

A person in dark winter clothing is running away from the camera on a snow-covered path. The path is flanked by tall, bare trees under a clear blue sky. The scene is captured in a cinematic style with soft lighting.

Nye behandlingsmetoder, økt mulighet for
deltakelse i arbeidslivet og bedre helse

Arbeid, helse og kreft

oslo**economics**

 Bristol Myers Squibb

Tittel: Arbeid, helse og kreft
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: Bristol Myers Squibb

Publisert: Februar 2026
Rapportnummer: 2026-10

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: iStock/ FotoDuets

Innhold

Sammendrag	4
1. Arbeid, helse og kreft – hvorfor vet vi så lite?	7
1.1 Bedre behandling skaper nye utfordringer	7
1.2 Tidligere forskning på kreftkostnader i Norge	7
1.3 Rapport om kreft-pasienters rolle i arbeidslivet og samfunnsvirkninger	7
2. Årlig rammes over 17 000 personer i arbeidsfør alder av kreft	9
2.1 Hva er kreft?	9
2.2 Kreft rammer mennesker i alle aldre	11
2.3 Flere vil rammes av kreft fremover	11
2.4 Ny behandling gir nye behov	11
3. Pasientperspektivet – det er på jobben livet er normalt	13
3.1 Å være en «kreftoverlever»	13
3.2 Å gjennomgå kreftbehandling	14
3.3 Bivirkninger og seneffekter	14
3.4 Fra kreftdiagnose til den nye hverdagen	16
3.5 Jobben spiller en viktig rolle	17
3.6 Utfordringer og suksessfaktorer	17
3.7 Virkninger for pårørende	18
4. Arbeidsgivere og kollegaer deler byrden	19
4.1 Arbeidsgivers muligheter	19
4.2 Utfordringer knyttet til god tilrettelegging	20
4.3 Byrde for kollegaer	20
4.4 Kreftsykdom kan også ha store konsekvenser for arbeidsgiver	21
4.5 Kostnader for arbeidsgiver	23
5. Kreftkostnader i Norge: tapt verdiskaping utgjør en større kostnad enn helsetjenestekostnadene	24
5.1 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten	25
5.2 Tapt verdiskaping	28
5.3 Tapte leveår og tapt livskvalitet	32
5.4 Variasjon i kreftkostnader og sykdomsbyrde mellom ulike kreftformer	32
6. Prioritering og analyse: Analyseperspektiv er av betydning for hvilke tiltak som får prioritet	35
6.1 Prioritering av knappe ressurser	35
6.2 Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten	35
6.3 Virkninger kan oppstå både i og utenfor helsetjenesten	36
7. Bærekraft i velferdsstaten – økt fleksibilitet og investere i helse?	40
7.1 Prioriteringer på systemnivå	40
7.2 Utvikling av treffsikre ordninger	41

7.3 Samhandling i praksis	42
Vedlegg A Metode for beregning av samfunnskostnader	43
Vedlegg B Tapte leveår og fremtidige årsverk	48
Vedlegg C Undersøkelse via Kreftforeningens brukerpanel	49
Vedlegg D Anslag for kostnader som bæres av arbeidsgiver	52
Vedlegg E Samfunnskostnadene forbundet med melanom	53
8. Referanser	64

Sammendrag

Om lag 17 000 personer i arbeidsfør alder rammes av kreft hvert år. Bedre diagnostiske verktøy og behandlingsmetoder medfører at stadig flere av disse overlever, med færre bivirkninger og mindre skader enn tidligere. Mange ønsker et mest mulig normalt liv både under og etter endt behandling, herunder å delta i arbeidslivet. Dette setter nye krav til helsetjenesten, arbeidsgiver og samfunnet som helhet. Høy arbeidsdeltakelse er avgjørende for velferdsstatens bærekraft. Samtidig synes helsetjenesten i liten grad å ha bevissthet om mulighetene til og viktigheten av at flest mulig står i jobb. Ved hjelp av Kreftforeningens brukerpanel har vi innhentet pasientenes og de pårørendes vurderinger av konsekvenser for arbeidslivet. Anslagene på det årlige produksjonstapet (47 milliarder kroner) er langt høyere enn kostnadene i helsetjenesten (om lag 40 milliarder kroner). 1 av 4 kreftpasienter oppgir at de ikke fikk tilrettelegging for å kunne stå i jobb, men at de skulle ønske de fikk det. Investering i helse kan gi økt verdiskaping og reduserte trygdeutbetalinger, samtidig som deltakelse i arbeidslivet igjen fører til bedre helse. Denne rapportversjonen er en oppdatering av en tidligere publisert rapport fra Oslo Economics (OE-rapport 2022-81).

Flere vil jobbe etter å ha fått kreft – behov for god tilrettelegging i arbeidslivet

Bedre diagnostikk og behandling har gitt økt overlevelse og livskvalitet. De siste ti årene har antall personer som lever med eller etter kreft økt fra om lag 250 000 til 350 000 (Kreftregisteret, 2016, 2025). Det er derfor behov for økt forståelse for kreftpasienters rolle i arbeidslivet og arbeidsgiveres perspektiver.

Oslo Economics og Bristol Myers Squibb har over flere år analysert kreftkostnader basert på registerdata. Tidligere studier har i begrenset grad belyst virkninger for samfunnets verdiskaping. I 2022 ble det for første gang gjort anslag på kostnader som tidligere ikke var prissatt, basert på data fra et brukerpanel med over 700 pasienter, pårørende og etterlatte. Denne rapporten oppdaterer beregningene med offentlig tilgjengelige data. Analysene bygger på brukerpaneldata, registerdata, intervjuer og nasjonal og internasjonal forskningslitteratur.

Kreftsykdom påvirker personers arbeidsevne både under og etter behandling

Selv om behandlingsalternativene for kreft har blitt bedre enn før er det mange som sliter med bivirkninger under behandling og senskader etter endt behandling. Dette kan redusere arbeidsevnen og produktiviteten, og krever ofte tilrettelegging fra arbeidsgiver og kan påvirke kollegaer. I brukerpanelet svarte 60 prosent av dem som var i jobb at de opplevde redusert produktivitet. Andelen var 68 prosent blant pasienter med brystkreft og 41 prosent blant dem med prostatakreft.

Pårørende opplever også utfordringer i arbeidslivet, både i form av økt sykefravær og at arbeidstid går tapt på grunn av tid til pleie av den syke. Resultater fra undersøkelsen viser at for 68 prosent har det å være pårørende påvirket muligheten til å utføre oppgaver på arbeidsplassen i middels eller stor grad. 43 prosent oppgir å bruke mer enn 10 timer i uken til oppfølging og pleie av den kreftsyke, og for 38 prosent av respondentene har dette gått utover arbeidslivsdeltakelsen.

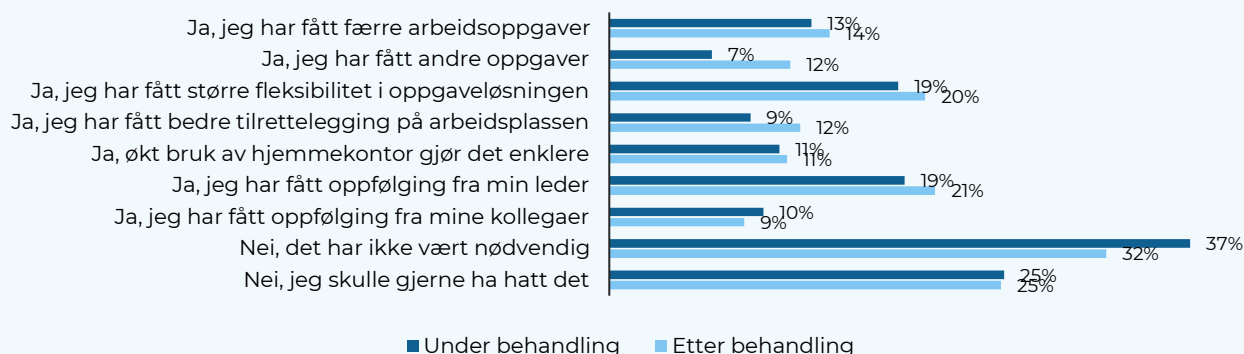
Tapt verdiskaping innebærer store kostnader for samfunnet

Samfunnskostnadene forbundet med kreft er betydelige. I 2025 anslås helsetjenestekostnadene til om lag 40 milliarder kroner, mens produksjonstapet er beregnet til 47 milliarder kroner. Verdien av tapte leveår grunnet redusert livskvalitet og for tidlig død er anslått til 270 milliarder kroner.

Kostnader som tidligere i liten grad har vært prissatt inkluderer redusert produktivitet (om lag 3 milliarder kroner årlig), uformell pleie (5,7 milliarder kroner) og økt sykefravær blant pårørende (1,5 milliarder kroner). Når disse inkluderes, overstiger kostnadene ved tapt verdiskaping kostnadene i helse- og omsorgstjenesten.

Kreftpasienters tilbakemeldinger om arbeidsevne

Har din arbeidsgiver gjort tiltak for å tilrettelegge for at du skulle stå i jobb under/etter behandling?



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel

Pasientene forteller at de gjerne vil stå i arbeid

Vår undersøkelse gjennom kreftforeningens brukerpanel viser at blant de som sto i jobb før de fikk kreft er 66 prosent tilbake i jobb etter behandling, hvorav en tredjedel i redusert stillingsprosent. 35 prosent av respondentene oppga at de helt eller delvis stod i jobb under behandling. Tilrettelegging og behov for fleksibilitet trekkes frem som viktige suksessfaktorer for at kreftpasienter skal kunne komme tilbake i arbeid. Undersøkelsen vår viser videre at 25 prosent av pasientene ikke fikk tilrettelegging for å kunne stå i jobb da det ikke var mulig, men skulle ønske de fikk det.

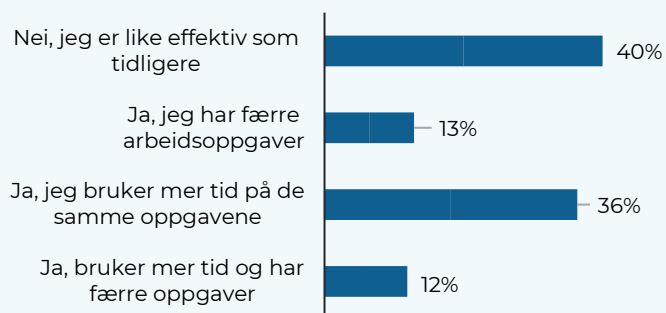
Hva skal belyses i prioriteringsunderlaget?

Politikerne har ansvar for å se sektorer i sammenheng, herunder å balansere målet om rettferdig fordeling mot samfunnsøkonomisk effektivitet. For å møte utfordringene knyttet til finansiering av velferdsstaten er det nødvendig å se helsetjenesten og arbeidslivssektoren i sammenheng. Tiltak i helsetjenesten som bidrar til at mennesker i større grad har mulighet til å stå i jobb eller fungere bedre i arbeidslivet vil ha stor verdi for samfunnet.

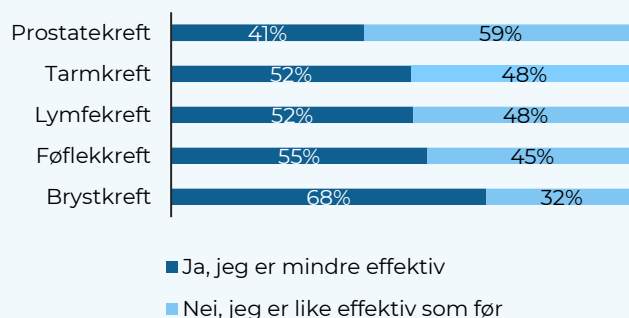
I dag synliggjøres ikke virkninger som økt verdiskapning eller redusert sykefravær ved vurdering av tiltak i helsetjenesten. Som illustrert i denne rapporten utgjør produksjonstapet forbundet med kreft langt høyere kostnader enn helsetjenestekostnadene, og det er gode argumenter for at disse bør vurderes som relevante ved prioritering av tiltak. I den nyeste prioriteringsmeldingen (Meld. St. 21 (2024-2025)) åpner regjeringen for at disse virkningene kan inngå som beslutningsstøtte i særskilte tilfeller, samtidig som helsetjenesteperspektivet videreføres som hovedregel. Analyser som synliggjør konsekvenser både med og uten produksjonsvirkninger kan bidra til et bedre informasjonsgrunnlag i prioriteringsbeslutninger.

Kreftpasienters tilbakemeldinger om arbeidsevne

Er du mindre effektiv i jobben nå enn det du var før du fikk kreftdiagnosen?



Er du mindre effektiv i jobben nå enn det du var før du fikk kreftdiagnosen?



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel

Økt fleksibilitet og verktøy for samhandlingen for arbeidstaker, helsetjenesten, arbeidsgiver, og NAV

Dagens trygdeordninger blir også trukket frem som hemmende for kreftpasienters muligheter til å fungere i arbeidslivet på en god måte. Både pasienter, pårørende og arbeidsgivere gir tilbakemeldinger om at det ofte er for enkelt for kreftpasienter å få hundre prosent sykemelding, og arbeidsgiversiden trekker frem gode eksempler på hvordan gradert sykemelding kan bidra til tilknytning til arbeidslivet og enklere retur etter sykdom. Samarbeid og god dialog mellom arbeidsgiver, NAV og den enkelte kan gjøre at man klarer å legge til rette for delvis tilknytning til arbeidslivet, fremfor uførepensjon.

For mange kreftpasienter kan det første året etter de får diagnosen gå svært raskt, og denne fasen vil for mange være lengre enn sykepengeordningen på tolv måneder. Overgangen fra sykepenge til arbeidsavklaringspenger (AAP) kan for flere bety økt avstand til arbeidsgiver, og et mulig tiltak vil være å forlenge sykepengeordningen for utvalgte grupper. Dette er gjort i flere andre land, blant annet i Danmark og Sverige.

Kunnskap om kreftbehandling og senskader hos arbeidsgiver og NAV pekes på av pasienter og pårørende som en viktig forutsetning for at flere kan stå eller komme tilbake til arbeid. Tilrettelegging krever ofte individuelle løsninger, og god dialog mellom aktørene er viktig for å finne de gode løsningene. Flere gir tilbakemelding om at dialogmøter med arbeidsgiver ofte avlyses fordi umiddelbar retur til arbeidslivet ikke er aktuelt for krefttrammede. Å bruke disse møtene til å diskutere mer langsiktige planer kan bidra til bedre tilknytning til arbeidslivet til nytte for både pasient og arbeidsgiver. Bruk av digitale løsninger kan gjøre det enklere og mer kostnadseffektivt å få til informasjonsutveksling mellom helsetjenesten, arbeidsgiver, NAV og pasient, samt å koble på andre aktører.

Nødvendig med tiltak på flere nivåer

For å bevare velferdsstaten er det behov for tilrettelegging for at mennesker skal kunne delta i arbeidslivet. Dette krever at vi må jobbe på systemnivå slik at dagens silotenkning der ulike sektorer ikke sees i sammenheng svekkes. Videre må vi forbedre hvordan helsetjenesten, arbeidsgiver og NAV samhandler i praksis og utvikle lovverk og IT-verktøy som understøtter dette. Vi må i større grad oppfordre krefttrammede til å stå i arbeidslivet så lenge de kan. På den annen side må vi i større grad legge til rette for koordinering og skreddersøm. Kreftstrategien bør også belyse barrierer på arbeidslivsfeltet.

Med økt bevissthet kan investering i helse gi økt verdiskaping og reduserte trygdeutbetalinger, samtidig som deltakelse i arbeidslivet igjen fører til bedre helse.



1. Arbeid, helse og kreft – hvorfor vet vi så lite?

Det finnes i dag flere studier av kreftkostnader i Norge; både virkninger for pasienter, helsetjenesten og samfunnet for øvrig er belyst både gjennom tidligere utredninger og i litteraturen.

Kreftpasienters rolle i arbeidslivet og arbeidsgivernes perspektiver er i mindre grad studert. Ved hjelp av Kreftforeningens brukerpanel har vi innhentet tilbakemeldinger fra mer enn 700 pasienter, pårørende og etterlatte. Sammen med data fra helseregistrene danner dette grunnlag for nye kostnadsanslag.

1.1 Bedre behandling skaper nye utfordringer

Tilgjengeligheten og utviklingen av nye behandlingsmetoder innen kreftfeltet har de siste tiårene ført til en redusert dødelighet for en rekke krefttyper. Tilgangen til innovative behandlinger, som målrettede behandlinger og immunterapi, har vært med på å akselerere denne utviklingen. Dette innebærer at samfunnet i større grad må forholde seg til pasienters muligheter til å jobbe under behandlingsforløpet og til å returnere til arbeidslivet etter endt behandling enn tidligere.

Samfunnet må i større grad forholde seg til pasienters muligheter til å jobbe under behandlingsforløpet og til å returnere til arbeidslivet etter endt behandling enn tidligere.

1.2 Tidligere forskning på kreftkostnader i Norge

En rekke vitenskapelige artikler og rapporter er publisert om kreftkostnader de siste årene, noe som har bidratt til bedre forståelse for samfunns-virkningene forbundet med kreft. Oslo Economics og Bristol-Myers Squibb har gjennom flere år arbeidet med analyser av kreftkostnader i Norge

basert på norske registerdata. En viktig svakhet med arbeidet som er gjort innen kreftkostnader, både nasjonalt og internasjonalt, er at kun deler av den tapte verdiskapningen har fått fokus.

Produksjonstapet er ofte begrenset til å omfatte kostnader forbundet med tidlig død og frafall fra arbeidslivet (sykefravær og uførhet). I tillegg finnes det ingen gode tall for kostnader av uformell pleie forbundet med kreft i Norge, og tidligere anslag er basert på internasjonale estimater og forholdstall.

1.3 Rapport om kreft-pasienters rolle i arbeidslivet og samfunnsvirkninger

Utviklingen som beskrevet over gjør at det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag om kostnader knyttet til tappt produktivitet og uformell pleie, samt hvordan samfunnet må jobbe videre for å sikre at pasienter har mulighet til å delta i arbeidslivet på best mulig måte.

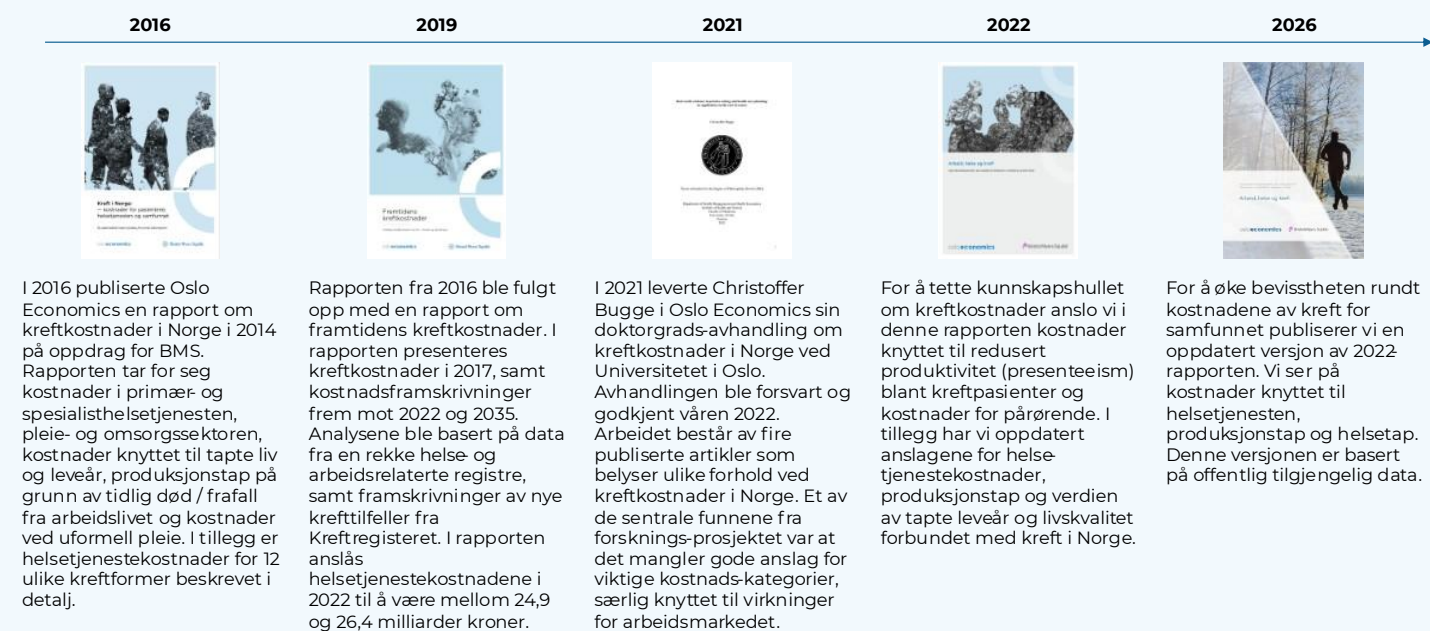
Formålet med denne rapporten er å bidra til bedre forståelse av feltet og hvordan endringene gir nye utfordringer vi må forholde oss til. Oslo Economics, med støtte fra Bristol-Myers Squibb, har publisert flere utredninger av kreftkostnader i Norge. Herværende rapport er en videreføring der vi, i tillegg til å presentere oppdaterte kostnads-beregninger, publiserer data og anslag for kostnadskomponenter som ikke er synliggjort tidligere. Denne rapporten er en oppdatering av en tidligere rapport publisert i 2022.

