
Kostnadseffektivitet må avgjøre behandling

DEBATT

AUDUN BRENDBEKKEN

Audun Brendbekken er lege og stipendiat ved Bergen senter for etikk og helseprioriteringer, Universitetet i Bergen. Han jobber i tillegg som sekretær i Klinisk etikkomité i Helse Bergen.

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

ANDREA MELBERG

Andrea Melberg er lege og førsteamanuensis ved Bergen senter for etikk og helseprioriteringer, Universitetet i Bergen.

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

GUNNAR DOUZGOS HOUGE

Gunnar Douzgos Houge er leder for Regionalt nettverk for presisjonsmedisin i Helse Vest og professor emeritus ved Klinisk Institutt II, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Sanofi, og han er leder for bivirkningsnemda til QED Therapeutics ved utprøving av peroral behandling med infigratinib for akondroplasi.

Ved å styrke legenes portvokterrolle kan legemiddelkostnadene holdes nede og behandling gis der den er mest effektiv. Det gjelder også for sjeldne tilstander.

En økende kostnadsutfordring for norske sykehus gjelder nye, målrettede behandlinger for sjeldne sykdommer, som tar en større andel av allerede pressede legemiddelbudsjetter (1–3). Forskning viser at klinikere i liten grad forholder seg til behandlingsteknologer, og at det for såkalt *sjeldenmedisin* er spesielt utfordrende å avslutte kostbar behandling med suboptimal effekt (4, 5). Vi ønsker her å sette denne kliniske prioriteringsutfordringen på agendaen, og vi foreslår samtidig to tiltak for å styrke leger i deres rolle som portvoktere av samfunnets ressurser.

«Leger sitter med et tosidig ansvar: både for pasientbehandling og for forvaltning av fellesskapets ressurser»

Pasientadvokat, men ikke portvokter?

Leger sitter med et tosidig ansvar: både for pasientbehandling og for forvaltning av fellesskapets ressurser. Samtidig vet vi at leger opplever det som vanskelig å trekke tilbake behandling med suboptimal effekt av kostnadshensyn (6). Denne utfordringen er ekstra tydelig innen sjeldenmedisin, der lege–pasient-forholdet er langvarig og behandlingene er ekstra kostbare (4, 5). Vår egen, og foreløpig upubliserte, forskning viser hvordan spesialister som forskriver kostbar og årsaksrettet behandling mot cystisk fibrose, opplever en distanse til kostnaden ved behandlingen de forskriver. Avstanden oppstår fordi legemiddelprisen etter prisforhandlinger i Nye metoder er en kommersiell hemmelighet, og fordi kostnaden ikke er plassert på klinikernes avdelingsbudsjett. Distanse til kostnaden gjør at man i mindre grad trenger å forholde seg til prisen på behandling man forskriver.

Alternativkostnaden er uklar

Det er økende internasjonal oppmerksomhet rettet mot å bekjempe kostnadsveksten både for sjeldenbehandling og andre legemidler (2, 3). Fra et prioriteringsperspektiv ønsker vi å vite alternativkostnaden til avgjørelsene våre, altså den beste alternative bruken av pengene investert i et tiltak (7). Sykehusledere løser i dag budsjettutfordringene ved ny og kostbar behandling for sjeldne tilstander i stor grad gjennom «ostehøvelkutt» i driftsbudsjettene på tvers av alle avdelinger (8). En slik løsning gjør det uklart hvilke tilbud eller tjenester som fortrenses ved å innføre den nye behandlingen. En nylig kunnskapsoppsummering peker på at innføring av nye legemidler ikke direkte kan knyttes til fortrenning av andre tilbud på sykehusnivå, men at kostnadsutfordringene løses gjennom effektivisering og økt pengebruk (9). På nasjonalt nivå viser en rapport fra Storbritannia at innføringen av nye legemidler de siste 20 årene kan ha fortrenget mer ressurseffektiv behandling, og dermed ført til tap av 1,25 millioner gode leveår, i stedet for å bedre folkehelsen (7). En innvending til studien er at den ikke tar fordelingshensyn, eksempelvis at man har prioritert midler til alvorlige og sjeldne tilstander der ingen tidligere behandling har eksistert (3). Folkehelse og sjeldne tilstander er ikke nødvendigvis sammenliknbare størrelser.

«Kostnadene og konsekvensene ved nye, kostbare legemidler bør synliggjøres tydeligere for klinikere og avdelingsledere»

To tips til kostnadsutt

Et raskt økende tilbud på årsaksrettet sjeldenbehandling og målrettet kreftbehandling vil forsterke kostnadsutfordringen sykehusene opplever (2). Vi foreslår at kostnadene og konsekvensene ved nye, kostbare legemidler bør synliggjøres tydeligere for klinikere og avdelingsledere. Videre bør en nasjonal sjeldenmedisinsk referansegruppe opprettes for å veilede og støtte klinikere i rasjoneringen av kostbar behandling med suboptimal effekt. I sjeldenmedisinen, der pasientgruppene er små, er det viktig å sikre et likeverdig nasjonalt tilbud med optimal ressursbruk i forhold til nytteverdi. Etisk og praktisk veiledning kan redusere moralsk stress, bevare tilliten i lege-pasient-forholdet gjennom å flytte deler av portvokteransvaret ut av klinikerens hender, og det kan komme samfunnet til gode gjennom åpne og rettferdige helseprioriteringer på klinisk nivå (6).

REFERENCES

1. Simonsen MCA. Noen få medisiner utgjør halvparten av kostnadene. Dagens Medisin 21.1.2025. <https://www.dagensmedisin.no/beslutningsforum-helse-bergen-helsepolitikk-og-helseekonomi/noen-fa-medisiner-utgjor-halvparten-av-kostnadene/669672> Lest 27.3.2025.
2. Kinge JM, Øien H, Dieleman JL et al. Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022-2050. *BMC Med* 2025; 23: 116. [PubMed][CrossRef]
3. Brendbekken A, Houge GD. Sjeldne sykdommer, dyre medisiner og komplisert helseøkonomi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0488. [PubMed][CrossRef]
4. Wadmann S, Hauge AM, Emdal Navne L. Good conduct in a context of rationing: A case study of how frontline professionals deal with distributive dilemmas of novel gene therapies. *Sociol Health Illn* 2023; 45: 684–704. [PubMed][CrossRef]
5. Rasmussen M, Wallace S, Ørstavik K et al. Start- og stoppkriterier for svært dyre medisiner – spinal muskelatrofi som eksempel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0346. [PubMed][CrossRef]
6. Hurst SA, Reiter-Theil S, Slowther AM et al. Should ethics consultants help clinicians face scarcity in their practice? *J Med Ethics* 2008; 34: 241–6. [PubMed][CrossRef]
7. Naci H, Murphy P, Woods B et al. Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000-20: a retrospective analysis. *Lancet* 2025; 405: 50–60. [PubMed]
8. Melberg A. Open and opaque? The performativity of open priorities in a Norwegian hospital. *Soc Sci Med* 2024; 361: 117383. [PubMed][CrossRef]

9. Leskelä R-L, Vanhala A, Gehrmann K et al. Economic effects of priority setting in healthcare: a scoping review of current evidence. *BMJ Open* 2024; 14: e086342.
[PubMed][CrossRef]

Publisert: 5. mai 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0175

Mottatt 11.3.2025, godkjent 27.3.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.