
Prisen for privatisering

REDAKSJONELL KOMMENTAR

RAGNHILD ØRSTAVIK

ragnhild.orstavik@tidsskriftet.no

Ragnhild Ørstavik er assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet. Hun er dr.med. og har en bistilling som seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

**Regjeringen ønsker å gi sykehusene mulighet til å tilby
NIPT-test til alle gravide, for å kunne avdekke
kromosomavvik. De yngre skal betale full pris.**



Foto: Einar Nilsen

Non-invasiv prenatal test (NIPT) av cellefritt føtalt DNA fra mors blod kan avdekke genetiske tilstander hos fosteret (1). Resultatene er ikke 100 % pålitelige, og et positivt svar må derfor verifiseres ved hjelp av en invasiv undersøkelse (1).

I Norge er det kun tillatt å teste for trisomi 21 (Downs syndrom) og de mer sjeldne trisomiene 13 og 18 (2), med mindre det foreligger kjent risiko for spesifikke tilstander.

Risikoen for å bære et foster med trisomi øker med mors alder (3). Etter at bioteknologiloven ble endret i 2020, tilbyr det offentlige helsevesenet nå NIPT-test til alle gravide fra 35 år og oppover, for å avdekke trisomier. Det ble samtidig tillatt å gjøre NIPT-test uansett alder. Prøven tas i forbindelse med tidlig ultralyd, som etter endringene skal tilbys alle gravide. Før det ble tillatt å gjøre NIPT-tester i Norge, reiste mange yngre gravide til andre nordiske land for å få gjennomført undersøkelsen, mens den nå er tilgjengelig på mange private institusjoner, konsentrert om de store byene (3). Aldersgrensen på 35 år for NIPT-test via det offentlige er blant annet satt fordi positiv prediktiv verdi (sannsynligheten for at et positivt testsvar betyr at fosteret har den aktuelle tilstanden) reduseres med synkende prevalens (3). Dermed øker også andelen unødvendige invasive undersøkelser med synkende alder, noe som krever ressurser og medfører risiko for uønsket abort (3).

Regjeringen la i høst frem et forslag om at offentlige helseforetak skal kunne tilby yngre gravide NIPT-test, forutsatt at den gravide selv betaler for undersøkelsen (4). Prisen skal være som hos private tilbydere (omkring 10 000 kroner), og eventuelle overskudd skal beskattes (4). Argumentasjonen for innføringen er todelt: For det første ønsker man et mer rettferdig system ved at tilgangen til egenfinansiert NIPT-test blir jevnere geografisk fordelt. For det andre ønsker man å forhindre at helsepersonell med spesialkompetanse på dette feltet går over til private arbeidsgivere. Hvis ikke helseforetakene har kvalifisert personell, kan man jo heller ikke tilby tjenestene til pasientene som har krav på dem.

Høringssvarene viser at det ikke er mangel på motargumenter (5). Kan vi stole på at tilbudet blir mer jevnt fordelt (så lenge det er frivillig å etablere det)? Vil et slikt beskjedent virkemiddel faktisk føre til at flere velger å forbli i det offentlige (hva med bedre lønn og arbeidsvilkår)? Vil tilbudet om test innenfor sykehusets vegger oppfattes som en anbefaling slik at «alle» ender med å takke ja (og dermed skaper ekstraarbeid og overbehandling)? Vil mulighetene til å ta full betaling for tjenesten føre til en glidning mot å prioritere «lønnsomme» helsetjenester (5)? Og viktigst: Det er første gang man skal tilby en slik «helpprivat» undersøkelse i det offentlige helsevesenet. Betyr det at vi skal la vårt todelte helsevesen flytte inn i norske sykehus? For hvorfor skal man ikke da også kunne tilby kreftbehandling til markedspris, med akkurat den samme argumentasjonen? Kreftforeningens høringssvar er i så måte et retorisk blinkskudd: De har bare tatt ut et par avsnitt og erstattet «NIPT-test» og «gravid» med «kreftbehandling» og «-pasient» (6). Det er vanskelig å argumentere for at godkjent (men ikke offentlig finansiert) behandling og kvalifisert personell er av mindre betydning for denne pasientgruppen.