1.3.1 Metode

Rapporten bygger på nasjonal og internasjonal forskningslitteratur, tidligere beregninger av kreftkostnader, aggregerte registerdata, intervjuer med pasientrepresentanter, klinikere og representanter fra arbeidsliv og en spørreundersøkelse rettet mot kreftpasienter, pårørende og etterlatte (fra Kreftforeningens brukerpanel). I tillegg er det innhentet innspill gjennom workshoper med pasientrepresentanter, klinikere og representanter fra arbeidslivet. En nærmere beskrivelse av brukerundersøkelsen er presentert i vedlegg C.

Arbeidet er finansiert av legemiddelselskapet Bristol-Meyers Squibb. Kreftforeningen har bidratt med innspill og innhenting av data gjennom sitt brukerpanel.

Figur 1-1: Oslo Economics og Bristol-Myers Squibbs arbeid knyttet til kreftkostnader i Norge



Illustrasjon Oslo Economics

2. Årlig rammes over 17 000 personer i arbeidsfør alder av kreft

I 2024 ble det rapportert om 38 811 nye krefttilfeller i Norge, og ved utgangen av året var 347 867 personer i live etter å ha fått minst én kreftdiagnose. Kreft risikoen øker med alderen, men sykdommen er også hyppig utbredt blant yngre mennesker. Hvert år får over 17 000 personer i arbeidsfør alder en kreftdiagnose. Nye behandlingsmetoder gir økt overlevelse, og samfunnet må i større grad forholde seg til at kreftpasienter kan stå i jobb både under og etter behandling.

2.1 Hva er kreft?

Kreft er en gruppe sykdommer som oppstår når arvestoffet i celler blir skadet og celler begynner å dele seg ukontrollert (Store Norske Leksikon, 2022). Kreftceller utfører ikke oppgaver slik som friske celler gjør, og hvis veksten av kreftceller blir stor nok, kan det oppstå klumper av kreftceller som etter hvert kan bli til svulster (Alberts, et al., 2019). Ondartede svulster kan spre seg til andre steder i kroppen enn der de oppsto, både ved å vokse inn i naboorganer og ved å vokse seg inn i blod- og lymfekar (Norsk helseinformatikk, 2022). Slik spredning av kreftceller omtales som metastaser.

Kreftsvulster kan gi diverse symptomer, avhengig av hvor svulsten er lokalisert. Siden svulsten tar plassen til friske celler, uten å utføre de samme oppgavene, vil kreft kunne forstyrre funksjonen til organer, og i

verste fall fullstendig stanse organets funksjon. Det kan imidlertid ta tiår fra ukontrollert vekst starter til symptomer gjør seg merkbare (Kreftforeningen, 2022a).

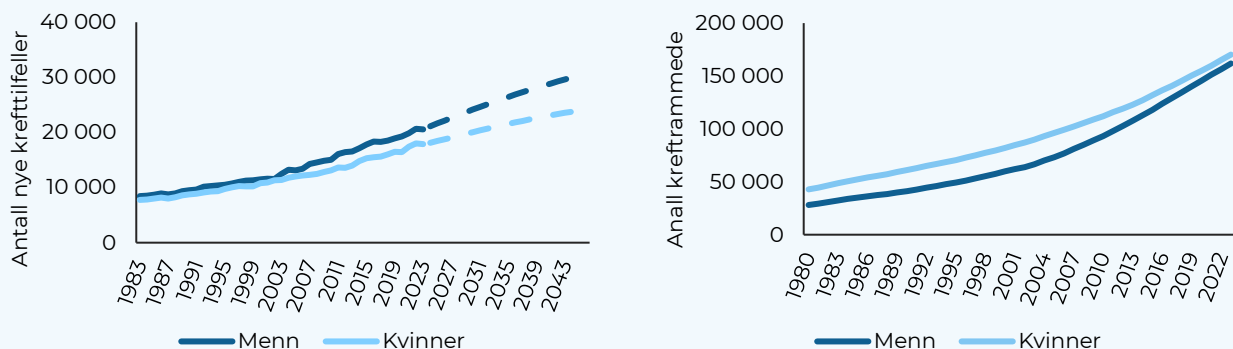
Kreftsvulster kan også skade organer som er naboorganer ved å utøve trykk på disse, fortrenge organene eller ved å kreve så mye blod fra kroppen at nærliggende organer får redusert blodforsyning.

2.1.1 Utbredelse i Norge

I 2024 ble det rapportert om 38 811 nye krefttilfeller i Norge (Figur 2-1, venstre). Av disse var 54,5 prosent menn og 45,5 prosent kvinner (Kreftregisteret, 2025). De vanligste kreftformene var prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft, som til sammen utgjorde 43 prosent av alle nye krefttilfeller i 2024. Antall nye tilfeller ventes å øke betydelig i årene som kommer (Figur 2-1, venstre). Ved utgangen av 2024 var 347 867 personer i live etter å ha fått en eller flere kreftdiagnoser i løpet av livet (Figur 2-1, høyre).

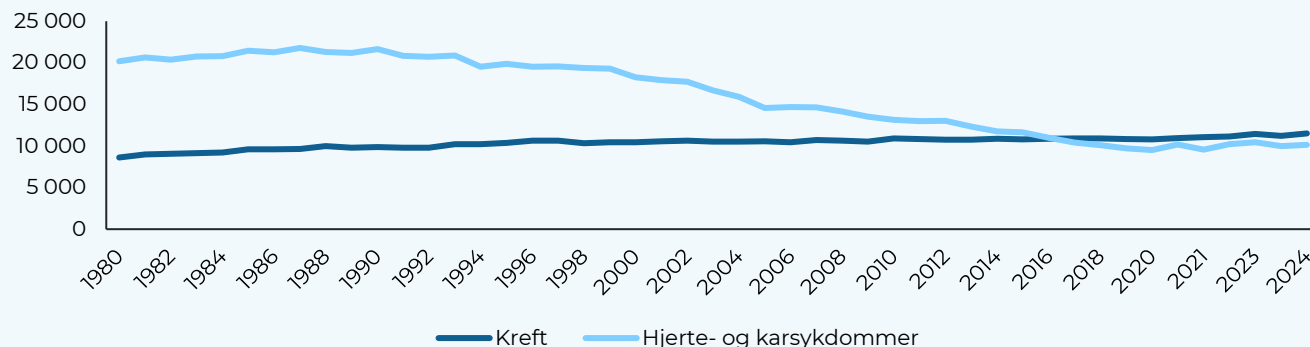
Kreft var den vanligste dødsårsaken i Norge i 2024, etter å ha passert hjerte- og karsykdommer i 2017 (Dødsårsaksregisteret, 2025). Om lag 20 prosent av de kreftrelaterte dødsfallene i perioden 2020 - 2024 skyldes lungekreft, mens kreftformer som tarmkreft (13%), prostatakreft (7%), bukspyttkjertelkreft (8%) og brystkreft (5%) også er forbundet med mange dødsfall. Til sammen står disse kreftformene for 54 prosent av kreftdødsfallene i 2024 (Dødsårsaksregisteret, 2026).

Figur 2-1: Antall nye krefttilfeller (1983-2043) og antall personer som lever etter eller med kreftdiagnose (1980-2023)



Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). I framskrivningen er metoden «Constant rates» benyttet. Valg av framskrivningsmetode vil påvirke prediksjonene for fremtidig antall nye tilfeller.

Figur 2-2: Antall dødsfall som skyldes kreft sammenlignet med hjerte- og karsykdommer (1980-2024)



Kilde: Dødsårsaksregisteret (2026)

2.1.2 Nye behandlingsmuligheter

Pasienter med kreft behandles ofte i flere omganger. Dersom kreftsvulsten ikke har spredd seg, kan den ofte fjernes ved kirurgi. Over halvparten av kreftpasienter får svulstene fjernet ved slike operasjoner (Kreftforeningen, 2026b). Ved siden av kirurgi benyttes ofte cellegift og strålebehandling. For enkelte kreftformer benyttes også andre typer behandling, eksempelvis antihormonell behandling eller stamcellebehandling.

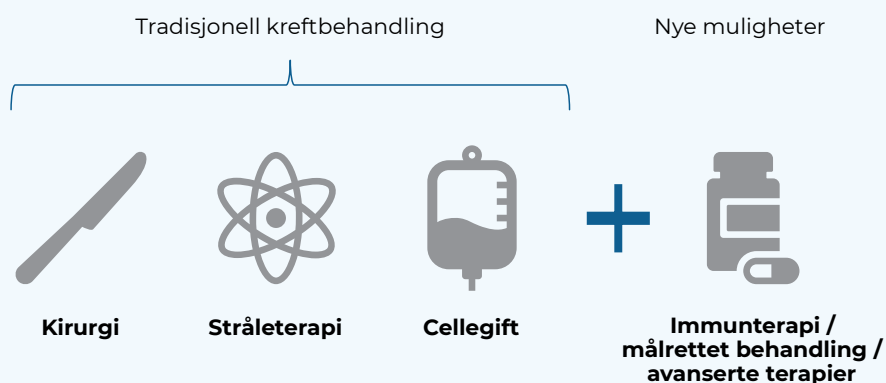
Cellegift er medisin som hindrer cellene i kroppen fra å reproducere seg selv. Dette dreper både friske celler og kreftceller i kroppen, men siden kreftcellene er mindre motstandsdyktige mot slik behandling vil de dø i større antall. Strålebehandling fungerer på samme måte, og er en type høyenergetisk røntgenstråling som skader arvematerialet i kroppens celler, slik at de dør ut eller forhindres fra å reproducere seg selv. Denne behandlingen skader også kroppens friske celler, men siden kreftcellene er svakere vil de også her være de som påvirkes mest (Alberts, et al., 2019). Antihormonell behandling benyttes ofte ved kreftformer hvor kreftcellene i betydelig grad er avhengig av hormonell stimulus for å vokse, eksempelvis brystkreft, prostatakreft og livmorhalskreft (Store Norske Leksikon, 2019). Ved å

hindre produksjon av det hormonet den gitte kreftformen stimuleres av eller ved å gi et antihormon som hindrer hormonet å virke på kreftcellene vil man kunne redusere kreften og/eller hindre spredning og tilbakefall (Kreftlex, u.d.).

Cellegift og strålebehandling gis i doser spredt ut over tid, slik at friske celler får tid til å komme seg mellom behandlingene. Både cellegift og strålebehandling kan brukes som behandling alene eller i sammenheng med kirurgi. De kan brukes i forkant av kirurgi for å gjøre kreftsvulstene mindre før de fjernes eller i etterkant av kirurgi for å redusere risikoen for at kreften kommer tilbake (neoadjuvant og adjuvant behandling).

Et behandlingsprinsipp som nylig er introdusert for flere kreftformer er immunterapi. Behandlingen virker ved at den hjelper kroppens immunforsvar å bekjempe kreftcellene på måter det ikke klarer på egenhånd (Kreftforeningen, 2022c). Det er mest vanlig å gi immunterapi når kreftsykdommen har spredd seg eller den ikke lar seg operere bort. Behandlingsformen benyttes også som adjuvant behandling. Det gjøres også studier på kombinasjon av immunterapi med annen kreftbehandling som cellegift og strålebehandling. Kombinasjon av ulike

Figur 2-3: Behandlingsprinsipper innen kreftbehandling



Illustrasjon Oslo Economics. Merk at det finnes flere typer kreftbehandling som ikke er inkludert i figuren (f.eks.: antihormonell terapi og stamcellebehandling)

immunoterapiformer har vist lovende resultater i enkelte studier (Kreftforeningen, 2026g).

I tillegg har det kommet, og ventes å komme, flere nye behandlingsalternativer som omtales som avanserte terapier. Dette omfatter gen-, celle- og vevsterapier, som baserer seg på å benytte genetisk materiale med formål om å regulere, reparere, erstatte, tilføye eller fjerne en gensekvens som forårsaker sykdom eller skade.

2.2 Kreft rammer mennesker i alle aldre

I 2024 fikk totalt 38 811 personer i Norge en kreftdiagnose, hvorav 53 prosent var menn og 47 prosent var kvinner (Kreftregisteret, 2025). Ved utgangen av samme år var det 347 867 personer i live som en gang tidligere i livet har fått minst en kreftdiagnose. Dette tilsvarer litt over seks prosent av den samlede befolkningen.

I likhet med mange andre sykdommer øker risikoen for kreft med alderen (White, et al., 2014). 56,6 prosent av alle nye krefttilfeller blant menn i Norge er personer som er 70 år eller eldre, mens tilsvarende andel er 50,5 prosent blant kvinner (Kreftregisteret, 2025). Likevel rammer kreft også svært mange personer i arbeidsfør alder. Av antall nye tilfeller i 2023 er 37 prosent av mennene og 36,8 prosent av kvinnene i aldersgruppen 50 til 69 år. Tilsvarende andel for de mellom 20 og 49 år er 6,1 prosent og 12,5 prosent for henholdsvis menn og kvinner.

I 2023 fikk totalt 17 651 personer mellom 20 og 69 år en kreftdiagnose. Dette innebærer at nesten 50 prosent av de som blir diagnostisert med kreft hvert år er i arbeidsfør alder.

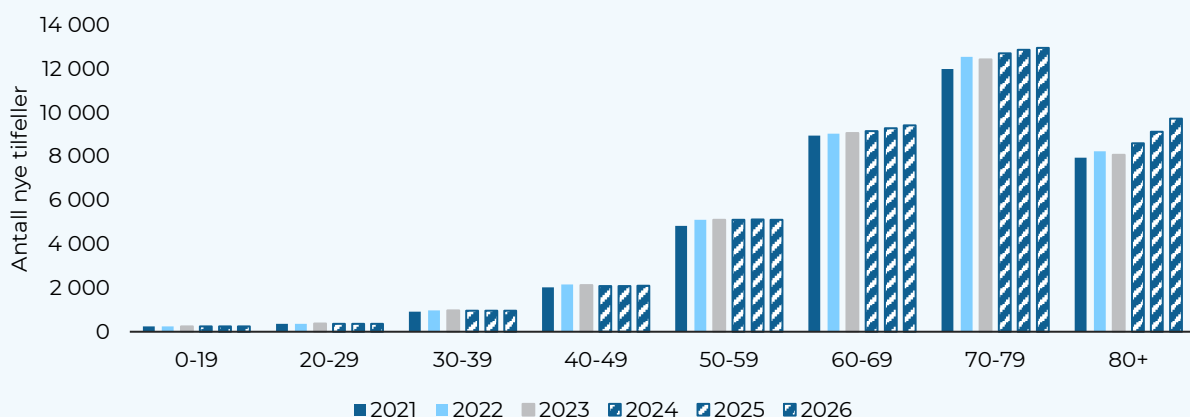
2.3 Flere vil rammes av kreft fremover

Prognoser fra det nordiske samarbeidsorganet NORDCAN tyder på at det i 2046 vil være i underkant av 55 000 nye krefttilfeller hvert år i Norge, en økning om lag 40 prosent fra dagens nivå (NORDCAN, 2026). Samtidig blir overlevelsen stadig bedre, og flere mennesker vil leve etter å ha blitt diagnostisert med kreft en gang tidligere i livet. Økt velstand trekker også i retning av høyere krav og forventninger til kvaliteten på behandlingstilbudet og oppfølgingen. Norge har et godt utgangspunkt for å møte disse utfordringene, forutsatt at helsetjenesten evner å ta i bruk nye løsninger og samtidig videreutvikle og effektivisere eksisterende arbeidsformer.

2.4 Ny behandling gir nye behov

Tradisjonell kreftbehandling har i mange år bestått av følgende behandlingsprinsipper: cellegift, antihormonell behandling, stråling og kirurgi. Cellegift og stråling dreper ikke bare kreftcellene, men også de sunne cellene i kroppen. Historisk har det blitt investert betydelige ressurser i forskning på mer raffinerte behandlinger, og denne innsatsen rettes i økende grad mot utvikling av mer målrettede behandlingsformer med færre bivirkninger. De siste årene har en rekke nye behandlinger blitt tilgjengelige, og det forventes at enda flere vil bli tilgjengelige for pasienter også i fremtiden. Introduksjonen av nye behandlingsalternativer for kreftpasienter har ført til bedre overlevelse og økt livskvalitet for mange pasienter og pårørende. Dette åpner en rekke muligheter, men krever også

Figur 2-4: Antall nye krefttilfeller i Norge fordelt på aldersgrupper (2021-2026*)



Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). Tall fra 2024-2026 er predikert av NORDCAN.

bevissthet og tilrettelegging ettersom flere pasienter er i en annen situasjon enn tidligere.

Bare de siste ti årene har antallet kreftpasienter som er i live etter å ha fått en kreftdiagnose økt fra 250 000 til 350 000 (Kreftregisteret, 2025). Mange av disse er i arbeidsfør alder, og skal tilbake til «hverdagen» etter å ha gjennomgått en vellykket behandling. Dette setter nye krav til arbeidsgiver, og samfunnet som helhet, og

det er nødvendig å sikre at pasientene i størst mulig grad kan fungere som en del av samfunnet vi lever i også etter at sykdommen har inntruffet. Arbeid er en viktig del av livet for mange mennesker, og gevinstene av at kreftpasienter kommer tilbake i arbeid er store, for samfunnet gjennom økt verdiskapning og for den kreftrammede og pårørende gjennom økt livskvalitet, bedre helse og økt mestring.

3. Pasientperspektivet – det er på jobben livet er normalt

For mange som rammes av kreft vil det å opprettholde en form for normalitet være viktig. Å stå i arbeid under behandling og å komme tilbake etter endt behandling vil kunne bidra til dette. Samtidig er det ikke uten utfordringer. Tilrettelegging på arbeidsplassen og fleksibilitet i hverdagen er viktige suksessfaktorer som ofte trekkes frem for at returen til arbeidslivet skal blir så god som mulig.

Stadig flere kreftpasienter lever etter endt behandling med ambisjoner om å vende tilbake til et mest mulig normalt hverdags- og arbeidsliv. Hvordan pasienter og pårørende rammes av kreft varierer fra person til person, og det kan være store forskjeller mellom ulike kreftformer. Mens fem års relativ overlevelse for enkelte kreftformer er tett opp mot 100 prosent, er andre kreftformer forbundet med svært høy dødsrisiko. Alder ved diagnosetidspunkt, type kreftform og tilhørende behandling er eksempler på forhold som påvirker livet etter sykdommen, både for pasienter selv og for deres pårørende. I dette kapittelet rettes fokuset mot disse to gruppene og hvordan det er å leve etter å ha fått en kreftdiagnose. Innholdet i kapittelet er basert på tidligere studier, resultater fra brukerundersøkelsen og innspill fra intervjuer og workshops med representanter for pasienter og pårørende.

3.1 Å være en «kreftoverlever»

Personer som har hatt kreft omtales ofte som «kreftoverlevende», eller «cancer survivors» (American Society of Clinical Oncology, 2019). Enkelte misliker begrepet «overlever» og ser mer på seg selv som «en person som har hatt kreft» eller en som «lever med kreft».

Begrepet «kreftoverlever» brukes ofte for personer som tidligere har hatt kreft.

Ordet kreftoverlever kan brukes for personer i ulike situasjoner, og omfatter:

- personer som ikke har noen tegn til aktiv kreftsykdom etter endt behandling

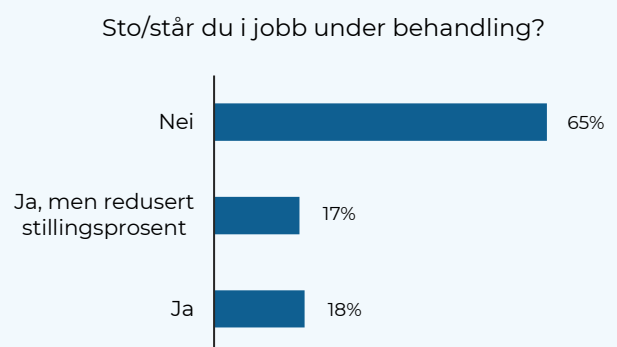
- personer som lever med kreft som en kronisk eller langvarig tilstand.

Kreftoverlevelse starter altså ved tidspunktet for diagnosen. Kreftoverlevende inkluderer også personer som får behandling over en lang periode, og de som aldri blir helt friske. Mange pasienter får adjuvant behandling, eller tilleggsbehandling, som gis for å redusere risikoen for tilbakefall eller at kreften sprer seg til andre steder i kroppen.

