminal organsvikt er alternativet til organtransplantasjon lindring av lidelse inntil døden inntreffer.

Selv om overlevelses- og livskvalitetsstudier viser at organtransplantasjon "lønner seg", er det viktig å huske at bak transplantasjonsstatistikkenes tørre tall ligger mye lidelse. Enkelte organtransplanterte pasienter dør raskere enn de ville gjort uten transplantasjon. Belastningen ved ventetid, utredning, prosedyre og livslang etterbehandling er betydelig. Klinisk erfaring tyder på at de færreste likevel angre på valget de tok.

Ressursbruken ved organtransplantasjon er knyttet til:

- Utredning, seleksjon og forbehandling av pasientene
- Fremskaffelse av donororganer
- Selve transplantasjonsprosedyren
- Kontroll av immunsupprimerende behandling og komplikasjoner de første måneder postoperativt
- Den livslange videre behandling

Å foreta kostnadsberegninger er metodologisk sett vanskelig, både fordi utgiftene fordeles på flere sykehus og ulike ledd i helsevesenet, og fordi virksomheten krever tverrfaglig innsats fra mange avdelinger innen sykehusene. Både nasjonalt og internasjonalt foreligger beregninger av kostnadene ved selve transplantasjonsprosedyren, men det er vanskelig å sammenlikne disse fordi det ikke fremgår hvilke kostnader som er inkludert. Tall basert på diagnoserelaterte grupper (DRG) fra utlandet kan derfor knapt anvendes i Norge.

Ved Rikshospitalet har vi i mange år prøvd å holde oversikt over kostnadene ved organtransplantasjon (4, 5). På grunnlag av slike beregninger er et brukbart anslag for total kostnadene - fra utredning starter til det er gått ett år etter transplantasjonen - om lag 320000 kroner for nyretransplantasjon, 570000 kroner for hjertetransplantasjon, 820000 kroner for lungetransplantasjon og 790000 kroner for levertransplantasjon. Kostnadene ved den videre livslangebehandlingen har vi dårlig oversikt over. Rutinekontroller og standard immunsuppressiv behandling koster i størrelsesorden 80000 kroner per år. Ressursbruk på grunn av andre sykdommer og komplikasjoner kommer i tillegg.

Slike anslag må nødvendigvis være omtrentlige, men gir godt nok grunnlag for verdispørsmålet: Lønner det seg å transplantere? For pasienter med terminal hjerte-, lunge- og leversvikt står valget mellom transplantasjon eller palliativ behandling; det

siste medfører uavvendelig snarlig død. Man må gjøre seg opp en mening om hva et vunnetleveal er verdt i kroner og øre. Det er liten tvil om at samfunnet i andre sammenhenger er villig til betale langt merper leveal enn det organtransplantasjoner koster.

For pasienter med terminal nyresvikt står valget mellom transplantasjon, dialyse eller ingen aktiv behandling, detsiste med dystre konsekvenser. Dialysebehandling for én pasient koster mer enn 400000 kroner alrig. De første fem aretter én vellykket nyretransplantasjon koster om lag 1,3 millioner kroner mindre enn fem ars dialysebehandling. Vi harnoe over 1800 nyretransplanterte pasienter i live i Norge. Om alle disse i stedet hadde fått dialysebehandling, villedet trolig gitt en merkostnad på over 600 millioner kroner per ar. Nyretransplantasjon synes derfor å være en sværtkostnadseffektiv behandling både ut fra menneskelige, medisinske og økonomiske synsvinkler.

Dagfinn Albrechtsen

Dagfinn Albrechtsen (f. 1940) er spesialist i generell kirurgi, er dr.med. og har siden1974 arbeidet innen transplantasjonskirurgi, transplantasjonsmedisin og transplantasjonsimmunologi.

LITTERATUR

1. Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM, Allen AS, DiMartini A, Kormos RL et al. Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. Transplantation 1997; 64: 1261-73.
2. Ekeberg Ø, Loge JH. Pasientens livskvalitet etter transplantasjon - hva vet vi? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3920-3.
3. Monn E, Vandvik IH. Organtransplantasjon hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3924-6.
4. Jakobsen A, Albrechtsen D, Sødal G, Flatmark A, Fauchald P, Vartdal F. Kostnader ved uremikeromsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 338-41.
5. Kristensen F, Jacobsen J. Praktisk kostnadsanalyse av høykostnadsmedisinen ved Rikshospitalet - hvordan verdsetter vi virksomheten? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114; 2505-9.

Publisert: 30. oktober 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.