

Skal alder være et avgjørende prioriteringskriterium?

22 DEBATT

www.dagensmedisin.no
DAGENS MEDISIN 9/2020 TORS DAG 28. MAI

Skal alder være et avgjørende prioriteringskriterium?

Beslutninger på gruppenivå kan ramme ekstra hardt for pasienter som er vesentlig yngre enn gjennomsnittet – dersom de er så uheldig å få en sykdom som i hovedsak rammer dem som er eldre.

ALDER ER IKKE et prioriteringskriterium, ifølge Prioriteringsmeldingen som Stortinget sluttet seg til i 2016. Samtidig har problemstillingen om alder blitt aktualisert flere ganger, for eksempel i et NRK-innslag om en 39 år gammel småbarnsmor med beinmargskreft.

Småbarnsmoren fikk ikke tilgang til et bestemt legemiddel fordi pasientene med denne sykdommen vanligvis er betydelig eldre enn henne. Dermed ble ikke sykdommen ansett som alvorlig nok til å prioriteres, fordi de eldre pasientene har færre gode leveår igjen å tape enn yngre pasienter.

ALDERSPARADOKSET. Dette dilemmaet omtalte professor og helseøkonom Jon Magnussen i 2019 som et «aldersparadoks satt i system». Alvorlighet av sykdommer beregnes etter hvor mange gode leveår pasientene taper sammenlignet med gjennomsnittspersoner med samme alder, såkalt absolutt prognosetap, en beregningsmåte som Stortinget sluttet seg til i 2016.

Det finnes ikke offisiell statistikk som belyser slike beregninger. Vi foretok derfor en gjennomgang av alle ferdigstilte metodevurderinger hvor det var beregnet alvorlighetsgrad, og hvor Beslutningsforum hadde konkludert, fra perioden 2015 til april 2020. Med utgangspunkt i 183 metodevurderinger ble hele 93 metodevurderinger sortert etter seks nivåer av alvorlighet med tilhørende prioritering. All informasjon er inkludert i et Excel-ark som gjøres elektronisk tilgjengelig på DM-nett.

GIJENOMSNITTSALDEREN. Resultatene viste at pasientene i den høyeste prioritetsgruppen – gruppe 6 – hadde en gjennomsnittsalder på 25 år, mens gjennomsnittsalderen i prioriteringsgruppe 2 var 58 år. Betalingsviljen i gruppe 6 var 440.000 kroner mer enn i prioriteringsgruppe 2, om man legger Magnussen-gruppens forslag til grunn. Det var i hovedsak alderen, ikke prognosen, som utgjorde forskjellen mellom prioritetsgruppe 6 og 2.

For å ta et konkret tankeeksperiment som er relatert til NRK-innslaget: Dersom beinmargskreften i gjennomsnitt inntraff ved en alder på 39 år, ville konklusjonen da ha blitt annerledes i Beslutningsforum?

ALDEREN AVGJØR. Likheter i prognose mellom prioritetsgruppe 4 og 5 gir også grunn til ettertanke. Begge grupper hadde i gjennomsnitt samme prognose. Aldersforskjellen var på tre år; 60 år i gruppe 5 og 63 år i gruppe 4. Det var i hovedsak alderen som avgjorde om disse metodevurderingene havnet i prioriteringsgruppe 4 eller 5.

Kronikk



Einar Torkilseng, (1) helseøkonom i Bristol Myers Squibb. Arbeider med metodevurderinger av nye legemidler for det norske og nordiske markedet



Line Walen, seniorrådgiver i Legemiddelindustrien (LMI). Arbeider med metodevurderinger og offentlig finansiering av legemidler



Kristin Svanqvist, (2) myndighetskontakt i Amgen og leder av LMIs markedsutvalg. Arbeider med problemstillinger tilknyttet metodevurderinger og offentlig finansiering av legemidler