Kreftoverlevelse kan generelt klassifiseres i tre ulike faser (American Society of Clinical Oncology, 2019):

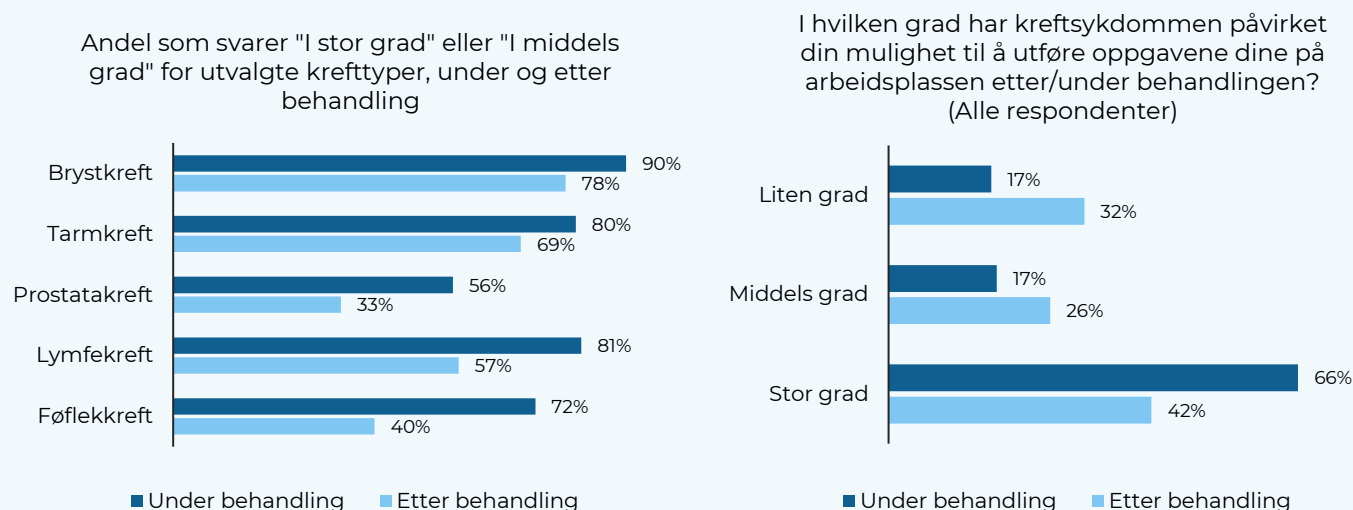
- **Akutt kreftoverlevelse** starter ved diagnosetidspunktet og varer til den initiale behandlingen er over. I denne fasen er kreftbehandlingen ofte hovedfokuset.
- **Utvidet kreftoverlevelse** starter etter den initiale behandlingen og varer i månedene etter behandlingen er avsluttet. Fokuset i denne fasen er ofte på virkninger av kreften og behandlingen man har vært igjennom.
- **Permanent kreftoverlevelse** er når det har gått flere år siden behandlingen ble avsluttet. Det er da er mindre sannsynlighet for tilbakefall. Senvirkninger av kreften og behandlingen man har gjennomgått får fokus i denne fasen.

Figur 3-1: Andel som sto/står i jobb under behandling



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=489

Figur 3-2: I hvilken grad kreftsykdommen har påvirket muligheten til å utføre oppgavene på jobb



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=453. N(Brustkreft)=200, N(Tarmkreft)=55, N(Prostatakreft)=36, N(Lymfekreft)=37, N(Føflekkreft)=25

3.2 Å gjennomgå kreftbehandling

Å få vite at man har en kreftdiagnose oppleves av de fleste som et sjokk, og mange sitter igjen med en følelse av å ha mistet kontrollen over eget liv. I den første perioden vil diagnosen oppleves som altoppslukende. Å prioritere hva som er viktig og ta aktiv del i de helserelaterte beslutningene kan hjelpe den enkelte med å gjenvinne følelsen av kontroll (Brusletto, et al., 2018) (Ganz, 2007).

Å bestemme hvorvidt man skal fortsette å arbeide i perioden man får behandling, eller om man skal sette jobben på pause, er blant beslutningene som ligger innenfor pasientens kontroll. Å arbeide, kan for enkelte være en kilde til avveksling og normalitet, mens for andre kan det være mer hensiktsmessig å ikke arbeide slik at man bruker tiden og energien sin på å restituere (Ganz, 2007).

Å holde seg fysisk aktiv under og etter behandling kan bidra til økt livskvalitet og mindre tretthet og ubehag (Kreftforeningen, 2025). Videre kan det å unngå å isolere seg, gjennom å finne noen å snakke med, være et steg i riktig retning for å bevare den psykiske helsen (Ganz, 2007).

Vår undersøkelse viser at blant de som sto i jobb (deltid eller fulltid) før de fikk kreftdiagnosen, så fortsatte 35 prosent å stå i jobb under behandlingen (Figur 3-1).

Samtidig oppgir flertallet av respondentene i undersøkelsen at sykdommen i stor grad har påvirket deres mulighet til å utføre oppgavene på jobben (Figur 3-2). Svarene varierer mellom kreftformer, der pasienter med brystkreft i større grad oppgir at

sykdommen har hatt betydning for måten de jobber på, mens pasienter prostatakreft i mindre grad rapporterer om dette. Videre, oppgir pasienter med føflekkreft at de i større grad ble påvirket under behandling enn etter behandling.

3.3 Bivirkninger og seneffekter

Selv om utviklingen i kreftforebygging- og behandlingen har ført til at flere overlever, er det fremdeles slik at sykdommen og behandlingen kan gi akutte bivirkninger og seneffekter, både psykisk og fysisk. Seneffekter er bivirkninger av kreftbehandlingen, som enten vedvarer over tid, eller som kan dukke opp lang tid etter behandlingen. Seneffekter må altså skilles fra kortvarige og forbigående akutte bivirkninger. Noen seneffekter kan være livstruende, mens andre påvirker dagliglivet og livskvaliteten til pasientene (Hess, et al., 2018).

Blant de vanligste akutte bivirkningene finner man kvalme, dårlig matlyst, nedsatt immunforsvar, hårtap, sårhet i munn og svelg, tretthet/konsentrasjonsvansker, sår og irritert hud, og lav blodprosent (Kreftforeningen, 2026e) (Kreftforeningen, 2026f).

Immunterapi har vist seg å ha færre alvorlige bivirkninger sammenlignet med kjemoterapi, men den er ikke uten. Blant de vanligste bivirkningene er betennelse i tarm, lunge, lever og nyre, hudreaksjoner, fatigue, samt påvirkning på kroppens hormoner (Kreftforeningen, 2026g). Noen av disse plagene kan bli varige.

Kreftpasienter med alvorlige diagnoser mottar ofte mer omfattende og belastende behandling enn pasienter som behandles med enkel kirurgi. Samtidig

kan også kirurgiske inngrep som innebærer fjerning av hele eller store deler av et organ gi betydelige seneffekter. Tilsvarende kan strålebehandling nær vitale organer medføre varige plager (Proba samfunnsanalyse, 2015). En av de mest utbredte seneffektene etter kreft er kronisk fatigue, definert som vedvarende utmattelse eller tretthet i seks måneder eller mer. Tilstanden kan være knyttet til en rekke ulike faktorer, men er ikke definert som en egen diagnose. Studier har vist at opp mot 25-30 prosent av langtidsoverlevende etter for eksempel lymfom, bryst-, livmorhals- og testikkelkreft, er plaget med kronisk fatigue (Helsedirektoratet, 2018).

Endringer i en pasients funksjonelle kropp grunnet kreft, kirurgi og annen behandling kan også føre til stress, tap av/reduert selvtillit, tilbaketrukket oppførsel, eller påvirke intime relasjoner negativt. Problemer knyttet til kroppsbilde og seksualitet som følge av kreftsykdom og behandling er dokumentert blant overlevende av en rekke kreftformer, deriblant brystkreft, leukemi, prostatakreft og beinmargskreft (Ganz, 2007).

Kognitive endringer som følge av kreftbehandling kan oppleves som både bekymringsfullt og plagsomt. Etter kjemoterapi og anti-hormonell behandling kan enkelte oppleve dårligere hukommelse, konsentrasjonsevne og evne til å planlegge. Kognitive problemer er først og fremst dokumentert ved

brystkreft og ved prostatakreft behandlet med antiandrogene midler.

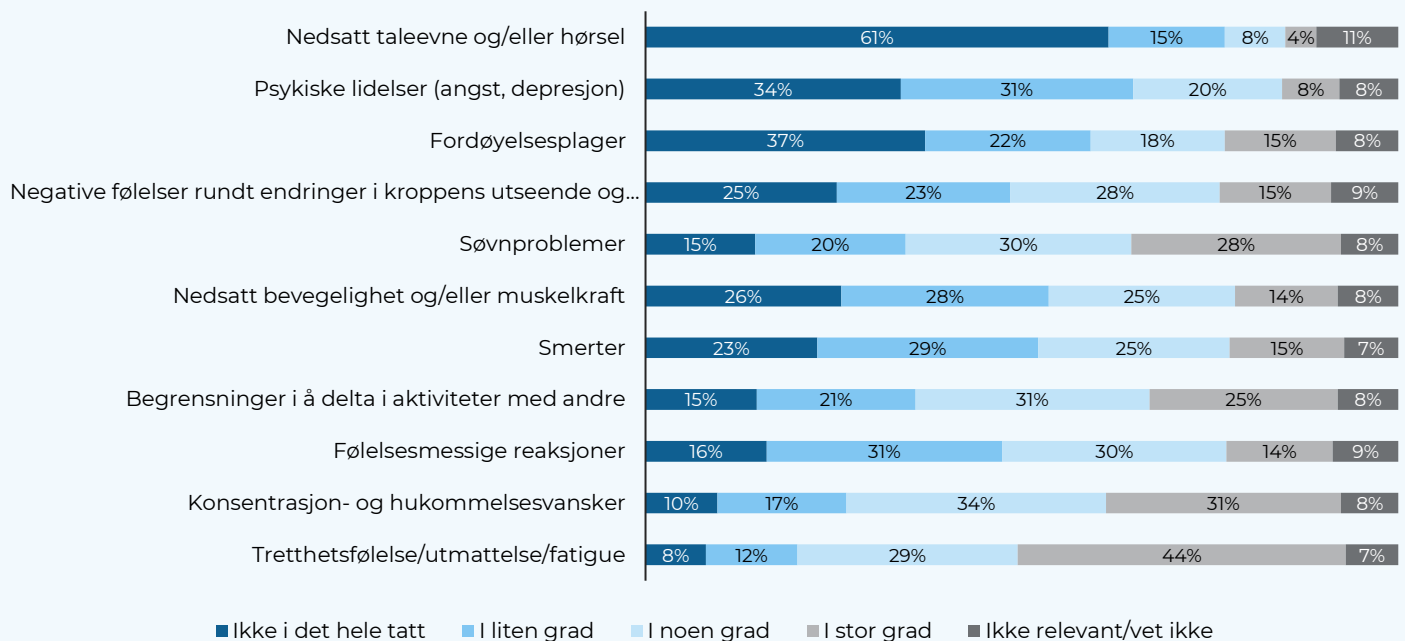
Å beholde en emosjonell likevekt mens man kommer seg etter behandling kan være utfordrende for mange pasienter, og det rapporteres om stress, depresjon og humørsvingninger (Ganz, 2007). En del kreftoverlevende får angstsymptomer, og hvis disse plagene følges av sterkt ubehag eller funksjonssvikt, diagnostiseres de som angstlidelser. Forskning viser blant annet at selv om det ikke nødvendigvis er høyere forekomst av angstlidelser og depresjon blant kreftoverlevende sammenlignet med deres partnere, så er forekomsten signifikant høyere enn hos den generelle befolkningen (Mitchell mfl. 2013).

Psykologiske intervensjoner, adferdspsykologi og kognitiv terapi er tiltak som kan hjelpe kreftoverlevende med å håndtere stress, depresjon og angst. Mange kreftoverlevende opplever også frykt for tilbakefall eller forverring av sykdommen, særlig i de første månedene og årene etter avsluttet behandling. Slik frykt kan ha betydning for hvordan den enkelte forholder seg til framtiden og langsiktig planlegging. (Ganz, 2007).

Figur 3-3 viser våre resultater fra undersøkelsen gjennom Kreftforeningens brukerpanel. Blant annet oppgir 73 prosent at de i noen eller stor grad har hatt utfordringer på jobb knyttet til fatigue.

Figur 3-3: Typiske utfordringer for pasientene

I hvor stor grad har du hatt utfordringer på jobb knyttet til:



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=461

Figur 3-4: Fem-fase prosessen av returen til arbeidslivet fra «Kreftens verden»



Kilde: Brusletto et al. (2018)

3.4 Fra kreftdiagnose til den nye hverdagen

Sykdomsforløpet for en kreftpasient varierer fra person til person. Dette kan ha sammenheng med forskjeller i type kreft, kreftstadium, om det er spredning eller ikke, og hvor i kroppen kreften er. Det er også betydelige individuelle forskjeller i behandlingsrespons, både når det gjelder effekt og omfanget av bivirkninger. Tilsvarende er det variasjon i hvem som opplever seneffekter av behandlingen (Proba samfunnsanalyse, 2015). På samme måte varierer det fra person til person om de forblir i arbeidslivet under behandling, vender tilbake etter endt behandling, eller ikke returnerer til arbeidslivet i det hele tatt, samt hvordan denne prosessen oppleves.

Basert på dybdeintervjuer med kreftoverlevende presenterer Brusletto et al. (2018) prosessen med å returnere til arbeidslivet gjennom en fem-fase-modell (Figur 3-4).

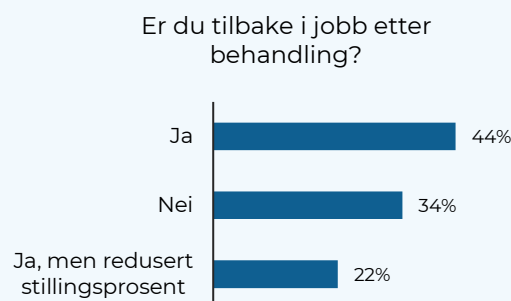
Å få en kreftdiagnose kan komme brått, uventet, og snu livet opp-ned. I det som omtales som fase 1 og 2 fokuseres det lite til ingenting på arbeidsliv. Her handler det i stor grad om kreften, behandling og overlevelse. I fase 3 flyttes fokuset over på å skape en form for normalitet i livet, gjennom meningsfulle gjøremål og aktiviteter. Her blir arbeidslivet viktigere og mange velger å returnere til arbeidsplassen i større eller mindre grad. Samtidig er dette en sårbar og utfordrende fase hvor mange opplever å stadig bli satt noen steg tilbake. Over tid opparbeides mer selvtillit og styrke, både fysisk og psykisk, og den enkelte finner sin vei til det nye normale (fase 4). I denne fasen vil noen kunne øke arbeidsmengden sin, og andre vil velge å bytte jobb eller begynne på utdanning.

Den siste fasen omtales som den nye normalen (fase 5). Her har den enkelte fullført sin reise fra en verden som omfattes av kreftdiagnosen til sin nye normal med en arbeidssituasjon som er bærekraftig (Brusletto, et al., 2018).

Denne beskrivelsen gjennom faser er naturlig nok en forenkling av virkeligheten, og det er store individuelle forskjeller. I realiteten er denne prosessen ofte kompleks og sjelden en tydelig steg-for-steg-prosess. For mange tar det lang tid, og noen kommer aldri tilbake i fullt arbeid. Samtidig er full tilbakevending til arbeid verken et realistisk eller hensiktsmessig mål for alle.

Undersøkelsen av kreftforeningens brukerpanel viser at blant de som sto i jobb (deltid eller fulltid) før de fikk kreftdiagnosen er 66 prosent tilbake i jobb etter behandling, blant disse er en tredjedel i redusert stillingsprosent (Figur 3-5).

Figur 3-5: Andel tilbake i jobb etter behandling



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=482

3.5 Jobben spiller en viktig rolle

For personer som rammes av kreft vil det å opprettholde størst mulig grad av normalitet være viktig (Proba samfunnsanalyse, 2015). Arbeidsplassen kan spille en avgjørende rolle for mange. Å jobbe representerer en form for kontroll over eget liv, og en måte å beholde sin identitet på og distansere seg fra kreften (Kane, et al., 2020). Videre, kan det hjelpe med å forme og ivareta sosiale forhold, og gi den enkelte økt selvtillit gjennom at de får brukt sine evner og talent (Wells, et al., 2013).

Økonomiske forhold kan også være årsak og motivasjon for at en kreftoverlever vender tilbake til arbeid. I en rapport fra Helsedirektoratet (2018) vises det til at kreftpasienter i snitt har et inntektstap på 10-15 prosent. Noe kan kompenseres gjennom at partner arbeider mer, men i noen tilfeller kan dette gå utover/ikke være mulig grunnet familielivet. Det vises også til at det verste økonomiske trykket kommer når sykepengene tar slutt og pasienten må over på arbeidsavklaringspenger.

3.6 Utfordringer og suksessfaktorer

Som nevnt er det å returnere til arbeid eller forbli i arbeid under behandling viktig for mange, men ikke nødvendigvis uten utfordringer. Arbeidsevne eller arbeidskapasitet avhenger av flere forhold, herunder fysisk, psykisk og sosial kapasitet. Både den fysiske og psykiske delen av arbeidsevnen svekkes for mange som følge av sykdommen, behandlingen og/eller seneffekter. Den sosiale kapasiteten kan svekkes av endrede forhold til arbeidsgiver og kollegaer (Helsedirektoratet, 2018) (American Society of Clinical Oncology, 2019).

Yrke og stillingsnivå kan ha mye å si for muligheten til, og hvor enkelt, det vil være å returnere til arbeid. Yrker som stiller høye krav til fysisk kapasitet og tilstedeværelse, som eksempelvis innen fiske, jordbruk, transport eller service, kan være mer krevende for kreftrammede å komme tilbake til (Proba samfunnsanalyse, 2015).

Det kan være at den enkeltes oppfatning av egen evne til å arbeide ikke stemmer over ens med den faktiske evnen til å håndtere jobben. Dette kan resultere i at flere begynner i jobb før de egentlig bør (Brusletto, et al., 2018). Det kan være nyttig å «jobbe smart» når man skal returnere til arbeid. Dette innebærer blant annet å ta det med ro, ikke stresse, ta pauser og fri når det er nødvendig, samt fokusere på de aspektene i arbeidshverdagen hvor man føler mestring og kan bruke sine styrker. Selvbevissthet vil her være grunnleggende, slik at kreftoverlever kan reflektere rundt egne utfordringer, søke hjelp, og re-evaluere situasjonen og prioriteringene for å vedlikeholde fysisk og psykisk helse ved siden av jobben (Wells, et al., 2013).

Når kreftrammede returnerer til jobb kan flere oppleve at arbeidsgiver og kollegaer behandler dem annerledes sammenlignet med før de fikk diagnosen. Dette forholdet mellom arbeidsgiver/kollegaer og den kreftrammede kan enten virke som en barriere, eller en tilrettelegger, for at returen til arbeid skal bli en suksess (American Society of Clinical Oncology, 2019). Mangel på oppmerksomhet og gjensidig forståelse kan gjøre det krevende å samarbeide med kollegaer. Videre kan et ensidig fokus på produktivitet og resultater hos arbeidsgiver gjøre overgangen tilbake til arbeid mer krevende. Arbeidsgivere som viser forståelse og tilrettelegger for sine ansatte trekkes derimot ofte frem som en viktig suksessfaktor. (Dorland, et al., 2016).

Synligheten av sykdommen kan for flere virke hemmende i arbeidssammenheng, gjennom lavere

Figur 3-6: Suksessfaktorer og utfordringer

Suksessfaktorer

- Fleksibilitet og mulighet for å jobbe «smart»
- Kommunikasjon og forståelse fra arbeidsgiver/kollegaer
- Fokus på aspekter ved arbeidshverdagen som gir mestring
- Selvbevissthet og prioritere fysisk og psykisk helse

Utfordringer

- Høye krav til fysiske kapasitet og tilstedeværelse
- Mangel på gjensidig forståelse og kommunikasjon
- Høyt fokus på produktivitet og resultat
- Overvurdere egen arbeidsevne
- Synlige og usynlige endringer som følge av sykdommen

selvtillit og mer usikkerhet grunnet synlige kroppslige endringer. På den annen side kan mindre synlige endringer (for eksempel fatigue og kognitive utfordringer) være årsaken til at kollegaer og arbeidsgiver overvurderer arbeidskapasiteten til en krefttrammet (Dorland, et al., 2016).