«Det er fristende å protestere vilt, for ingen vil ha et offentlig helsevesen der betalingsevnen bestemmer tilgangen»

Mange helseforetak og sykehus er derimot positive, dog med et forbehold om prisreduksjon (5). Hvorfor det? Er de mindre etisk reflekterte, eller rett og slett bare nærmere pasientene? Det er jo fagfolkene som møter de unge gravide, som er usikre og redde for at fosteret kan feile noe – og gjerne vil ha en forsikring om det motsatte. Pasientene kan ikke forventes å ta beslutninger på vegne av fellesskapet. Selv om man med rette har kommet frem til at NIPT-test for de under 35 år uten tilleggssrisiko ikke er samfunnsnyttig, kan den likevel oppleves som nyttig for den enkelte kvinne. Sett fra hennes perspektiv, er det forståelig at hun kan ønske en test som kan gi et nærmere svar på om fosteret hun bærer har et kromosomavvik – selv om sannsynligheten er minimal. Hun kan både forstå og akseptere den psykiske og eventuelt fysiske tilleggsbelastningen en slik undersøkelse vil innebære, inkludert risikoen for å abortere et friskt foster. Den eneste utgiften hun må betale, er NIPT-testen. Eventuelle etterundersøkelser, inkludert provosert abort dersom kvinnen skulle ønske det, dekkes jo av fellesskapet.

Det er fristende å protestere vilt, for ingen vil ha et offentlig helsevesen der betalingsevnen bestemmer tilgangen. Samtidig er forskjellene alt et faktum: Vi har allerede et todelt helsevesen. Dreier det seg bare om å tåle uretten ganske

vel, så lenge vi slipper å se på den selv?

Flere instanser, inkludert Legeforeningen, Jordmorforeningen og Bioteknologirådet, ønsker en bedre begrunnelse for tiltaket, og eventuelt en bredere utredning (5). Men det kan vise seg vanskelig å forutse konsekvensene av et tiltak før det er prøvd ut. Dersom forslaget blir vedtatt, må det gjennom en pilotperiode. Tiltaket bør evalueres etter en bestemt tid og avsluttes dersom de ønskede effektene ikke oppnås. Hvis vi for første gang skal akseptere at en form for privat finansiert helsevesen slipper inn gjennom sykehusets inngangsdør, må utgangsdøren også stå på vidt gap dersom dette ikke er den rette beslutningen.

REFERENCES

1. Sørensen IW, Glad R, Houge G et al. Mer treffsikker fosterdiagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0424. [PubMed] [CrossRef]
2. Bioteknologirådet. Fosterdiagnostikk. <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/fosterdiagnostikk/> Lest 17.4.2024.
3. Salvesen KÅB, Glad R, Sitras V. Controversies in implementing non-invasive prenatal testing in a public antenatal care program. Acta Obstet Gynecol Scand 2022; 101: 577–80. [PubMed][CrossRef]
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Finansdepartementet. Høringsnotat. Forslag til endringer i pasientbetalingsforskriften, skatteloven og skattelovforskriften. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9f004c300c8d4a3bab219632b4c5a08d/nipt-horingsnotat.pdf> Lest 17.4.2024.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Finansdepartementet. Høring av forslag til endringer i pasientbetalingsforskriften, skatteloven og skattelovforskriften vedrørende helseforetaks tilbud om NIPT. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-forslag-til-endringer-i-pasientbetalingsforskriften-skatteloven-og-skattelovforskriften-vedrorende-helseforetaks-tilbud-om-nipt/id3012984/?showSvar=true&term=&page=1&isFilterOpen=true> Lest 17.4.2024.
6. Kreftforeningen. Bekymringsmelding knyttet til forskriftsendringen som gir helseforetak anledning til å kreve egenbetaling ved NIPT-test. <https://www.regjeringen.no/contentassets/21cae5429113415596e7891123363100/kreftforeningen.pdf?uid=Kreftforeningen> Lest 17.4.2024.

Publisert: 25. april 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0232
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.