
Er protonterapi riktig bruk av sparsomme ressurser?

KOMMENTAR

EIRIK JOAKIM TRANVÅG

Eirik.tranvag@uib.no

Eirik Joakim Tranvåg er stipendiat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Protonterapi blir en realitet i Norge fra 2023. Einar Dale og Einar Wergeland beskriver utredningen og vurderinger som ligger bak beslutningen [\(1\)](#). Artikkelen utelater noen helt sentrale problemstillinger knyttet til innføringen av protonterapi som er beskrivende for hele prosessen. Det hadde vært interessant å høre Dale, Wergeland eller andre involverte reflektere rundt noen av disse problemstillingene.

Hvorfor er protonterapi vurdert og innført helt på siden av det systemet som et samlet Storting har vedtatt? Beslutningen går mot demokratiske, etiske og faglige prinsipper som er helt sentrale i helsetjenesten. Dale og Wergeland skriver at «dette er en gledelig utvidelse av behandlingstilbudet for norske kreftpasienter». Men uten en systematisk vurdering av helsenytt, ressursbruk og alvorlighet kan vi ikke vite det. Det er gledelig for noen få, men utover disse vet ingen hvor stor nytten er og for hvem den har effekt.

Vi vet at prisen er høy. Over tre milliarder kroner til utbygging og over 200 millioner kroner i årlige driftskostnader [\(2\)](#). I tillegg kommer ukjente kostnader knyttet til støttefunksjoner som radiologi. Direkte og indirekte driftskostnader dekkes typisk på regionalt eller lokalt nivå uten ekstra tilførte midler. I et begrenset og hardt presset budsjett betyr det at ressursene må tas fra andre tiltak, for eksempel kostnadseffektiv behandling til andre kreftpasienter. For disse pasientene er protonterapi neppe en gledelig utvidelse.

Dale og Wergeland skriver at resultatene har uteblitt fra randomiserte kliniske studier hvor protonterapi har blitt undersøkt, og at dette kan skyldes at det er vanskelig å rekruttere pasienter. En annen hypotese kan være at protonterapi for mange tilstander ikke har effekt. En ny teknologi kan ikke innføres bare

fordi den er ny, teknologisk avansert eller har en teoretisk plausibel virkningsmekanisme. Den må ha dokumentert effekt. Er den i tillegg mange ganger dyrere enn dagens behandling, må det selvfølgelig foreligge en dokumentert inkrementell effekt – den må være bedre enn den gamle behandlingen.

Beslutningsforum godkjente til slutt nusinersen (Spinraza) for barn og unge under 18 år, mens det grunnet manglende dokumentasjon og usikkerhet om effekt ikke ble innført for voksne. For 85 % av pasientene vil protonterapi være eksperimentell behandling med usikker effekt. Er det relevante grunner til å behandle disse sakene ulikt?

Med så stor usikkerhet på så mange områder, hvorfor bygge to sentre?

LITTERATUR

1. Dale E, Waldeland E. Protonterapi – en realitet i Norge fra 2023. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.18.0250. [PubMed][CrossRef]
2. Planlegging av norsk senter for partikkelterapi. Rapport utarbeidet av Helse Vest i samarbeid med Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helsedirektoratet. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2013. http://www.medfys.no/nfmf-documents/Oppplastet/downloads/2013/06/Planlegging_av_norsk_senter_for_partikkelterapi-_13_juni_2013.pdf (20.9.2018).

Publisert: 15. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0738
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.