Kommunikasjon og dialog mellom arbeidsgiver, helsetjenesten og den ansatte er viktig for den ansattes vei tilbake til jobb. Jevnlig kontrakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver gjennom behandlingsperioden kan bidra til å redusere terskelen for tilbakevending til arbeid, blant annet ved at avstanden til arbeidsplassen oppleves som mindre. Slik kontakt kan også legge til rette for en felles forståelse av forventede arbeidsoppgaver, arbeidsevne og behov for tilrettelegging. (Proba samfunnsanalyse, 2015). Åpen dialog med (de næreste) kollegaene kan også være nyttig. Kollegaer kan ønske å være støttende, men kan mangle kunnskap om hvordan de best skal forholde seg til sykdommen. Samtidig er det et personlig valg i hvilken grad, på hvilket tidspunkt og med hvem man ønsker å dele informasjon om egen situasjon med (American Society of Clinical Oncology, 2019).

3.7 Virkninger for pårørende

Sykdom påvirker ikke bare personen som blir syk, men også familie, partner og venner. Hvordan personer reagerer på å bli diagnostisert med kreft er ulikt, og i enkelte tilfeller kan pårørende reagere kraftigere og oppleve mer stress enn pasienten (Ganz, 2007). Pårørende kan oppleve stor psykisk belastning som kan være vanskelig å håndtere, og for enkelte kan det forverre eksisterende psykiske utfordringer. Viktigheten av å ta vare på den psykiske helsen til pårørende bør ikke undervurderes (McKeague & Maguire, 2021).

At en person i familien får kreft, innebærer ofte at familiemedlemmer får nye roller og at hverdagen organiseres rundt behandlingen og pasienten. Det

kan oppleves som vanskelig for både familie og venner å vite hvordan de skal forholde seg til pasienten. Innad i familiedynamikken kan en kreftdiagnose både ha positive og negative konsekvenser. For noen kan sykdommen bidra til økt

Figur 3-7: Påvirkning på mulighet til å utføre arbeidsoppgaver for pårørende

I hvilken grad har det å være pårørende påvirket din mulighet til å utføre oppgavene dine på arbeidsplassen?



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=86

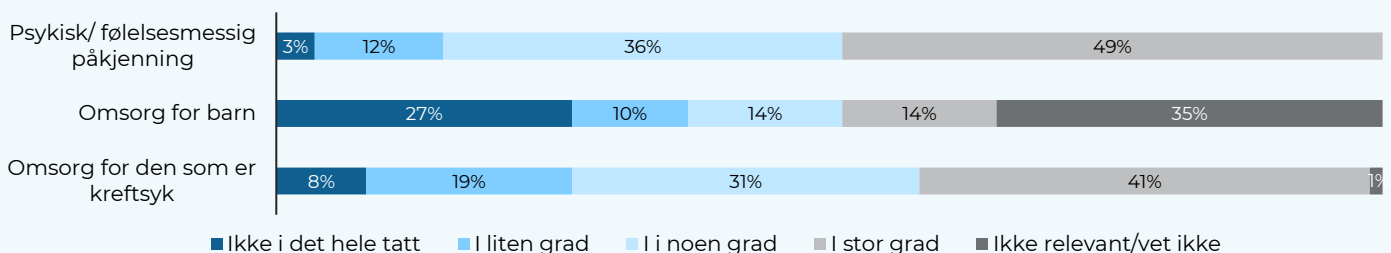
samhold, ved at familiemedlemmer støtter hverandre og tilbringer mer tid sammen. Samtidig kan en kreftdiagnose innebære økt belastning og stress for pårørende, som må håndtere praktiske og emosjonelle utfordringer parallelt med å støtte pasienten (McKeague & Maguire, 2021).

I undersøkelsen vår gjennom Kreftforeningens brukerpanel svarte 85 prosent av respondentene at det å stå i jobb og samtidig være pårørende i noen eller stor grad oppleves som en psykisk og/eller følelsesmessig påkjenning. Videre svarer 41 prosent at de i stor grad har hatt utfordringer på jobb knyttet til omsorg for den kreftsyke (Figur 3-8).

Figur 3-7 viser i hvilken grad det å være pårørende har påvirket deres mulighet til å utføre oppgavene sine på arbeidsplassen. 72 prosent av respondentene svarte at de i middels eller stor grad har blitt påvirket.

Figur 3-8: Typiske utfordringer for pårørende

I hvor stor grad har du hatt utfordringer på jobb knyttet til



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=86

4. Arbeidsgivere og kollegaer deler byrden

Arbeidshverdagen for mange kreftpasienter endrer seg både under og etter gjennomført kreftbehandling. Dette påvirker også arbeidsgivere, som bør legge til rette for arbeidsdeltakelse så langt dette er mulig. Det at mange har behov for tilrettelegging og må jobbe på andre måter enn tidligere, øker kravene som settes til arbeidsgiverne og belastningen på kollegaene. Sykefravær eller at enkelte jobber mindre effektivt innebærer ytterligere kostnader for arbeidsgiver. God tilrettelegging og dialog er viktig for å sikre at arbeidskapasiteten til kreftpasienter utnyttes på best mulig måte.

4.1 Arbeidsgivers muligheter

Et godt arbeidsmiljø med støttende og forståelsesfulle ledere og kollegaer har stor betydning for hvordan mange kreftoverlevende opplever det å komme tilbake på jobb.

Tilrettelegging på arbeidsplassen trekkes frem i en rekke studier som en viktig suksessfaktor for at en kreftoverlever skal kunne returnere til arbeid (Brusletto, et al., 2018) (Dorland, et al., 2016) (Proba samfunnsanalyse, 2015) (Connolly, et al., 2021). Samtidig vil arbeidsgivers muligheter for tilrettelegging variere med bransje, virksomhetsstørrelse og virksomhetens aktivitet. Eksempelvis har digitaliseringen og økt bruk av hjemmekontor de siste årene gjort det enklere å tilrettelegge for en fleksibel arbeidshverdag. Det er imidlertid ikke alle arbeidsplasser hvor dette er mulig, og mange jobber i yrker som krever fysisk tilstedeværelse.

Enkelte kreftrammede vil kunne arbeide gjennom behandlingsperioden, og da er ikke nødvendigvis behovene for tilrettelegging de samme som etter endt behandling. Under behandlingsperioden er kanskje den viktigste forutsetningen at den kreftrammede kan veksle mellom tilstedeværelse og fravær. Dette lar seg enklere kombinere med yrker hvor arbeidsoppgaver, -mengde, tid- og -sted er fleksibelt. Derimot, kan dette være mer utfordrende i yrker hvor det er behov for kontinuitet og forutsigbar

Figur 4-1: Tilrettelegging for pasienten på arbeidsplassen før og etter behandling



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N (Under behandling) =483, N (Etter behandling) =471. Flervalg: respondenter kunne oppgi flere svaralternativer.

Figur 4-2: Tilrettelegging for pårørende på arbeidsplassen

Har din arbeidsgiver gjort tiltak for å tilrettelegge for at du skulle stå i jobb da du var pårørende?



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=119. Flervalg: respondenter kunne oppgi flere svaralternativer.

tilstedeværelse. Videre, vil kreftbehandling kunne redusere immunforsvaret til pasienten slik at de er mer utsatt for sykdom og infeksjoner. Tilrettelegging for å skjerme den ansatte for unødig smittefare kan for eksempel innebære å endre arbeidsoppgaver slik at den kreftrammede får mindre kundekontakt, å tilby et eget kontor eller muligheten til å jobbe hjemmefra fremfor et åpent kontorlandskap (Proba samfunnsanalyse, 2015). Svært mange vil oppleve at virkningen av kreftbehandlingen kommer gradvis, slik at de må redusere arbeidsmengden gjennom behandlingsperioden (Kane, et al., 2020).

Etter den mest intensive behandlingen er over og pasienten skal tilbake i arbeid vil svært mange ha behov for en form for tilpassing, som for eksempel redusert arbeidstid, endrede arbeidsoppgaver, tilrettelegging i det fysiske miljøet eller mulighet for å arbeide hjemmefra. I den første perioden tilbake i jobb vil mange oppleve varierende dagsform, slik at fleksibilitet og muligheten for å trekke seg litt tilbake på kort varsel kan være nyttig (Proba samfunnsanalyse, 2015). Over tid vil noen kunne øke arbeidsbelastningen og få et redusert behov for tilrettelegging, mens andre vil ha et permanent behov for tilrettelegging og/eller ikke kunne komme tilbake i 100 prosent stilling (Brusletto, et al., 2018) (Connolly, et al., 2021).

I undersøkelsen vår oppgir 25 prosent av pasientene at de ikke fikk tilrettelegging for å kunne stå i jobb fordi det ikke var mulig, men skulle ønske de fikk det. Blant de som svarte at de fikk tilrettelegging er de vanligste tiltakene oppfølging fra leder og større fleksibilitet i oppgaveløsningen (Figur 4-1).

Det er ikke bare kreftpasienter og -overlevende som har behov for tilrettelegging for å kunne stå i og/eller komme tilbake i jobb. Som nevnt tidligere opplever svært mange pårørende utfordringer knyttet til å stå i jobb og å få hverdagen til å gå rundt. Resultatene fra

undersøkelsen vår viser at 20 prosent av de pårørende ikke fikk tilrettelegging for å kunne stå i jobb, men skulle ønske de fikk det. I likhet med pasientene var de vanligste tiltakene blant de pårørende som fikk tilrettelegging; oppfølging av leder og større fleksibilitet i oppgaveløsningen. I tillegg var også økt bruk av hjemmekontor vanlig (Figur 4-2).

4.2 Utfordringer knyttet til god tilrettelegging

Tilrettelegging er individuelt, og det som fungerer godt for enkelte vil ikke nødvendigvis fungere for andre. En viktig forutsetning for at arbeidsgiver skal kunne tilrettelegge på en god måte er derfor dialog og åpenhet. I tillegg kan det som er optimal tilrettelegging for en ansatt være til stor belastning for andre i bedriften. For arbeidsgiver kan det altså være en vanskelig balansegang mellom god tilrettelegging for den enkelte og opprettholdelse av god og forsvarlig drift av virksomheten.

Åpenhet og dialog er viktig for tilretteleggingen skal virke som tiltenkt. Et eksempel som har blitt trukket frem i forbindelse med denne utredningen er bruk av hjemmekontor. Hjemmekontor er i utgangspunktet en god form for tilrettelegging, da det blant annet gir mye fleksibilitet og kan skjerme pasienten dersom de arbeider under behandlingsperioden. Samtidig kan det resultere i at den ansatte jobber mer enn planlagt fordi effektiviteten er lavere enn før. Dette gjør at det tilsynelatende ser ut til at det går bra fordi den ansatte kommer seg gjennom alle oppgavene de har ansvaret for, samtidig som belastningen er høy. På sikt kan dette gjøre at den ansatte ikke klarer å stå i jobben.

4.3 Byrde for kollegaer

Når man får vite at en kollega har fått kreft kan det for mange være vanskelig å vite hvordan de skal forholde

seg til det (Kreftforeningen, u.d.). Samtidig er det i dag større åpenhet og dialog rundt kreft enn tidligere, og det er bred forståelse for fravær og behovet for tilrettelegging og avlastning under behandling og i forbindelse med tilbakevending til arbeid.

Likevel innebærer ofte kreftsykdom at kollegaene må ta over arbeidsoppgavene til den syke, i tillegg til sine egne oppgaver og ansvar. Denne økte arbeidsmengden kan for en del oppleves som belastende.

Dersom kollegaene i større grad blir involvert i dialogen og tilretteleggingsprosessen kan det derimot være enklere å forstå og akseptere den ekstra

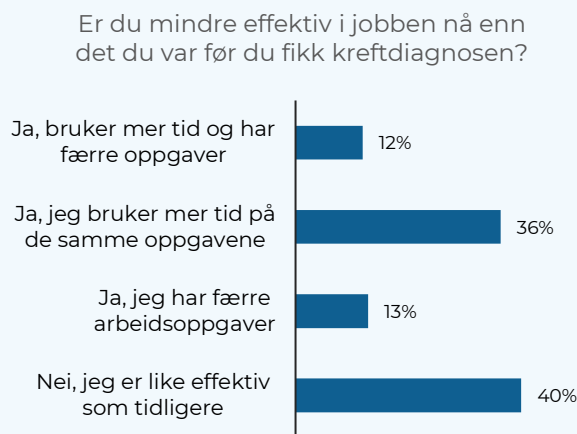
4.4 Kreftsykdom kan også ha store konsekvenser for arbeidsgiver

Kreftsykdom påvirker mange pasienter, pårørende og etterlattes jobbhverdag. Selv om mange pasienter er eller kommer tilbake til jobb, kan det være at de jobber mindre effektivt enn hva de gjorde før de ble syke. Selv om de står i jobb kan de altså være mindre produktiv enn hva de kunne vært («presenteeism»). Dette innebærer kostnader for arbeidsgiver, og tilrettelegging er viktig for å sikre at kompetansen og kapasiteten til kreftoverlevende utnyttes på best mulig måte.

4.4.1 Kreft gir redusert arbeidsevne for mange pasienter

Blant pasientene som står i arbeid under behandlingsforløpet opplever flere redusert produktivitet, såkalt presenteeism. Presenteeism kan føre til at pasienter arbeider like mye som tidligere, men får gjort færre oppgaver i løpet av den samme tiden. Alternativt gjør pasienter de samme oppgavene som tidligere, men bruker mer tid på de samme oppgavene. I undersøkelsen fra brukerpanelet svarte 60 prosent av de som stod i jobb at de opplevde redusert produktivitet, enten ved at de brukte mer tid på samme oppgaver, at de hadde færre oppgaver eller begge deler (Figur 4-3; Figur 4-4).

Figur 4-3: Redusert produktivitet blant pasienter i arbeid

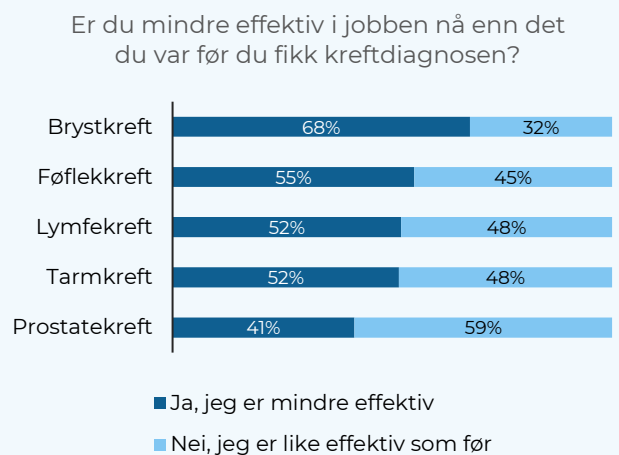


Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=306

arbeidsmengden (Petersen, et al., 2019). Kommunikasjon om hvilke utfordringer den kreftrammede overlever har kan her være viktig, særlig de som er mindre synlig etter behandlingen er ferdig, som fatigue og kognitive vanskeligheter. Samtidig kan det være ukomfortabelt for den kreftrammede å skulle involvere sine kollegaer i en privat sak.

Kollegaer kan også kjenne på usikkerhet knyttet til hva som vil skje på lang sikt. Det er vanskelig å tidfeste og vite når og i hvilken grad kreftoverlevende vil kunne være tilbake i jobben, og derfor vil mange føle behovet for en mer permanent løsning. Kollegaer står med andre ord ofte i en situasjon hvor de ønsker å vise forståelse og hjelpe til, samtidig som de ønsker forutsigbarhet og vite når arbeidsbelastningen blir normal igjen (Petersen, et al., 2019).

Figur 4-4: Redusert produktivitet blant pasienter, for utvalgte kreftformer



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N (Brystkreft) = 136, N (Føflekkreft) = 20, N (Lymfekreft) = 25, N (Tarmkreft) = 33, N (Prostatakreft) = 29. Merk: Informasjon om stadium ved diagnostidspunktet mangler, og svarene er ikke nødvendigvis representative for kreftformen.

Blant de som har svart at de har redusert produktivitet på jobb har vi fordelt svarene på de kreftformene som forekommer oftest blant respondentene i undersøkelsen. Personer med brystkreft oppgir i større grad redusert produktivitet enn de andre kreftformene, der 68 prosent av disse respondentene opplever at de er mindre effektive på jobb. Pasienter med prostatakreft opplever derimot dette i minst grad, hvor 41 prosent oppgir nedsatt effektivitet.

Problemstillinger relatert til redusert produktivitet vil for mange pasienter henge igjen i lang tid. En tidligere studie gjort blant brystkreftpasienter viste at en tredjedel av pasientene opplevde at de hadde dårligere arbeidsevne åtte år etter diagnosetidspunkt. 70 prosent opplevde også at kreften hadde redusert deres fysiske og/eller mentale arbeidsevne (Vandraas,

oppgaver i løpet av en normal arbeidsuke. De fleste respondentene (58 prosent) oppgir at de har hatt en reduksjon på 20 prosent eller mer i arbeidsmengde.

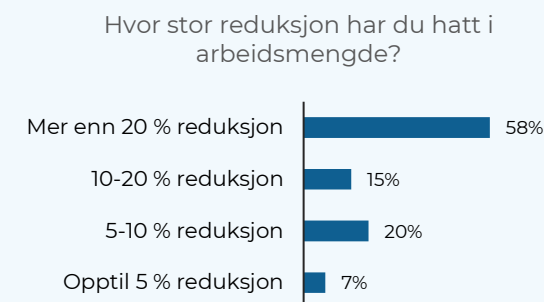
Blant pasientene som svarte at de brukte mer tid på de samme oppgavene var det stor variasjon i hvor mye mer tid de brukte. Svar på spørsmålet om hvor mye mer tid de brukte i løpet av en vanlig arbeidsuke (37,5 timer) er vist i Figur 4-6. Som det fremgår av figuren oppgir om lag 1 av 5 at de bruker mer enn 20 prosent ekstra tid på de samme oppgavene.

4.4.2 Redusert arbeidsdeltakelse blant pårørende

For mange pårørende vil kreftsykdom i nære relasjoner påvirke muligheten til å arbeide, både ved at de må pleie den kreftsyke og/eller påvirkes emosjonelt. Brukerundersøkelsen viser at 88 prosent av dem som var i arbeid før de ble pårørende, fortsatte å stå i jobb mens den de var pårørende til, var under behandling (Figur 4-7).

Av de som sto i jobb sto noen i redusert stilling (14 prosent). Blant de som hadde redusert stilling, arbeidet de i gjennomsnitt 50 prosent. Av pårørende

Figur 4-5: Reduksjon i arbeidsoppgaver

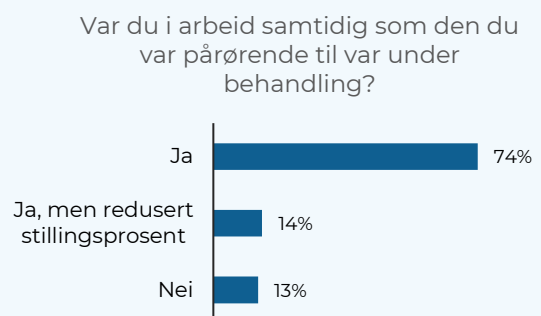


Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=74

et al., 2022). Tallene fra denne studien stemmer forholdsvis godt med svarene fra Kreftforeningens brukerpanel presentert over.

Figur 4-5 viser prosentvis reduksjon i arbeidsoppgaver blant pasienter som svarte at de gjorde færre arbeids-

Figur 4-7 Andel pårørende i arbeid



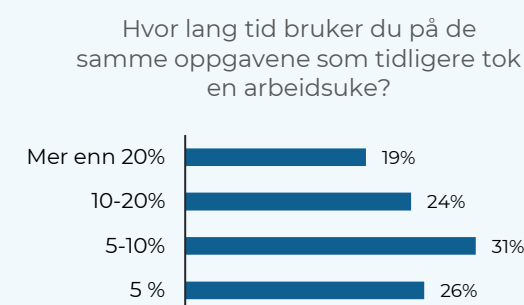
Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=88

som var i arbeid før sykdommen, var 13 prosent ute av arbeid under behandlingsperioden.

Det er stor variasjon i hvor mye tid pårørende bruker på omsorg og pleie av den kreftsyke. I undersøkelsen fikk pårørende og etterlatte spørsmål om hvor mye tid de brukte på oppfølging eller pleie av den kreftsyke i uken. 15 prosent av de pårørende svarte at de brukte mer enn 30 timer i uken, mens 60 prosent bruker mer enn 6 timer hver uke (Figur 4-9).