Veronica G. Gran, (3) leder for Market Access i Novartis Pharmaceuticals. Arbeider med metodevurderinger og offentlig finansiering av legemidler

2015-2020 N=93						
Betalingsvillighet i kroner per vunnet gode leveår	Gruppe	Alder	QALE	Prognose	APT	N
275 000	1: APT 0-4	56	22	21	2	3
385 000	2: APT 4-8	58	20	14	6	10
495 000	3: APT 8-12	61	18	8	10	20
605 000	4: APT 12-16	63	16	2	14	35
715 000	5: APT 16-20	60	19	2	17	12
825 000	6: APT 20+	25	47	11	36	13
Gjennomsnitt alle grupper og metodevurderinger		56	22	7	15	93

PÅ RAMME ALVOR: Tabell med N=93 metodevurderinger, sortert etter betalingsvillighetsgrupper/alvorlighetsgrad i henhold til gruppe 1-6 i rapporten «På ramme alvor» tabell 3. APT er alvorlighet målt som absolutt prognosetap i tapte gode leveår sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen med samme alder. Gruppe 1: 0-4 tapte gode leveår. Gruppe 2: 4-8. Gruppe 3: 8-12. Gruppe 4: 12-16. Gruppe 5: 16-20. Gruppe 6: Over 20. Betalingsvilligheten for gruppene er angitt i kroner per vunnet gode leveår. Prognose er målt i gjenværende gode leveår med sykdommen med dagens behandlingstilbud. QALE er antallet gjenværende gode leveår for gjennomsnittsbefolkningen med samme alder. N er antallet metodevurderinger.



Det skiller 110.000 kroner i betalingsvillighet for et vunnet godt leveår mellom de to gruppene.

RAMMER HARDT. Disse resultatene var ikke overraskende. Det er i praksis umulig for pasienter eldre enn 60 år å havne i øverste prioritetsgruppe, og hovedtyngden av tiltak som er evaluert i nye metoder er rettet mot kreftsykdom hvor gjennomsnittsalderen er over eller rundt 60 år. Eldre pasienter har minst potensial for helsegevinst og færrest gode leveår å tape.

Beslutninger på gruppenivå kan derfor ramme ekstra hardt for pasienter som er vesentlig yngre enn gjennomsnittet, dersom de er så uheldig å få en sykdom som i hovedsak rammer dem som er eldre. ■

Tilleggsinformasjon

En gjennomgang av begreper og diskusjon av ulike sider ved beregning av alvorlighetsgrad ble presentert under et seminar i LMIs lokaler på Majorstuen i Oslo i mai 2019, og er publisert i rapportform: «Alvorlighet operasjonalisert som absolutt prognosetap». Rapporten ble utarbeidet av Oecona på oppdrag fra LMI, Novartis, Bristol Myers Squibb og Amgen. Merk at tallgrunnlaget som presenteres i rapporten, er fra 2017 til første kvartal 2019. Det er kronikkfatterne som har oppdatert tallgrunnlaget som presenteres i denne kronikken, uten involvering fra Oecona.

Interessekonflikt/disclaimer

1) Bristol Myers Squibb er et biofarmaselskap som satser på innovasjon som kan skape viktige gjennombrudd ved å

lage medisiner som vil redde liv både i Norge og i resten av verden. Selskapet har om lag 30.000 ansatte og hovedkontor i New Jersey, USA.

2) Amgen er et av de ledende og største bioteknologiske legemiddelselskaper i verden – med en bred portefølje av markedsledende originale, bioteknologiske legemidler innen onkologi, hematologi, nefrologi, osteoporose og kardiologi. 20 av de om lag 20.000 globalt ansatte er tilknyttet det norske kontoret i Vika, Oslo.

3) Novartis er et globalt legemiddelfirma med cirka 140.000 ansatte og tilbyr legemidler innenfor en rekke terapeutiske områder. Novartis Norge holder til i Nydalen i Oslo.

Referanser: Se www.dagensmedisin.no/debatt