
Lungetransplantasjon – klare prioriteringer, gode resultater

LEDER

KRISTIAN BARTNES

kristian.bartnes@unn.no

Kristian Bartnes er spesialist i generell kirurgi og i thoraxkirurgi, overlege ved Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling og klinikksjef for Hjerte- og lungeklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge. Han er professor II ved UiT Norges arktiske universitet.

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

Etter endring av prioriteringskriteriene er ventetiden til lungetransplantasjon kortere, og færre pasienter dør mens de står på ventelisten.

Leuckfeld og medarbeidere rapporterer nå i Tidsskriftet resultatene ved lungetransplantasjoner utført i perioden 1999–2020 (1). Artikkelen har interesse for alle som behandler pasienter med alvorlig, progredierende lungesykdom. Samtidig retter den seg mot et bredt publikum med et generelt budskap: Prioritering skal skje i åpenhet og bygge på tydelige, kunnskapsbaserte og etterprøvbare kriterier.

Den første lungetransplantasjonen i verden ble utført i 1963 (2). Veien fra eksperimentell kirurgi til et robust helsetilbud krevde en langdryg utvikling av operasjonsmetodene, tryggere og mer effektiv immunsuppresjon, optimalisert preservering av donororganet før innsyng samt forbedret intensivbehandling. Først på 1980-tallet oppnådde man langtidsoverlevelse (3). Dette har siden 1990 kommet også norske pasienter til gode. Som det framgår av Leuckfeld og medarbeideres studie, har Rikshospitalet utmerkede resultater. Median overlevelse på 10,1 år og femårsoverlevelse på 67 % står seg godt når man sammenligner med internasjonale data. For eksempel rapporterte The International Society for Heart and Lung Transplantation Registry for perioden 2010–17 en median overlevelse på 6,7 år og en femårsoverlevelse på 59 % (4).

Mens tekniske, immunologiske og intensivmedisinske hindre er forsert, har tilgangen på donororganer hele tiden begrenset tilbudet sterkt og nødvendiggjort streng prioritering. Rikshospitalet endret i 2009 sine kriterier, slik at pasienter med raskt progredierende sykdom ble prioritert høyere. Etter det ble ventetiden til transplantasjon kortere og dødeligheten blant de ventende lavere (1). Mest slående var reduksjonen i ventelistedødelighet for pasienter med cystisk fibrose, som gikk fra 41 % i perioden 1999–2008 til bare 2 % etter 2009. Forfatterens tolkning er at prioriteringsendringen har bidratt til å redusere ventelistedødeligheten ved lungefibrose og cystisk fibrose. Samtidig peker de på at en vesentlig kapasitetsøkning – virksomheten er nær fordoblet fra første til andre del av studieperioden – har vært avgjørende for å redusere både ventetid og ventelistedødeligheten i alle diagnosegrupper.

«Prioritering skal skje i åpenhet og bygge på tydelige, kunnskapsbaserte og etterprøvbare kriterier»

En slik retrospektiv sammenligning av pasientgrupper i to ulike perioder innebærer usikkerhet når det gjelder å påvise årsakssammenhenger og de ulike faktorens kvantitative betydning. Like fullt sannsynliggjør forfatterne at prioriteringsendringen har vært effektiv og verdifull. Lavere dødelighet blant de ventende i perioden fra 2009 skyldes neppe økt andel pasienter med forholdsvis bedre helse, siden tid til død for fibrosepasienter på venteliste som ikke ble transplantert, ikke endret seg.

Det norske transplantasjonsprogrammet tester den moderne velferdsstatens grunnleggende forutsetninger: befolkningens solidaritet med fremmede (at familier i sorg skal si ja til donasjon), mobilisering av store felles ressurser til en evidensbasert helsetjeneste, rettferdig fordeling og effektivt samarbeid mellom alle ledd i omsorgskjeden (lokal helsetjeneste, høyspesialiserte sykehus og forskningsinstitusjoner). Knapp tilgang på donororganer stiller særlige krav til prioritering, slik at lungetransplantasjon først og fremst tilbys dem som har flest gode leveår å vinne.

Prioritering av helsetjenester skjer ofte på svakt grunnlag (5). Omfanget kan påvirkes av geografisk nærhet eller på andre måter være tilbudsindusert, metodevalg kan avhenge mer av behandlerens preferanser enn av det objektive kunnskapsgrunnlaget, og tid på venteliste kan bli tillagt mer vekt enn alvorlighet og nytte. Det foreliggende arbeidet fra Rikshospitalet inngir tillit til prioriteringssystemet for lungetransplantasjon i Norge. Tilbudet er geografisk likt fordelt (6) og prioriteringskriteriene er eksplisitte, åpent tilgjengelige og bygger på vitenskapelig evidens og internasjonal konsensus. Kriteriene er etterprøvbare, og den foreliggende analysen tyder på at de er forbedret til beste særlig for pasienter med raskt progredierende lungesykdom.

Prioritering er en viktig del av klinisk lederskap. Leuckfeld og medarbeidere understreker et generelt prinsipp: Ikke bare klinisk praksis, men også ledelse i helsetjenesten kan og bør være evidensbasert.

REFERENCES

1. Leuckfeld I, Holm AM, Hoel T et al. Lungetransplantasjon i Norge 1999–2020. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0775. [CrossRef]
2. Hardy JD, Webb WR, Dalton ML et al. Lung Homotransplantation in Man. *JAMA* 1963; 186: 1065–74. [PubMed][CrossRef]
3. Cooper JD, Pearson FG, Patterson GA et al. Technique of successful lung transplantation in humans. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987; 93: 173–81. [PubMed][CrossRef]
4. Bos S, Vos R, Van Raemdonck DE et al. Survival in adult lung transplantation: where are we in 2020? *Curr Opin Organ Transplant* 2020; 25: 268–73. [PubMed][CrossRef]
5. Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy* 2020; 124: 52–60. [PubMed][CrossRef]
6. eRapport. Nasjonal behandlingstjeneste for organtransplantasjon. <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-13/2021> Lest 18.9.2023.

Publisert: 27. september 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0626
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.