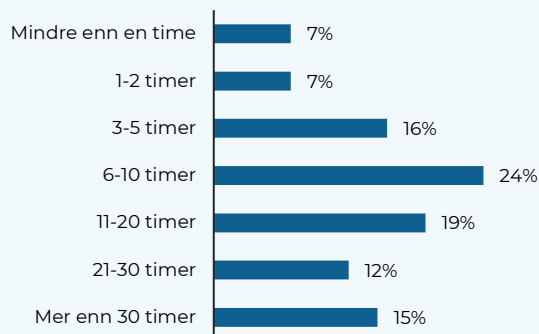
Tid som brukes på omsorg og pleie av kreftpasienter vil for enkelte gå utover arbeidslivet. I undersøkelsen svarte 74 prosent av pårørende at de stod i jobb under behandlingsforløpet, mens 12 prosent hadde redusert stillingsprosent som følge av sykdommen. For mange

Figur 4-6: Ekstra tidsbruk på samme oppgaver



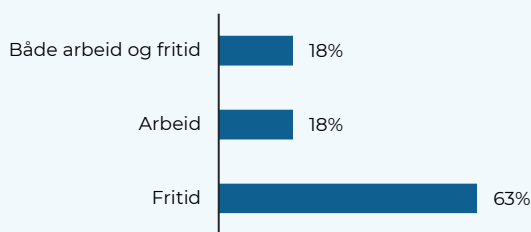
Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=145

Figur 4-8: Timer brukt på omsorg og pleie



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=115

Figur 4-9: Alternativ bruk av tid brukt på omsorg og pleie



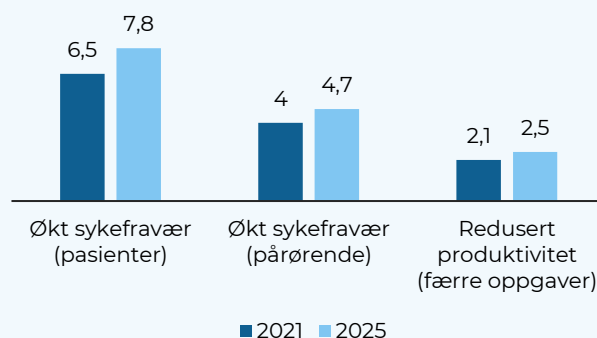
Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=119

vil denne tiden komme i tillegg til jobbhverdag, og det vil da gå på bekostning av fritiden eller andre aktiviteter for den pårørende. Figur 4-10 viser hva den alternative bruken av tiden som er brukt på omsorg og pleie.

4.5 Kostnader for arbeidsgiver

Det at kreftsykdom medfører økt sykefravær og at enkelte jobber mindre effektivt enn tidligere innebærer økte kostnader for arbeidsgiver. Disse kostnadene består blant annet av produksjonstap, utgifter til vikar og overtid, eksternt kjøp av tjenester, administrative kostnader, økt belastning på de gjenværende arbeidstakere, redusert produkt- eller tjenestekvalitet og ytterligere sykefravær.

Figur 4-10: Økte kostnader for arbeidsgiver forbundet med kreftsykdom, milliarder kroner (2025)



Analyse Oslo Economics. Se vedlegg D for nærmere beskrivelse

Basert på tidligere nøkkeltall utarbeidet av SINTEF og kostnader knyttet til sykefravær og redusert produktivitet forbundet med kreft (presentert i kapittel 5), anslår vi kostnadene som påføres arbeidsgiverne til om lag 15,1 milliarder kroner per år. Dette inkluderer både kostnader knyttet til økt sykefravær, samt kostnader ved at enkelte pasienter får utført færre oppgaver enn de ellers kunne gjort. Vi gjør oppmerksom på at tidligere utgaver av denne rapporten kan ha inneholdt feil knyttet til denne beregningen. I denne utgaven er dette rettet opp i. Anslaget vurderes å være konservativt, og for mange virksomheter er trolig kostnaden høyere. Enkelte virksomheter benytter betydelige ressurser på tilrettelegging, og kreftsykdom kan ha store økonomiske konsekvenser for virksomheten. Særlig for små virksomheter kan konsekvensene av sykdom være store. For en nærmere beskrivelse av beregningene, se vedlegg D.

5. Kreftkostnader i Norge: tapt verdiskaping utgjør en større kostnad enn helsetjenestekostnadene

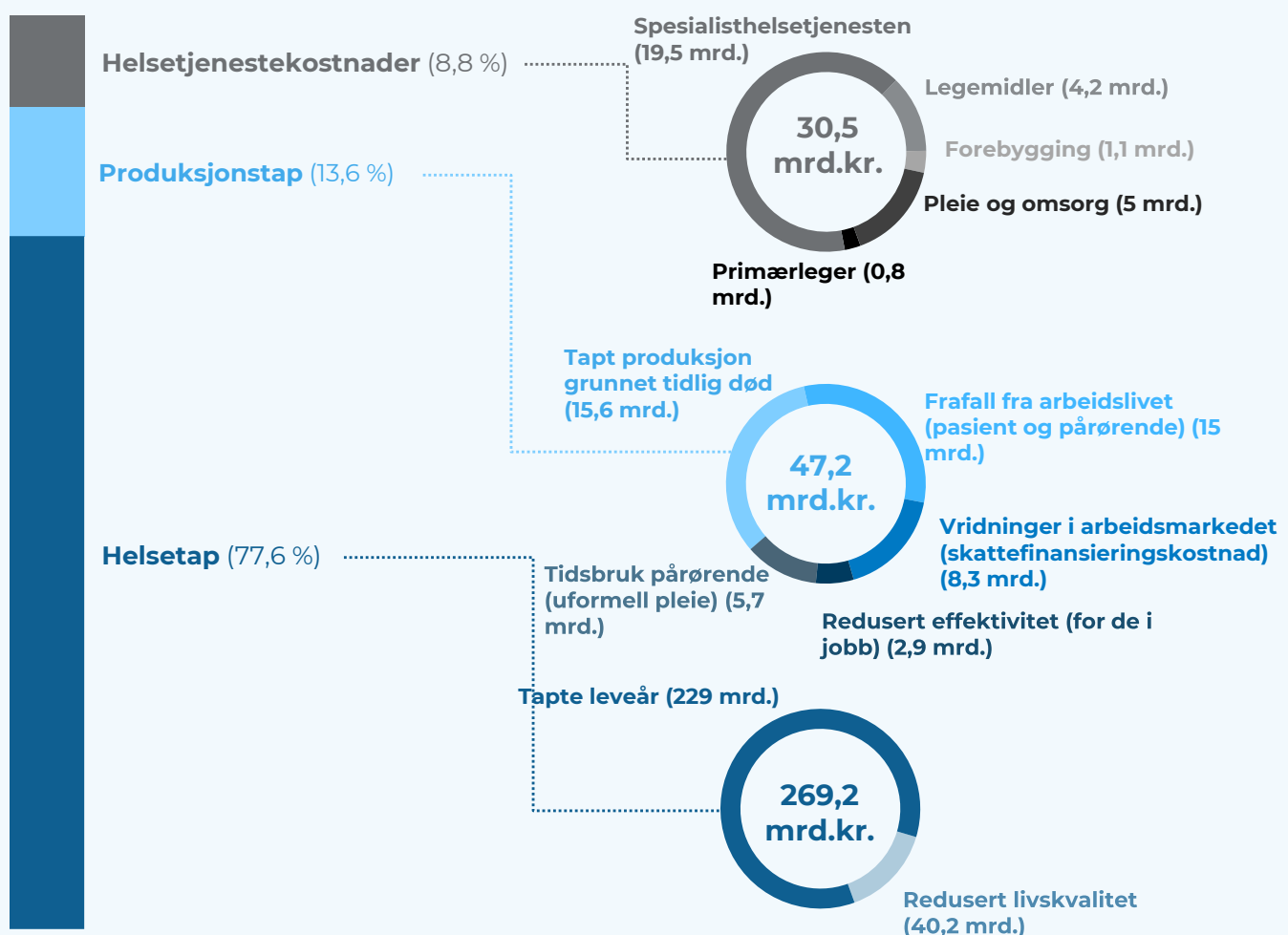
Samfunnskostnadene forbundet med kreft utgjorde i 2025 om lag 31 milliarder kroner i helsetjenestekostnader, 47 milliarder kroner i produksjonstap og over 269 milliarder kroner i tapte leveår. Produksjonstapet, eller den tapte verdiskapingen, omfatter tidlig død (16 mrd. kr.), sykefravær og uførhet blant pasienter (13 mrd. kr.), redusert produktivitet blant pasienter som står i jobb (3 mrd. kr.), uformell pleie og sykefravær blant pårørende (6 mrd. kr.) og skattefinansieringskostnader (8 mrd. kr.).

Screening, diagnostisering, behandling og oppfølging av kreftpasienter medfører en rekke kostnader for helse- og omsorgstjenesten.

Kreftbehandling kan medføre alvorlige bivirkninger og seneffekter, og dersom sykdommen i seg selv ikke setter personer ute av stand til å jobbe kan behandlingen gjøre det. Tidlig død innebærer også at samfunnet mister viktig arbeidskraft. Dette gir et produksjonstap i samfunnet ettersom verdiskapingen blir lavere enn det den ellers kunne vært.

I tillegg vil kreftpasienter og deres pårørende oppleve redusert livskvalitet som følge av sykdommen, og flere mister gode leveår ettersom de dør før de ellers ville. Alle disse virkningene inngår i samfunnskostnaden ved kreft.

Figur 5-1: Samfunnskostnader ved kreft i Norge (2025)



Oslo Economics har tidligere beregnet samfunnskostnadene av kreft for 2014, 2017 og 2021. I tillegg publiserte Bugge mfl. i 2021 en studie av samfunnskostnadene forbundet med kreft i 2017 i forbindelse med sitt doktorgradsarbeid (Bugge, et al., 2021). Et viktig kunnskapshull identifisert gjennom tidligere arbeid med kreftkostnader er at det mangler gode anslag for viktige kostnadskategorier, særlig knyttet til virkninger for arbeidsmarkedet og pårørende. Kreftomsorgen er i rask utvikling, og stadig nye behandlingsalternativer blir tilgjengelig for pasientene. Samtidig er dødeligheten på vei ned og flere pasienter overlever etter å ha fått en kreftdiagnose. Det er derfor behov for at tidligere kostnadsanslag oppdateres. I dette kapittelet oppsummeres oppdaterte beregninger av samfunnskostnader forbundet med kreft i Norge. Alle kostnader er oppgitt i 2025-kroner.

Vi har anslått de direkte helsetjenestekostnadene forbundet med kreft til om lag 31 milliarder kroner i 2025. Produksjonstapet, inkludert tidlig død, sykefravær og uførhet blant pasienter, tapt produktivitet (presenteisme), tapt verdiskaping knyttet til uformell pleie og sykefravær blant pårørende, er anslått til drøye 39,1 milliarder kroner. I tillegg kommer 8,3 milliarder kroner i skattefinansieringskostnader, som i hovedsak er kostnader forbundet med tapt verdiskaping som skyldes vridninger i arbeidsmarkedet¹. Det totale produksjonstapet utgjør dermed om lag 47,4 milliarder kroner. Verdien av tapt livskvalitet og tapte gode leveår er anslått til i underkant av 270 milliarder kroner. Til sammenligning viser våre tidligere beregninger for kostnader i 2021 direkte helsetjenestekostnader på 27,9 milliarder, produksjonstap på 42,2 milliarder og verdien av tapte leveår og livskvalitet på 242,3 milliarder (se Vedlegg A for nærmere beskrivelse).

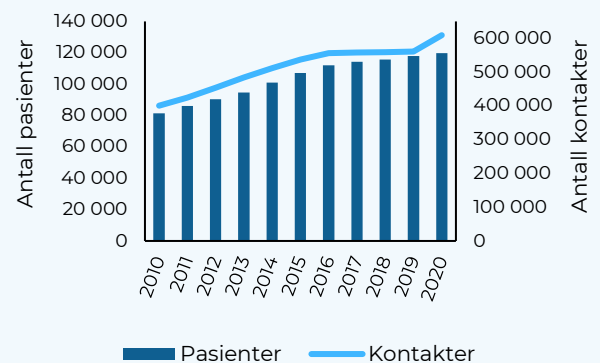
5.1 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten

5.1.1 Allmennlegetjenesten

I perioden 2010 til 2020 økte antall pasienter i kontakt med allmennlegetjenesten (fastlege og legevakt) i forbindelse med kreft fra 81 452 til 119 744, noe som tilsvarer en økning på nesten 50 prosent. Antall pasientkontakter økte i samme periode fra om lag 400 000 til 600 000 (også en 50 prosent økning).

Flere menn enn kvinner er i kontakt med allmennlegetjenesten i forbindelse med kreft (

Figur 5-2: Utvikling i antall pasienter og kontakter med allmennlegetjenesten for kreft*, 2010-2020



Datakilde: KUHR *episoder der kreft var registret som hoveddiagnose. **Endringene i 2020 antas å kunne ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

). I 2020 hadde 63 608 menn og 56 136 kvinner en behandlingsepisode hos en fastlege eller legevakt der kreft var hoveddiagnose. Veksten i antall pasienter var i perioden 2010 til 2020 forholdsvis lik for begge kjønn.

Det er stor variasjon i hvor mange konsultasjoner hver pasient har i året.

viser antall konsultasjoner for pasienter i kontakt med allmennlegetjenesten i 2020. 28 prosent av pasientene hadde én konsultasjon i 2020, mens 44 prosent hadde mellom 2 og 5 konsultasjoner. I underkant av 4 000 pasienter hadde flere enn 20 konsultasjoner med fastlege/legevakt samme år.

Samtidig som flere pasienter med kreft har vært i kontakt med allmennlegetjenesten, har også kostnadene for behandling av disse pasientene økt. Kostnadene i 2020 er anslått til 714 millioner kroner, mens kostnaden i 2025 er anslått til 800 (tilsvarende en realvekst på 12 prosent). Pasientenes egenandel anslås å ha økt fra 30 til 33,6 millioner kroner.

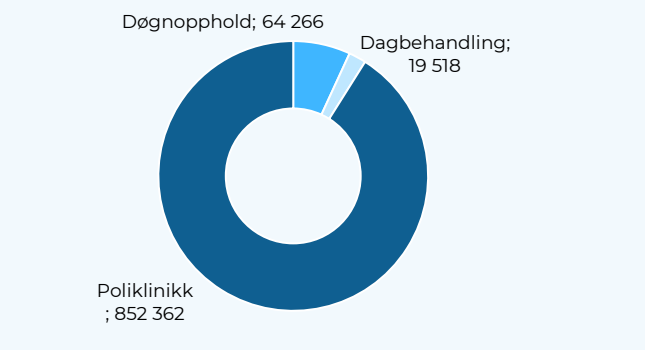
5.1.2 Privatpraktiserende spesialister

Mange kreftpasienter får også behandling hos privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med de regionale helseforetakene. I perioden 2010 til 2020 økte antall pasienter i kontakt med privatpraktiserende spesialister i forbindelse med kreft fra 20 867 til 29 209, noe som tilsvarer en økning på 40 prosent. Antall pasientkontakter økte i samme

¹ Dersom tiltak eller overføringer er skattefinansiert, vil det oppstå en samfunnsøkonomisk kostnad (skattefinansieringskostnaden). Denne kostnaden skyldes blant annet vridninger i markedet, for eksempel at enkelte vil ønske å jobbe mindre

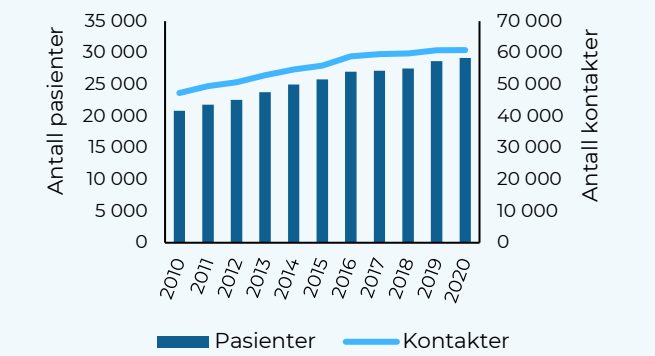
hvis man må betale skatt på arbeidsinntekt sammenlignet med en situasjon der man ikke betalte skatt. I tillegg påløper det kostnader for samfunnet knyttet til innkreving av skatter og avgifter.

Figur 5-3: Antall opphold i somatiske sykehus der kreft var hoveddiagnose, 2021



Datakilde: Norsk pasientregister. Analyse av Oslo Economics.

Figur 5-2: Utvikling i antall pasienter og kontakter hos privatpraktiserende spesialister der kreft var hoveddiagnose, 2010-2020*



Datakilde: KUHR. Analyse av Oslo Economics. Endringene i 2020 antas å kunne ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

Tabell 5-1: Antall konsultasjon per pasient som var i kontakt med allmennlegetjenesten for kreft* i 2020

Antall konsultasjoner	Antall pasienter
1	33 513
2-5	52 522
6-10	19 362
11-20	10 580
>20	3 767

Datakilde: KUHR. Analys av Oslo Economics. *Kreft som hoveddiagnose for konsultasjonen.

i 2020 er anslått til 138,5 millioner kroner, mens de i 2025 er estimert til 155,4 millioner kroner. Pasientenes egenandeler økte fra 12,6 millioner i 2020 til 14,6 millioner i 2025.

5.1.3 Somatisk sykehus

Mesteparten av kreftbehandlingen i Norge foregår i offentlig finansierte sykehus. Noen pasienter behandles av helprivate aktører, men omfanget av denne behandlingen er liten sammenlignet med de offentlige sykehusene. I 2020 hadde kreftpasienter totalt 936 146 behandlingsepisoder (opphold) i somatiske sykehus der kreft var registret som hoveddiagnosen (NPR data). 91 prosent av disse var polikliniske konsultasjoner, 7 prosent var

Tabell 5-2: Antall konsultasjon per pasient som var i kontakt med privatpraktiserende spesialister for kreft* i 2020

Antall konsultasjoner	Antall pasienter
1	14 142
2-5	14 038
6-10	892
11-20	109
>20	28

Datakilde: KUHR. Analyse av Oslo Economics.. *Kreft som hoveddiagnose for konsultasjonen.

periode fra om lag 47 000 til 61 000 (29 prosent økning).

Data fra HELFO viser at det i 2020 var 14 260 menn og 14 949 kvinner i kontakt med privatpraktiserende spesialister med kreft som hoveddiagnose.

Også for kontakter med privatpraktiserende spesialister er det betydelig variasjon i hvor mange konsultasjoner hver pasient har i løpet av et år. 48 prosent av pasientene hadde en konsultasjon i 2020, og omtrent like mange hadde mellom 2 og 5 konsultasjoner, mens relativt få hadde over 10 konsultasjoner i løpet av et år.

På samme måte som for allmennlegetjenesten har vi anslått kostnadene forbundet med behandling av kreft hos privatpraktiserende spesialister. Kostnadene

døgnopphold og 2 prosent var dagbehandlinger (Figur 5-3).

Fra 2017 har antall pasienter i somatisk sykehus med kreft økt. I 2017 var det 146 976 kreftpasienter i kontakt med somatiske sykehus i forbindelse med kreftsykdom, mens tilsvarende tall i 2021 var 168 719. Dette utgjør en økning på i underkant av 15 prosent. I samme periode har antall opphold økt med 20 prosent.

5.1.4 Legemidler

En rekke nye legemidler har blitt tilgjengelige for behandling av kreft de siste årene. Pasienter kan få utlevert legemidler fra apotek (pasientadministrerte legemidler) eller få behandling på sykehus. Antall pasienter som fikk legemidler utlevert på apotek har nesten doblet seg fra 2011 til 2020.

I 2021 fikk i omtrent 33 000 pasienter poliklinisk behandling med legemidler på sykehus. 30 prosent av pasientene fikk behandling for brystkreft og 15 prosent fikk behandling for kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev.

Utviklingen i offentlige legemiddelkostnader påvirkes av endringer i finansieringsansvar. Legemidler finansieres både av sykehusene (helseforetakene), og gjennom folketrygden. Siden 2006 har finansieringsansvaret for en rekke legemidler gradvis blitt overført fra Folketrygden til helseforetakene, og dette må hensyntas når man tolker kostnadsutviklingen over tid. Per 2021 var finansieringen av alle kreftlegemidler overført til helseforetakene. Helseforetakene finansierer h-resept

ordningen som omfatter legemidler som forskrives av spesialisthelsetjenesten og brukes utenfor sykehus og legemidler som brukes i sykehus og administreres direkte.

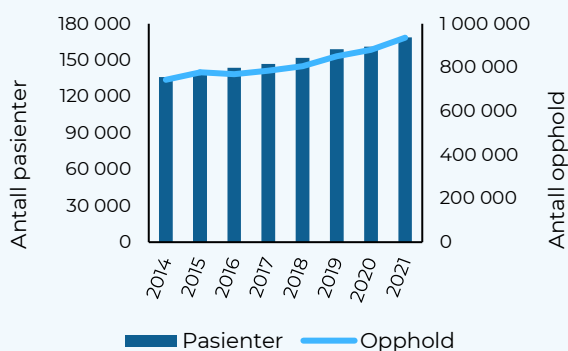
Ifølge Helsedirektoratet har kostnadene til kreftlegemidler på h-resept økt frem til 2021, men deretter falt. I perioden 2021 – 2024 ble kostandene til kreftlegemidler på h-resept redusert med omtrent 18 prosent. Samtidig har kostnadene til kreftlegemidler brukt i sykehus økt. Denne økningen kan delvis tilskrives at økning i kostander til PD1/PD-L1-hemmer i perioden 2020 til 2024 (Helsedirektoratet, 2026). Oslo Economics finner samtidig på at den langsiktige veksten i offentlige legemiddelutgifter i stor grad

Figur 5-4: Antall brukere av kreftlegemidler utlevert på apotek*



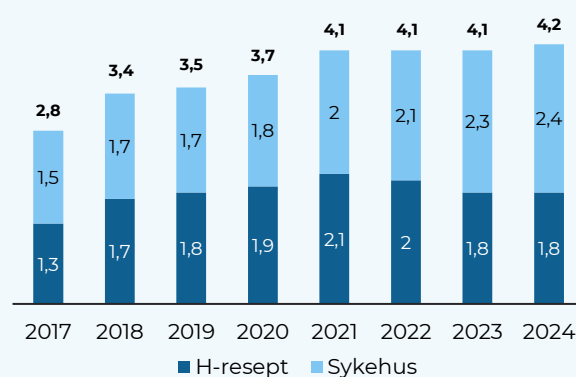
Datakilde: Reseptregisteret. Analyse av Oslo Economics. *ATC-gruppe L01.

Figur 5-6: Antall kreftpasienter og opphold i somatiske sykehus, 2014-2025*



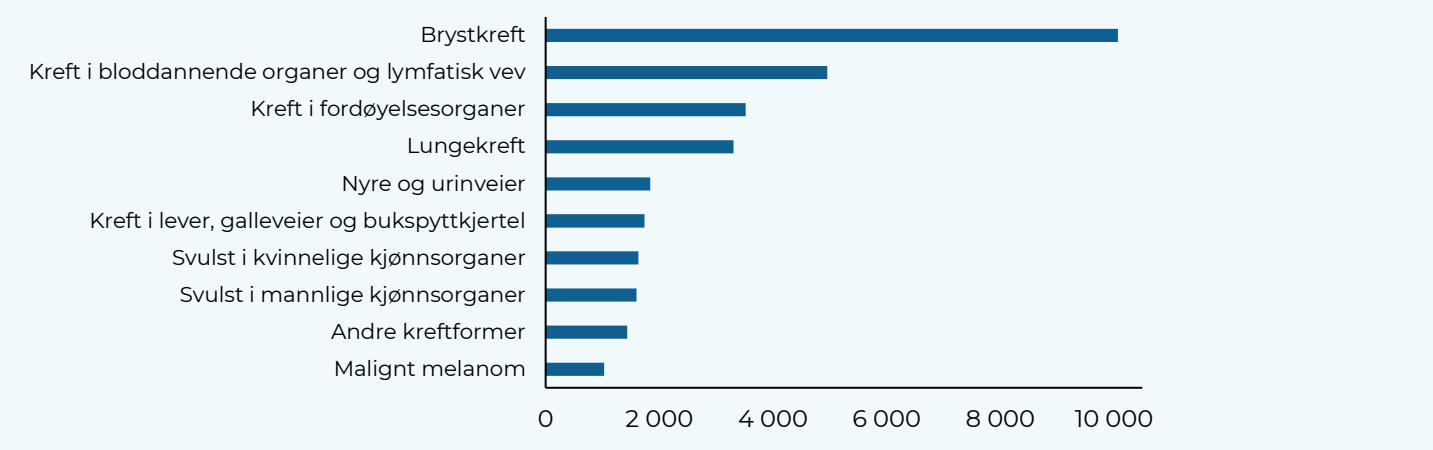
Datakilde: Norsk Pasientregister. Analyse av Oslo Economics.
*Endringene i 2020 og 2021 antas å kunne ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

Figur 5-5: Kostnader kreftlegemidler, 2017-2024 (milliarder 2025-kr)



Datakilde: Helsedirektoratet.

Figur 5-7: Antall pasienter med poliklinisk medikamentell behandling* av ulike krefttyper i 2021



Datakilde: Norsk pasientregister. Analyse av Oslo Economics. *basert på følgende DRG-er: 856D, 856F, 856G, 865J, 865J, 865K, 865N, 865O, 865R, 865X.

drives av generell befolkningsvekst, en aldrende befolkning og økt legemiddelbruk per pasient, noe som bidrar til økt etterspørsel etter legemidler også innen kreftbehandling (Oslo Economics, 2025).

I 2021 utgjorde kostnadene for kreftlegemidler 4,1 milliarder kroner. Kostnadene økte til 4,2 milliarder i 2024.

5.2 Tapt verdiskaping

Produksjonstapet, eller den tapte verdiskapingen, som følge av kreft skyldes flere forhold. For det første vil pasienter og pårørende kunne bli sykemeldte eller uføre som følge av sykdommen. Noen vil fortsatt kunne stå i jobb, men jobbe mindre effektivt både under og etter behandling som følge av sykdommen. I tillegg vil mange dø før de ellers ville dødd, noe som gjør at samfunnet mister verdifull arbeidskraft. I mange tilfeller vil arbeidsinnsatsen til familie og venner også kunne bli påvirket dersom noen nær dem får kreft (uførelle pleie eller økt sykefravær). Siden mye av kreftbehandlingen i Norge er skattefinansiert påføres også samfunnet en skattefinansieringskostnad. Denne kostnaden skyldes blant annet vridninger i markedet, for eksempel fordi enkelte vil ønske å jobbe mindre hvis man må betale skatt på arbeidsinntekt sammenlignet med en situasjon der man ikke betalte skatt, og det derfor kategoriseres som et produksjonstap.

I det følgende presenteres anslag for produksjonstapet knyttet til kreft i Norge. Produksjonstapet omfatter både tapet som skyldes redusert arbeidsdeltakelse (sykefravær og uførhet) blant pasientene, redusert arbeidsdeltakelse som følge av tidlig død, redusert arbeidsproduktivitet for pasienter som arbeider, sykefravær blant pårørende

og uformell pleie og økte skattefinansieringskostnader.

5.2.1 Produksjonstap grunnet redusert arbeidsdeltakelse blant kreftpasienter

Kreftsykdom påvirker personers evne til å jobbe, og påvirker derfor arbeidsdeltakelsen i samfunnet. I 2017

Tabell 5-3: Anslag for personer med sykefravær og manglende deltakelse i arbeidslivet i 2021

	Antall personer
Sykefravær	18 200
Manglende deltakelse i arbeidslivet – AAP	3 700
Manglende deltakelse i arbeidslivet – uføretrygd	8 400

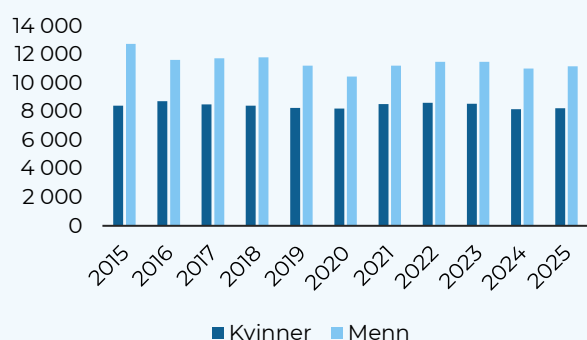
Kilde: Oppdatert analyse basert på (Oslo Economics, 2016).

var det 157 744 personer som var sykemeldt grunnet kreft, 3 887 som fikk arbeidsavklaringspenger (AAP) og 7 621 som mottok uføretrygd på grunn av kreft (35).

Det finnes ikke oppdaterte tall fra Nav knyttet til andelen av sykefravær og uførhet som skyldes kreft, men det finnes oppdaterte tall på totalt antall mottakere av trygdeytelser i Norge. Hvis tilsvarende endringer legges til grunn for mottakere grunnet kreft er antall personer i 2021 gitt i Tabell 5-3.

I 2021 ble verdien av produksjonstapet ved korttidssykefravær estimert til 6,3 milliarder kroner (3,8 i sykepenges, 2,4 i AAP). Kostnaden forbundet med uførhet ble estimert til 5,5 milliarder. Disse estimatene er beregnet basert på tapte årsverk og utbetalinger fra Nav. For 2025 er verdien av dette

Figur 5-9: Tapte fremtidige årsverk over tid*



Datakilde: Dødsårsaksregisteret, SSB. Analyse Oslo Economics.
*Endringene i 2020 antas å kunne ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

produksjonstapet anslått til 4,7 milliarder for mottakere av sykepenges, 2,9 for mottakere av AAP og 5,8 milliarder for de på uføretrygd.

Utbetalinger av trygdeytelser er i seg selv ingen samfunnsøkonomisk kostnad, men en overføring. Det samfunnsøkonomiske tapet ved at personer ikke står i jobb (den tapte verdiskapingen) oppstår uavhengig av om dette sykefraværet kompenseres for gjennom trygdesystemet eller ikke. Utbetalinger av trygdeytelser kan imidlertid benyttes for å tallfeste produksjonstapet.

Verdien av produksjonstapet relatert til sykefravær, AAP og uføretrygd i 2025 vil være større enn de faktiske utbetalingene, ettersom Nav kun kompenserer delvis for inntektsbortfallet.

5.2.2 Produksjonstap ved for tidlig død

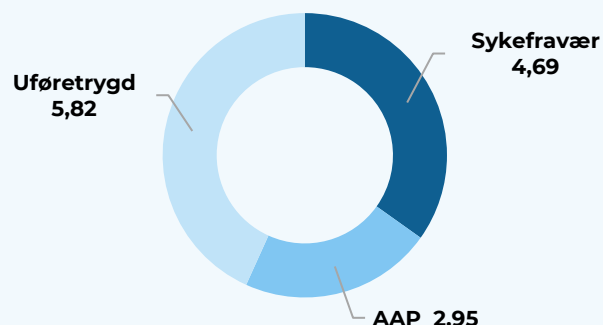
Ifølge data fra Dødsårsaksregisteret døde 11 509 personer av kreft i 2024, hvorav 47 prosent var kvinner og 53 prosent var menn. 97 prosent av pasientene som døde av kreft i 2024 var 50 år eller eldre, og 73 prosent var 70 år eller eldre.

I 2025 har vi estimert at om lag 166 414 leveår gikk tapt på grunn av tidlig død som følge av kreft. For dødsfall før fylte 85 år gikk til sammen 152 785 leveår tapt på grunn av kreftrelaterte dødsfall samme år.

Kreftsykdom vil innebære tapt verdiskaping ettersom personer som kunne jobbet dør før de ellers ville.

Denne kostnaden kan anslås med utgangspunkt i antall tapte årsverk som følge av tidlig død. Basert på data fra Dødsårsaksregisteret og aldersspesifikke anslag for forventet levetid fra SSB har vi beregnet antall tapte årsverk som følge av kreftrelaterte dødsfall til 19 942 årsverk i 2025. Flere årsverk går tapt blant menn enn kvinner. Dette skyldes hovedsakelig at flere menn rammes av kreft i tidlig alder, men også at arbeidsdeltakelsen er noe høyere blant menn enn kvinner, spesielt i høyere aldersgrupper. Utviklingen i tapte årsverk har vært relativt stabil i perioden 2015 til 2025.

Figur 5-8: Anslag for verdien av tapt produksjon grunnet frafall fra arbeidslivet blant kreftpasienter i 2025, millioner kr



Kilde: Analyse av Oslo Economics basert på (Oslo Economics, 2016).

Om lag 70 prosent av de kreftrelaterte dødsfallene skjer blant personer som er 70 år eller eldre, og utgjorde 8 409 dødsfall i 2024. Av de over 70 år utgjorde 7 307 dødsfall personer i aldersgruppen 70-89 år, mens 1 102 var personer 90 år eller eldre. 3 100 dødsfall i 2024 var for personer mellom 0 og 69, hvorav 45 personer var i aldersgruppen 0-29.

Ser man derimot på antall tapte fremtidige årsverk som skyldes kreft, utgjør den aller største andelen personer i aldersgruppen 0 – 69 år. Over 18 000 tapte årsverk går tapt som følge av personer i aldersgruppen 20 – 69 år dør av kreft hvert år, mens blant de under 20 gikk det tapt 745 fremtidige årsverk. Ettersom enkelte fortsatt jobber etter fylte 69 år vil også dødsfall i denne gruppen medføre tapte årsverk. Antallet er imidlertid begrenset, både fordi få i denne aldersgruppen jobber og fordi de har få arbeidsår igjen på det tidspunktet de dør.

Figur 5-10 illustrerer hvordan antall dødsfall og tapte årsverk forbundet med kreft fordeler seg på aldersgruppe. Figuren viser at antall dødsfall øker med alderen frem til 70 – 74 år for kvinner og 75 – 79

år for menn, før antallet faller. Blant kvinner er det fleste tapte årsverk i aldersgruppen 50 – 54 år, mens for menn er antallet høyest for de 50 – 59 år. Generelt er andelen tapte årsverk høyere blant kvinner i de yngre aldersgruppene (35 – 49 år), mens den er høyest for menn blant de aller yngste (0 – 34 år) og etter fylte 50 år. I aldersgruppen 55 – 59 år er antall dødsfall omtrent likt, mens tapte fremtidige årsverk er vesentlig høyere for menn enn for kvinner. Dette skyldes at både sysselsettingsgraden og arbeidstid per uke i aldersgruppene fra 50 til 74 er høyere for menn enn for kvinner. Verdien av redusert produktivitet

For å kvantifisere og synliggjøre verdien av redusert produktivitet forbundet med kreft blant personer som arbeider, har vi tatt utgangspunkt i svarene fra Kreftforeningens brukerpanel. Vi benytter en insidensbasert beregningsmetode (Jo, 2014), der de aggregerte kostnadsanslagene er gjort for nye kreftpasienter i 2025. Dette innebærer at vi inkluderer deres reduserte produktivitet gjennom hele sykdomsforløpet (ut over ett år), og den resterende tiden i arbeidslivet.

Som beskrevet i kapittel 4 oppga 60 prosent av pasientene at de opplevde redusert produktivitet i perioder der de var i arbeid. 36 prosent av pasientene brukte mer tid på de samme oppgavene, 13 prosent hadde færre oppgaver, og tolv prosent hadde både færre oppgaver og brukte mer tid.

For pasienter som ikke håndterer like mange oppgaver som før i løpet av en normal uke, vil kostnaden ligge på arbeidsgiver (de kan også flyttes til pasienten gjennom lavere lønn). Arbeidsgiveren vil totalt sett få utført færre oppgaver, eller så faller byrden på kollegaer som må overta deler av

oppgavene. I enkelte tilfeller vil det også være behov for å ansette nye personer for å løse oppgavene.

For pasientene som bruker mer tid på sine arbeidsoppgaver vil dette for mange gå på bekostning av deres egen fritid.

For pasientene som fikk en kreftdiagnose i 2025 vil vi beregne den fremtidige kostnaden ved at de jobber mindre effektivt enn tidligere. I undersøkelsen gjennomført via Kreftforeningens brukerpanel inngår det både pasienter som nylig har fått diagnosen, og pasienter som fikk kreft for mange år siden. Ettersom vi benytter gjennomsnittstall fra undersøkelsen har vi som en forenkling lagt til grunn at kreftsykdommen vil påvirke arbeidsproduktiviteten like mye hvert år frem til pensjonsalder.

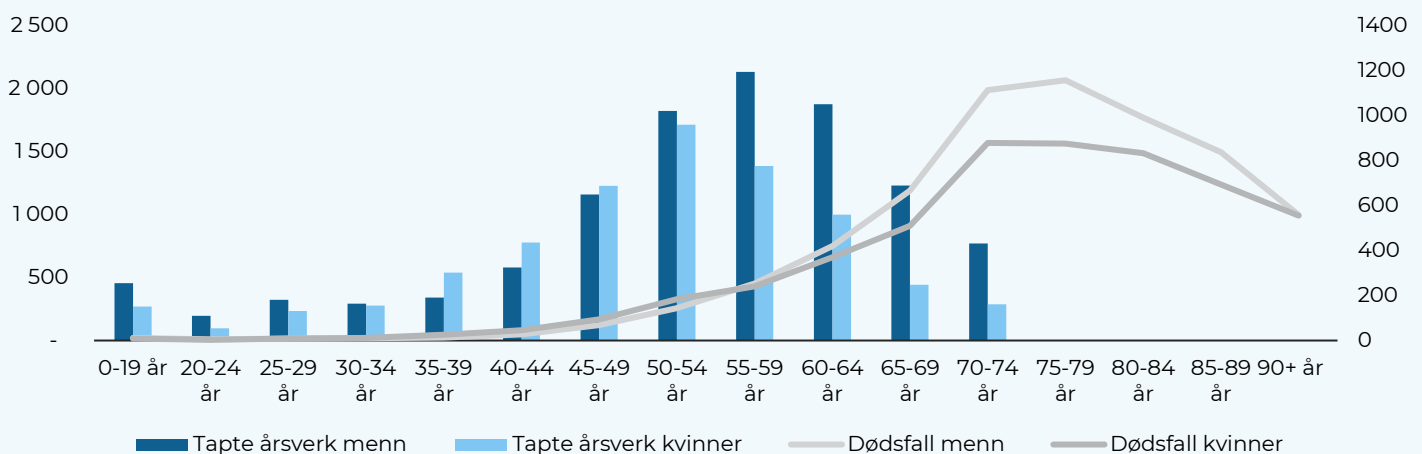
Pasientene som har færre arbeidsoppgaver, oppgir i gjennomsnitt å ha en reduksjon i arbeidsoppgaver på 16 prosent. Dette tilsvarer at arbeidsgiver får tilsvarende reduksjon i produksjon eller at det er behov for at disse oppgavene gjøres av kollegaer. Pasientene som bruker mer tid på samme oppgave oppgir at de i gjennomsnitt jobber 4 timer ekstra per uke.

Tabell 5-4 viser beregningen av samfunnskostnaden ved at ansatte har redusert produktivitet i den tiden de arbeider (presenteeism). Kostnadene er anslått til om lag 2,9 milliarder kroner i 2025. Det vises til vedlegg A for en mer detaljert beskrivelse av anslagene.

5.2.3 Produksjonstap for pårørende

Produksjonstapet forbundet med pårørende omfatter både økt sykefravær og tidsbruk knyttet til uformell pleie. Som et konservativt anslag har vi i

Figur 5-10: Antall dødsfall og tapte fremtidige årsverk som skyldes kreft, fordelt etter aldersgrupper, 2025



Datakilde: Dødsårsaksregisteret, SSB. Analyse Oslo Economics

kostnadsberegningene lagt til grunn at det er en pårørende per pasient.

Pårørende som blir sykemeldt

Fra undersøkelsen med Kreftforeningens brukerpanel var det 13 prosent som gikk fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 prosent av de som arbeidet før kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt, i snitt 50 prosent sykemeldt. Dette summerer seg til 20 prosent i korttidssykefravær. Basert på svarene fra brukerpanelet anslår vi kostnadene knyttet til økt sykefravær blant pårørende til om lag 1 milliard kroner.

I tillegg vil noen pårørende kunne bli uføre som følge av at noen nær dem blir syke. Disse inkluderes ikke i statistikken vi har benyttet til å beregne produksjonstapet forbundet med kreft fra Nav. Det er grunn til å tro at dette gjelder en liten andel, og vi har derfor ikke inkludert disse kostnadene. Likevel presiseres det at kostnadene forbundet med uførhet er betydelige både for den enkelte og samfunnet, og at kreftsykdom kan føre til at noen pårørende også blir uføre.

Verdien av uformell pleie

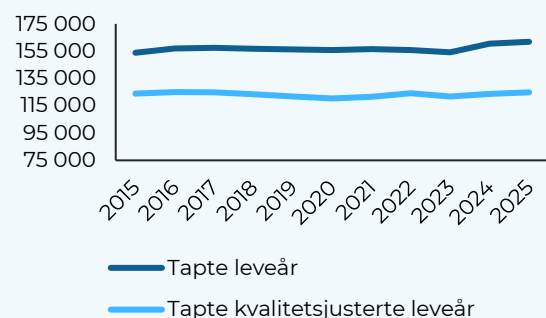
I undersøkelsen av Kreftforeningens brukerpanel oppga respondentene at de brukte i gjennomsnitt 14,4 timer på pleie av den kreftsyke i uken. Det er krevende å anslå kostnadene forbundet med uformell pleie, både fordi det ikke er enkelt å skille mellom hva som er tapt tid og hva som bare er å bruke tid med de man er glad i, men også hvor langvarig og krevende pleien er for den pårørende.

Pleiebehovet vil variere fra pasient til pasient, og endre seg over tid. De mest intensive pleieperiodene

er for mange i forbindelse med diagnosen og behandlingen, samt ved eventuell palliativ behandling. Som et konservativt anslag legger vi til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. Kostnadene forbundet med uformell pleie er anslått til om lag 5,65 milliarder kroner.

5.2.4 Samlet produksjonstap

Figur 5-13: Tapte leveår og kvalitetsjusterte leveår som følge av tidlig død grunnet kreft, 2015-2025



Datakilde: Dødsårsaksregisteret, SSB. Analyse Oslo Economics

Samlet anslås produksjonstapet forbundet med kreft til å være om lag 47 milliarder kroner. Av disse utgjør tidlig død 15,6 mrd. kr, sykefravær og uførhet blant pasienter 13,5 mrd. kr, redusert produktivitet blant pasienter i arbeid 2,9 mrd. kr, uformell pleie og sykefravær blant pårørende 1,5 mrd. kr og skattefinansieringskostnaden 68,3mrd. kr.

Tabell 5-4: Anslag for kostnader av redusert produktivitet (presenteeism) forbundet med kreft i Norge (2025)

	Pasienter som gjør færre arbeidsoppgaver	Pasienter som brukte mer tid på samme oppgaver	Pasienter som gjør færre oppgaver og brukte mer tid
Andel av pasienter (av de i jobb)	13 %	36 %	12 %
Antall i full eller redusert stilling	558	1 544	515
Reduksjon i arbeidsmengde/fritid	16%	11%	16% / 11%
År med redusert produktivitet	15 år	15 år	15 år
Verdi per time	591kr	591kr	591kr
Verdi over gjenstående arbeidstid	780 millioner kroner	1 046 millioner kroner	1 068 millioner kroner
SUM			2 894 millioner kroner

Beregninger av Oslo Economics, basert på Kreftforeningens brukerpanel og annen tilgjengelig statistikk. Se vedlegg A for nærmere beskrivelse av forutsetninger og beregninger.

5.3 Tapte leveår og tapt livskvalitet

Tidlig død medfører tap av gode leveår. Med utgangspunkt i data fra Dødsårsaksregisteret, SSB og livskvalitetsvekter fra Statens legemiddelverk har vi beregnet antall tapte leveår og tapte kvalitetsjusterte leveår som følge av kreft i Norge. I 2025 gikk det tapt 166 414 leveår som følge av kreft. Dersom vi justerer for kvaliteten på disse leveårene gikk 128 279 kvalitetsjusterte leveår (QALYs) tapt i 2025. Utviklingen i tapte leveår og tapte kvalitetsjusterte leveår har vært relativt stabil i perioden 2015 til 2025.

Verdien av tapte leveårene kan uttrykkes i kroner ved hjelp av nøkkeltall for verdien av et liv. Konsekvent med utredninger fra Helsedirektoratet og tidligere publisert forskning (Bugge, et al., 2021; Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet, 2020) har vi lagt til grunn en verdi på et kvalitetsjustert leveår på 1,68 millioner kroner. Samfunnskostnaden forbundet med de tapte kvalitetsjusterte leveårene utgjør da 229 milliarder kroner i 2025.

Kreftsykdom vil for mange også innebære redusert livskvalitet i perioden de er i live, både under og etter behandling. Dette tapet omtales ofte som et ikke-dødelig helsetap, eller bare helsetap. Basert på beregninger fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019) anslår vi at denne kostnaden utgjør om lag 40 milliarder kroner i 2025.

5.4 Variasjon i kreftkostnader og sykdomsbyrde mellom ulike kreftformer

Det er stor variasjon i samfunnskostnadene relatert til ulike kreftformer. Dette skyldes flere forhold, blant annet forskjeller i hvor mange som rammes, forskjeller i behandlingsforløp og tilgjengelige behandlingsalternativer og forskjeller i alvorlighetsgrad mellom

ulike kreftformer. viser forholdet mellom pasientrelaterte behandlingskostnader i sykehus (kostnader i somatisk sykehus), produksjonstap knyttet til for tidlig død og produksjonstap knyttet til fravær fra arbeidslivet (sykefravær og uførhet) for ulike kreftformer (Bugge, et al., 2021).

Produksjonstapet står for en relativt stor del av kostnadene for brystkreft, livmorhalskreft og bukspyttkjertelkreft. Særlig livmorhalskreft og brystkreft har en relativt stor andel som havner utenfor arbeidslivet og mottar trygdeytelser fra det offentlige. Kreftformer som bukspyttkjertelkreft og lungekreft har relativt dårlig prognose, og mange pasienter dør som følge av sykdommen. Produksjonstapet forbundet med tidlig død er derfor høyt for disse kreftformene. For urinveiskreft og prostatakreft står behandlingskostnadene for en stor del av kostnadene, noe som både skyldes at produksjonstapet er forholdsvis lavt, og at kostnadene knyttet til behandling er høye.

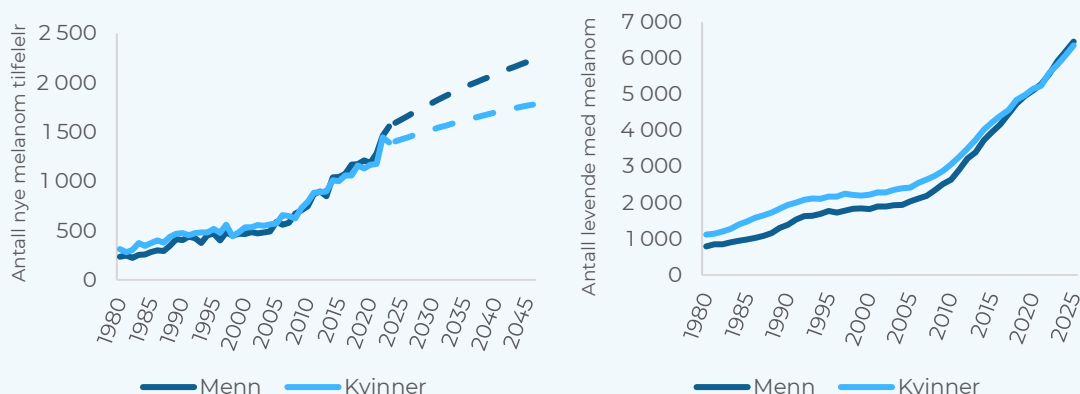
5.4.1 Beregninger av samfunnskostnadene ved melanom

For å belyse kreftkostnadene for en enkelt kreftform har vi utarbeidet egne beregninger for melanom.

Melanom i Norge

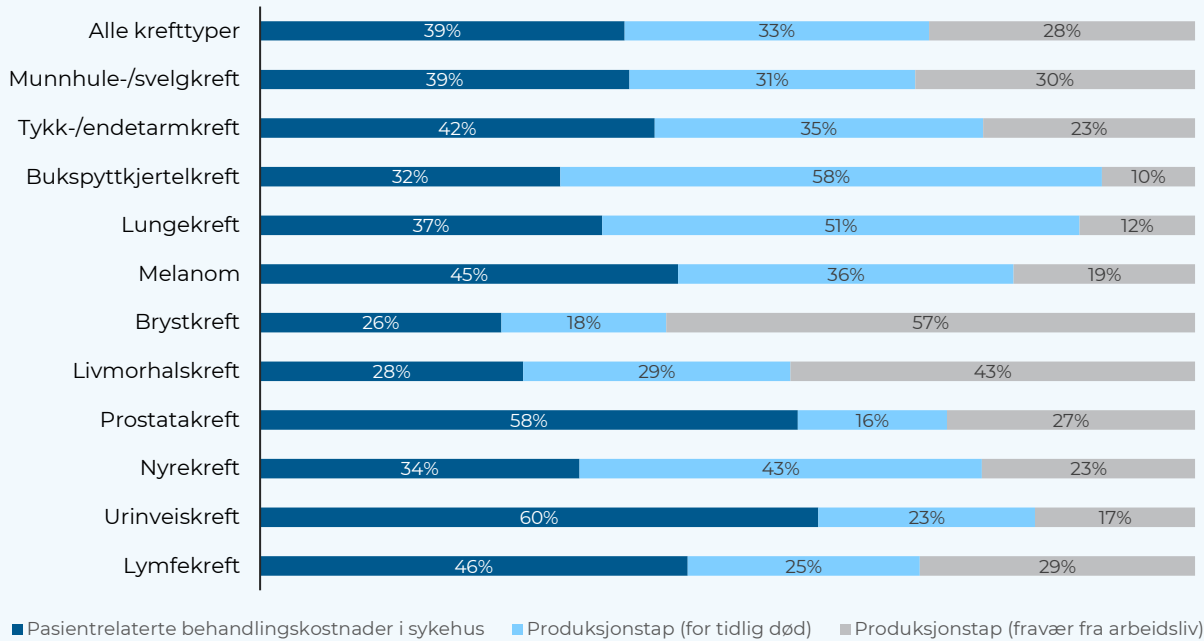
Melanom (ICD-10 kode C43), også kaldt malignt melanom eller føflekkreft, er den mest alvorlige formen for hudkreft, og kreftformen som øker mest i Norge (Kreftregisteret, 2025). I 2024 ble det rapportert 2 682 nye tilfeller av melanom i Norge til Kreftregisteret, mens tilsvarende tall var i underkant av 1 000 i 2000 (Association of the Nordic Cancer Registries, 2026). Dette tilsvarer mer enn en dobling av antall nye tilfeller de siste 20 årene. Også prognoser for fremtidige antall nye tilfeller av melanom tyder på at flere vil rammes av kreftformen fremover. Prognoser utarbeidet av NORDCAN viser at det i 2045

Figur 5-11: Antall nye melanomtilfeller (1980-2046) og antall levende personer med melanom (1980-2025*)



Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). I framskrivningen er metoden «Constant rates» benyttet. Valg av framskrivningsmetode vil påvirke prediksjonene for fremtidig antall nye tilfeller. *Antall levende med melanom i 2024 og 2025 er fremskrevet med antatt vekstrate på ca. 4,5%, tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate i prevalens 2017-2022.

Figur 5-12: Sammenligning av kostnadsvirkninger for ulike krefttyper i 2017 (Bugge, et al., 2021)



Kilde: Bugge et al (2021). Merk: figuren inkluderer kun utvalgte kostnadselementer. Beregningene er gjort per kreftform.

ventes å være om lag 3 978 nye melanomtilfeller årlig (Association of the Nordic Cancer Registries, 2026).

Melanom rammer om lag like mange menn som kvinner hvert år, og utviklingen i antall nye tilfeller har vært relativt lik for begge kjønn de siste årene (Kreftregisteret, 2025). I 2024 utgjorde melanom omtrent 7 prosent av alle nye krefttilfeller i Norge.

Stadig flere pasienter er i live etter å tidligere ha fått diagnosen melanom. Ved utgangen av 2024 var 36 228 personer i live etter å ha fått påvist melanom en gang tidligere i livet. Dette tilsvarer omtrent 10

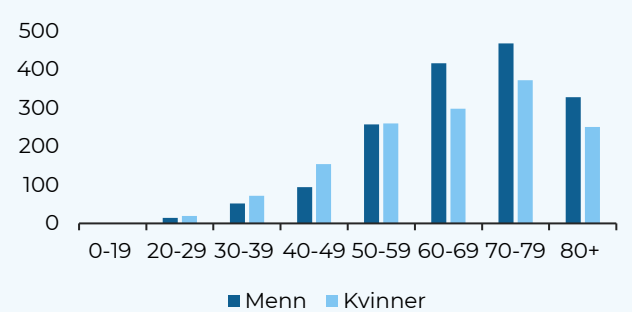
prosent av alle personer som var i livet etter å ha fått en kreftdiagnose i 2024. De fleste nye tilfeller av melanom skjer blant personer over 60 år. Sammenlignet med kreft som sykdomsgruppe samlet, rammer melanom i større grad personer i yngre aldersgrupper. Blant både menn og kvinner er melanom den nest hyppigste kreftformen i aldersgruppen 25–49 år. Samtidig forekommer melanom hyppigst i eldre aldersgrupper, og det er også her den største økningen i forekomst observeres, særlig blant personer i alderen 70 år og eldre.

Samfunnskostnader ved melanom i Norge

Basert på tilsvarende metoder som for kreft samlet har vi anslått samfunnskostnadene forbundet med melanom i Norge. En nærmere beskrivelse av de ulike kostnadskomponentene og metode for beregning er gitt i vedlegg.

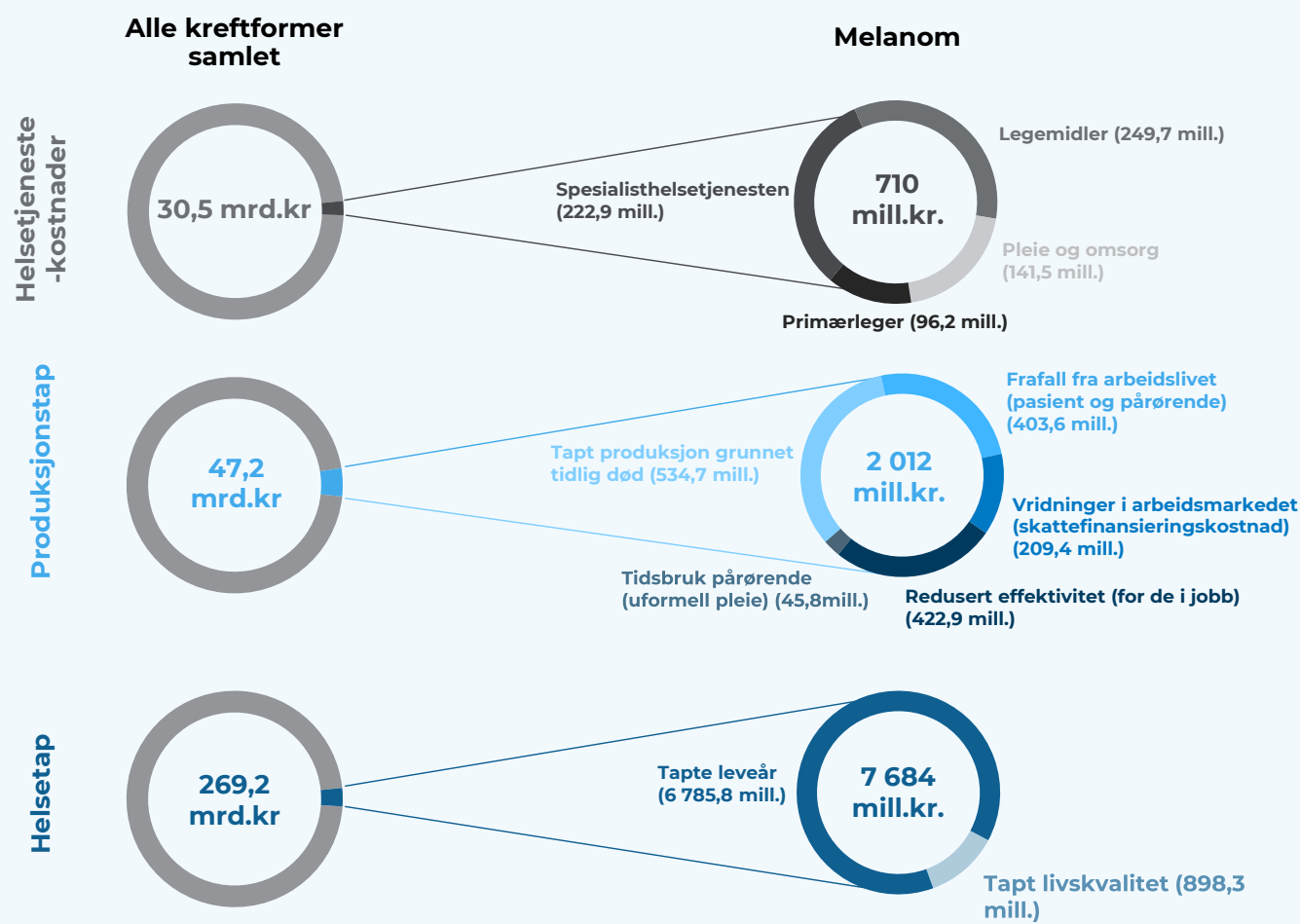
For 2025 anslås de direkte helsetjenestekostnadene til 710 millioner kroner, produksjonstapet til om lag 2 milliarder kroner og verdien av tapte leveår og tapt livskvalitet til 7,6 milliarder kroner (). Mens produksjonstapet for alle kreftformer samlet er anslått til å være i underkant av 50 prosent høyere enn de direkte helsetjenestekostnadene, er de for melanom anslått til å være om lag tre ganger så høyt. Dette skyldes blant annet at en større andel av de som dør av melanom er i arbeidsfør alder enn for kreft samlet. Flere nye behandlingsalternativer har blitt tilgjengelige for denne gruppen de siste årene, noe som bidrar til økte legemiddelkostnader.

Figur V-1: Antall nye tilfeller av melanom fordelt etter alder, 2025*



Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). *Predikerte tall, siste tilgjengelige er for 2023.

Figur 5-13: Samfunnskostnader ved melanom i Norge (2025), millioner kroner



Kilde: Analyse Oslo Economics. For beskrivelse av beregninger og forutsetninger, se vedlegg E.

6. Prioritering og analyse: Analyseperspektiv er av betydning for hvilke tiltak som får prioritet

Norge har i flere år arbeidet systematisk med prioritering i helse- og omsorgssektoren, og det er bred enighet om behovet for slike avveininger. Virkninger for arbeidslivet, som tapt arbeidsinntekt og sykefravær, inngår i begrenset grad ved prioriteringsbeslutninger. Samtidig står hensyn til rettferdighet høyt i det norske samfunnet og pekes ofte på som årsaken til at enkelte samfunnsvirkninger ikke inkluderes ved prioritering innen helsetjenesten. En tydeligere synliggjøring av konsekvenser utenfor helsetjenesten kan gi beslutningstakere et bedre beslutningsgrunnlag og bidra til en mer effektiv og helhetlig bruk av samfunnets ressurser.

6.1 Prioritering av knappe ressurser

Samfunnets ressurser er knappe, og mange gode formål konkurrerer om tilgjengelige midler. Så lenge det er knapphet på de ressursene vi har til rådighet er det behov for prioriteringer, altså å velge noe fremfor noe annet. Dette kan innebære å velge et tiltak istedenfor et annet, å bestemme rekkefølgen for hva som skal bli tatt i bruk eller å si nei til tiltak som gir positive virkninger for samfunnet (ikke gjøre noen ting).

Så lenge det er knapphet på ressurser vil det å bruke ressurser på et tiltak eller et område innebære at det kan brukes mindre ressurser andre steder. Ressursbruk i helsetjenesten vil fortrenge ressursbruken i andre sektorer, for eksempel knyttet til samferdsel, utdanning, miljø eller forsvar. På samme måte vil det å bruke ressurser et sted i helsetjenesten fortrenge ressurser som kunne vært brukt på andre nyttige tiltak i helsetjenesten.

Myndigheter og andre beslutningstakere tar små og store prioriteringsbeslutninger hver dag, og grunnlaget disse tas på vil ha betydning for hva og hvem som prioriteres. Prioritering av knappe ressurser bør gjøres på en måte som bidrar til en effektiv ressursallokering, samtidig som det sikrer en rettferdig fordeling av ressursene i samfunnet.

6.1.1 Effektiv ressursallokering

Det er en allmenn enighet om at når felleskapets ressurser forvaltes skal dette gjøres på en effektiv måte. Dette innebærer å prioritere ressursene slik at man samlet sett oppnår høyest mulig nytte for individene i samfunnet. Dersom to alternativer beslaglegger like mye ressurser, bør alternativet som gir høyest nytte få prioritet. På samme måte vil man ut ifra et effektivitetshensyn prioritere alternativet som beslaglegger minst ressurser dersom nytten ved de to alternativene er den samme.

6.1.2 Rettferdig fordeling av ressurser

Optimal ressursallokering handler ikke bare om å gjøre valg som maksimerer samfunnets samlede nytte. Hvordan nytten fordeles mellom individene i samfunnet, og andre etiske hensyn, er også av betydning. I Norge er det bred enighet om at samfunnets ressurser skal fordeles på en måte som bidrar til likhet i samfunnet. I økonomifaget handler begrepet likhet om ideen om at mennesker skal behandles som likeverdige (moralisk rettferdighet) (Jones, 2009), det vil si at ressursene skal fordeles på en måte som anses som «rettferdig». Å oppnå full enighet om hva som oppleves «rettferdig» kan være umulig. Samtidig kan opplevd urettferdighet blant mange skape et politisk press som over tid bidrar til endring i fordelingen av velferdsgoder.

6.2 Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten

Norge bruker betydelige ressurser på helse- og omsorgstjenesten, samtidig er en grunnleggende utfordring at mulighetene og ønskene overstiger hvilke ressurser vi har tilgjengelig. Den krevende avveiningen mellom effektiv ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av ressurser gjør at beslutningstakere har behov for verktøy for å sikre at ressursene allokeres på en optimal måte.

6.2.1 Systematisk arbeid med prioritering innen helsetjenesten i Norge

Norge har en lang tradisjon med systematisk prioriteringsarbeid innen helsetjenesten på nasjonalt nivå (Calltorp, 1999). Arbeidet med prioritering innen helsetjenesten i Norge startet tilbake på 1980-tallet og

seks offentlige utvalg har vurdert prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten siden den gang: Lønning I (1987), Grund (1997), Lønning II (1997), Norheim (2014), Magnussen (2015) og Blankholm (2018).

Det første utvalget (Lønning I), foreslo at prioritering i helsetjenesten skulle baseres på sykdommens alvorlighet og effekten (nytt) av nye intervensjoner. Et tiår senere, introduserte Lønning II kostnads-effektivitet som et tredje beslutningskriterium. Dette ble også anbefalt av utvalget ledet av Jan Grund (1997). Prinsippene foreslått av Lønning-utvalget har fått bred oppslutning i befolkningen, og er i dag grunnlaget for prioritering i helsetjenesten i Norge. Norheim-utvalget (2014) fikk i oppdrag å vurdere daværende prioriteringskriterier og forslo i sin rapport tre reviderte kriterier for prioritering: 1) Helsegevinst-kriteriet 2) Ressurskriteriet 3) Helsetapskriteriet. De to første kriteriene var i hovedsak en presisering av kriteriene fra Lønning II, mens utvalgets forslag til et helsetapskriterium møtte mye motstand. Helsetap er samlemål for redusert livskvalitet som følge av sykdom, skader eller for tidlig død i befolkningen. Magnussengruppen (2016) ble satt ned for å vurdere alvorlighetshensyn i prioritering, og foreslo å erstatte helsetapskriteriet med et alvorlighetskriterium hvor alvorlighet ble beskrevet som absolutt framtidig helsetap. Denne forståelsen av alvorlighet ble, sammen med helsegevinst- og ressurskriteriet fra Norheim-utvalget, våren 2016 fremmet av Regjeringen i Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering). Høsten 2016 ga Stortinget sin enstemmige tilslutning til de foreslåtte kriteriene.

Blankholm-utvalget (2018) fulgte opp stortings-meldingen fra 2016 med en vurdering av prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlig finansierte tannhelsetjenesten. Utvalget anbefalte at de tre kriteriene fra spesialisthelsetjenesten også burde gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men at man i tillegg skulle vurdere virkninger for fysisk, psykisk og sosial mestring.

6.2.2 Dagens rammeverk for prioritering

I tråd med gjeldende prioriteringsmelding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025) skal tiltak i helsetjenesten vurderes ut fra tre prioriteringskriterier: nytte, ressursbruk og alvorlighet (figur 6.1). Kriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre i prioriteringsbeslutninger.

Nytte-kriteriet innebærer at et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet

Figur 6-1: Dagens kriterier for prioritering



Kilde: (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

gjennom økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og reduksjon av smerter, fysisk, eller psykisk ubehag. **Ressurskriteriet** innebærer at et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Av **alvorlighetskriteriet** følger det at et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden, som vurderes ut ifra risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk og psykisk funksjonstap og smerte, fysisk, eller psykisk ubehag. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

6.3 Virkninger kan oppstå både i og utenfor helsetjenesten

Gjennomføringen av tiltak i helsetjenesten kan medføre en rekke virkninger for pasienter og deres pårørende, helsetjenesten og samfunnet for øvrig (). For eksempel vil finansiering av en ny legemiddel-behandling bety økte legemiddelkostnader, samtidig som introduksjonen kan ha virkninger for ressursbruken i sykehus, fastlegetjenesten eller pleie- og omsorgstjenesten. Videre vil innføringen av et nytt legemiddel innebære helsegevinster, i form av livsforlengelse, høyere livskvalitet eller begge deler. De nevnte virkningene faller innenfor helsetjenesteperspektivet

Tiltak som innføres i helsetjenesten kan også medføre virkninger på andre samfunnsområder. Innføringen av et nytt legemiddel kan for eksempel ha betydning for pasienters eller pårørendes arbeidsevne, og dermed ha konsekvenser for arbeidsmarkedet. Dersom pasienter i større grad kan stå i jobb under eller etter behandling vil dette gi besparelser på offentlige budsjetter (reduerte utbetalinger til sykefravær og uføretrygd), og bidra til økt verdiskaping i samfunnet. I tillegg påvirkes ofte andre

mennesker enn pasientene selv av sykdom, og tiltak kan også gi virkninger for denne gruppen. Slike virkninger omfatter både helsemessige virkninger (som helserelatert livskvalitet) og øvrige virkninger (tidsbruk, evne til å jobbe, stress osv.). Virkninger for arbeidsgiver kan innebære behov for tilrettelegging, bruk av vikarer eller midlertidig ansatte, eller behov for fordeling av arbeidsoppgaver til andre ansatte.

I analyser av tiltak skiller man gjerne mellom hvor virkningene oppstår. Innenfor helse er det vanlig å skille mellom virkninger i helsetjenesten og virkninger for samfunnet for øvrig. Virkninger skiller seg også fra hverandre ved at noen er direkte observerbare i offentlige budsjetter, mens andre ikke er det. For eksempel er helsetjenestekostnader ofte observerbare i helsebudsjettene, og innføringen av et nytt legemiddel vil ha en direkte budsjettkonsekvens for sektoren som helhet, enkelte helseforetak eller avdelinger. Produksjonstapet (den tapte verdiskapningen) er kun delvis observerbar i offentlige budsjetter, gjennom utbetalinger av sykepenger og trygdeytelser, og gjennom lavere skatteinntekter. Kostnader som uformell pleie eller pasientens tidskostnader påvirker kun budsjettene indirekte gjennom lavere skatteinntekter. Hvorvidt ulike virkninger er synlige i offentlige budsjetter kan påvirke hvilken oppmerksomhet de får i prioriteringsdebatten, og tiltak med direkte budsjettkonsekvenser kan få mer oppmerksomhet. At enkelte virkninger ikke er direkte observerbare i offentlige budsjetter betyr ikke at de ikke er reelle økonomiske virkninger, og slike virkninger vil i mange tilfeller være relevante for beslutningstakere når de velger mellom ulike tiltak. Hvilke virkninger som teller inn i analysene og inngår i beslutningsgrunnlaget, altså analyseperspektivet, har betydning for vurderingen av tiltaket da det påvirker tiltakets lønnsomhet.

Retningslinjene for prioritering i helsesektorer skiller seg fra de som benyttes ved prioritering av tiltak i andre sektorer, med tanke på hvilke virkninger som inkluderes i vurderingen. Ved vurdering av tiltak i andre sektorer (samferdsel, utdanning, miljø osv.) benyttes Finansdepartementets rammeverk, hvor alle samfunnsvirkninger vurderes som relevante (Finansdepartementet, 2021). Med andre ord skal prioriteringer skje på grunnlag av tiltakenes kostnader og nytte i vid forstand. Innen helsevesenet anvendes et utvidet helsetjenesteperspektiv som er noe smalere. Her måles nytten i form av økt levetid, bedre livskvalitet og forbedret funksjon eller mestring opp mot helsetjenestens kostnader ved å innføre tiltaket.

Retningslinjene for prioriteringer i helsevesenet anlegger et smalere perspektiv, hvor nytten i form av økt

levetid og livskvalitet skal måles opp helsetjenestens kostnader ved å innføre tiltaket.

Dette betyr at virkninger som blant annet tapt arbeidsinntekt, sykefravær og uførhet ikke inkluderes i vurderingen. Heller ikke virkninger for pårørende eller arbeidsgivere blir hensyntatt i disse vurderingene.

Samtidig åpner gjeldende prioriteringsrammeverk for at hensyn utover det utvidede helsetjenesteperspektivet kan tillegges vekt i særskilte tilfeller. Dette gjelder særlig prioriteringsbeslutninger med betydelige budsjettkonsekvenser som må behandles av Stortinget, for eksempel når fullmaktsgrensen for legemidler overskrides. I slike tilfeller kan det være relevant å belyse bredere samfunnsvirkninger, forutsatt at de samfunnsøkonomiske gevinstene er store og godt dokumenterte.

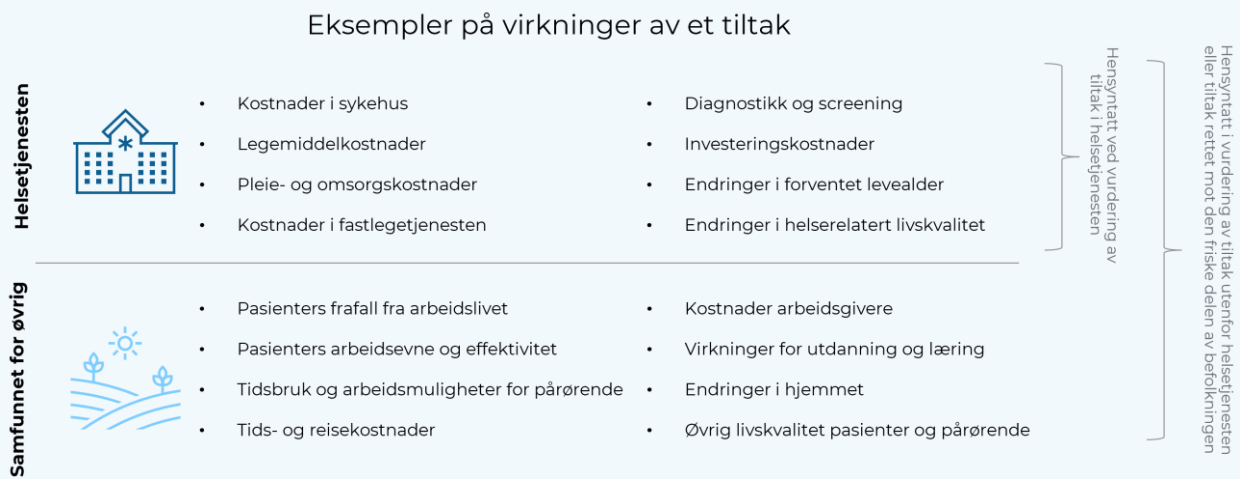
Vaksinasjonsprogrammer og andre forebyggende tiltak utgjør et særskilt unntak, der vurderingene i hovedsak baseres på samfunnsøkonomiske analyser som inkluderer både helsegevinster og bredere samfunnsmessige konsekvenser. Tilsvarende kan gjelde for enkelte innovative metoder med bredt nedslagsfelt, der det er behov for økt kunnskap om effekt, ressursbruk og organisering før tiltakene tas i bruk.

Helsetjenesteperspektiv eller samfunnsperspektiv?

I Norge er det allmenn akseptert at helseøkonomiske analyser spiller en viktig rolle i prioriteringsarbeidet. Det er imidlertid mindre enighet om hvilke virkninger som bør inkluderes i analysene, og særlig hvorvidt virkninger utenfor helsetjenesten bør vektlegges. Denne problemstillingen er også diskutert internasjonalt, og ulike land har ulike løsninger for hvordan slike virkninger håndteres.

Det at kreftpasienter som har redusert arbeidsevne som følge av sykdommen, og dermed får lavere inntekt, hensyntas ikke i dag ved vurdering av nye tiltak i helsetjenesten. Heller ikke besparelser for staten i form av lavere trygdeutbetalinger blir vurdert som relevant i dag. Denne måten å prioritere på kan innebære at vi sier nei til tiltak som fra et samfunnsperspektiv er gunstig, og at ressursene i samfunnet kunne vært allokert på en mer effektiv måte.

Figur 6-2: Eksempler på virkninger av et tiltak i helsetjenesten



Illustrasjon Oslo Economics

Å ikke hensynta sykefravær eller lønnstap kan innebære å si nei tiltak som fra et samfunnsperspektiv er gunstig

Et annet argument for å inkludere virkninger utenfor helsesektoren i helseøkonomiske analyser handler om konsistens i vurderingene. Dette gjelder både konsistens mellom vurderinger som gjøres i helsesektoren og på andre samfunnsområder, men også innad i helsesektoren. I dag vurderes øvrige samfunnsvirkninger som relevant når man analyserer forebyggingstiltak, tiltak med betydelige budsjettkonsekvenser og særlig innovative metoder, men ikke alle nye behandlinger. Manglende konsistens mellom sektorer kan innebære at en sektor blir tildelt mindre ressurser relativt til andre sektorer.

Selv om det kan virke åpenbart at virkninger som tapt arbeidsinntekt bør inkluderes ved vurderinger av tiltak i helsetjenesten finnes det også motargumenter.

Et argument for ikke å inkludere endringer i individers arbeidsinntekt eller statens trygdeutbetalinger er knyttet til helse- og omsorgstjenestens verdigrunnlag. Dersom konsekvenser som pasienters framtidige arbeidsinntekt, produktivitet eller bruk av offentlige ytelser skal tillegges vekt, kan det bidra til en systematisk vridning av ressurser i retning av pasientgrupper med høy forventet yrkesdeltakelse. Dette kan innebære at sykdommer som rammer personer i arbeidsfør alder prioriteres høyere enn sykdommer som rammer barn, eldre eller personer utenfor arbeidsstyrken. Slike fordelingsvirkninger strider med prinsippet om likeverdig tilgang til helse-

og omsorgstjenester, der behandling skal gis uavhengig av pasientens bidrag til arbeidslivet eller samfunnets verdiskapning for øvrig. En mulig løsning er imidlertid å håndtere fordelingshensyn analytisk, for eksempel ved bruk av standardiserte nøkkeltall for lønns- og sysselsettingsrater som ikke er avhengig av kjønn, alder eller etnisk bakgrunn.

En annen bekymring er mer teknisk og handler om hvordan virkningene estimeres og risiko for dobbelttelling. Det kan være krevende å anslå produksjonsvirkninger, og gevinsten av å stå i jobb kan for den enkelte også bli inkludert når man måler endringer i helserelatert livskvalitet.

Et siste argument for å ikke inkludere virkninger utenfor helsetjenesten handler om relevans, og ble først introdusert av Gerard and Mooney (1993). Forfatterne hevdet at så lenge nytten måles som helsegevinster (f.eks. kvalitetsjusterte leveår), må alternativkostnaden defineres i form av helse som fortreges. Det følger da at alternativkostnaden bestemmes av den beste alternative bruken av en liten økning i helsebudsjettet, og ikke andre steder i økonomien.

Covid-19 pandemien har vist oss hvordan sykdom og tiltak for å hindre smitte har hatt virkninger langt utenfor helsetjenesten. Smitteverntiltakene har hatt stor betydning for samfunnets verdiskapning, og medført konsekvenser på en rekke samfunnsområder. Som et ledd i myndighetenes pandemihåndtering har Holdengruppen utarbeidet samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak (Holdengruppen, 2021). I disse vurderingene er det lagt til grunn et samfunnsperspektiv, og man har avviket fra det smalere helsetjenesteperspektivet som benyttes ved vurdering av andre tiltak i helsetjenesten. Tapene for norsk økonomi som følge av koronaviruset har vært så

omfattende at det virker åpenbart at disse bør vurderes som relevante i håndteringen av pandemien.

Covid-19 pandemien har vist oss viktigheten av å hensynta virkninger utover helsetjenesten ved vurdering av tiltak

6.3.1 Implikasjoner av å inkludere øvrige samfunnsvirkninger i prioritering

Å inkludere øvrige samfunnsvirkninger ved prioritering vil kunne ha betydning for hvilke tiltak som vurderes som lønnsomme og dermed hvilke grupper i samfunnet som får prioritet. Det finnes en rekke eksempler på hvordan valg av analyseperspektiv påvirker utfallet av et tiltaks lønnsomhet. For eksempel har Oslo Economics illustrert at ny forebyggende migrenebehandling kan gå fra å ha en kostnad per vunnet kvalitetsjusterte leveår på flere hundre tusen til å både gi helsegevinster og være kostnadsbesparende for samfunnet (negativ kostnads-effektivitetsbrøk) når øvrige samfunnsvirkninger inkluderes (Oslo Economics, 2020). I en evaluering av effekten av å inkludere indirekte kostnader i kostnads-effektivitetsanalyser finner Krol og medforfattere (2016) at kostnads-effektivitetsbrøken falt i 30 av 36 tilfeller, noe som innebærer at tiltakene ble mer kostnadseffektive av å inkludere disse virkningene.

Å inkludere øvrige samfunnsvirkninger i helseøkonomiske analyse vil ikke nødvendigvis bety at flere (eller færre) tiltak blir vurdert som lønnsomme

Å inkludere øvrige samfunnsvirkninger i helseøkonomiske analyse vil ikke nødvendigvis bety at flere (eller færre) tiltak blir vurdert som lønnsomme. Så lenge budsjettene er uendret vil en slik endring kun påvirke hvilke tiltak som får prioritet. Tiltak rettet mot sykdommer som rammer personer i arbeidsfør alder vil for eksempel kunne få mer ressurser, mens

sykdommer som rammer eldre og de utenfor arbeidsstyrken vil få mindre.

6.3.2 En avveining mellom effektivitet og fordeling

Det er både fordeler og ulemper ved å inkludere øvrige samfunnsvirkninger i beslutninger om prioritering innen helse. Diskusjonen om hvilke virkninger som bør vektlegges en klassisk konflikt mellom effektivitet og rettferdighet, hvor løsningen vil være å veie de to hensynene mot hverandre (Melberg, 2021).

Hvilke virkninger som bør vektlegges en klassisk konflikt mellom effektivitet og rettferdighet, hvor løsningen vil være å veie de to hensynene mot hverandre (Melberg, 2021)

Selv om det av rettferdighetshensyn ikke nødvendigvis er åpenbart at virkninger som tapt arbeidsinntekt og sykefravær skal vektlegges betyr det ikke at man må se helt bort i fra effektivitetshensyn. Det kan tenkes løsninger der deler av disse virkningene blir inkluderte for å sikre en mer effektiv allokering av ressursene, selv om det påvirker fordelingen.. Det kan også argumenteres for at minimum en andel av slike virkninger bør vurderes som relevante, ettersom et tiltak som bidrar til høyere arbeidsdeltakelse vil medføre økte skatteinntekter, som igjen gir mer ressurser til helsetjenesten (Olsen & Richardson, 1999).

6.3.3 Behov for synliggjøring av flere perspektiver

Helseøkonomiske analyser har som formål å støtte beslutningstakere i deres valg. For å gjøre dette må de utformes på en måte som gjør dem relevante for beslutningstakerne. For at beslutningstakere skal kunne veie de ulike hensynene opp mot hverandre, kan det, som anbefalt av The Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine (Neumann, et al., 2016), presenteres analyser fra ulike perspektiver, for eksempel en analyse som kun ser på rene helseeffekter og en som tar hensyn til samfunnsperspektivet.

7. Bærekraft i velferdsstaten – økt fleksibilitet og investere i helse?

For å bevare velferdsstaten er det behov for økt fokus og tilrettelegging for at mennesker skal kunne delta i arbeidslivet. I dette kapittelet belyses sentrale muligheter og utfordringer, både for pasienter, pårørende og arbeidsgiver. Introduksjonen av nye behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse, og vi må i større grad forholde oss til at flere kreftrammede skal fungere i

7.1 Prioriteringer på systemnivå

7.1.1 Bevaring av velferdsstaten

Utsiktene til norsk økonomi er usikre, og presset på velferdsstaten vil øke i årene som kommer. Perspektivmeldingen (2023–2024) er tydelig på at statens utgifter vil gå opp, uten at inntektene vil øke like mye (Finansdepartementet, 2024). Dette skyldes særlig demografiske endringer, med sterk vekst i den eldre delen av befolkningen, som bidrar til økte utgifter til pensjon, helse – og omsorgstjenester. Samtidig ventes inntektsveksten å avta, blant annet som følge av lavere vekst i fastlandsøkonomien og gradvis lavere tilførsel av petroleumsinntekter til SPU.

Den nye virkeligheten vil kreve både langsiktighet og bevisste prioriteringer. Samtidig vil det være nødvendig å utnytte samfunnets arbeidskraft på en effektiv måte, både gjennom å øke sysselsettingen og legge til rette for at de som jobber får utført oppgavene sine på en god måte. Økt sysselsetting gir økte skatteinntekter, og i mange tilfeller reduserte trygdeutgifter. I tillegg er det viktig for den enkelte. Å legge til rette for at flere kan stå i jobb er derfor særlig gunstig for å styrke velferden og bedre budsjettbalansen.

Som illustrert tidligere i denne rapporten utgjør produksjonstapet forbundet med kreft langt høyere kostnader enn helsetjenestekostnadene, og det er gode argumenter for at disse bør vurderes som relevante ved prioritering av nye metoder i helsetjenesten. I tillegg må vi tenke nytt og kanskje også i større grad investere i helse for å øke pengesekken. Politikerne har ansvar for å legge til rette for at velferdsstaten bevares også i årene fremover. Videre vil forebygging og tidlig diagnostikk være viktig for å unngå at flere utvikler alvorlig sykdom. Som pekt på i studier av kreftkostnader er kostnadene og den økonomiske byrden for pårørende høyere dersom pasienter har avansert sykdom på diagnosetidspunktet (van Houtven, et al., 2010) (Andreas, et al., 2018) (Reddy, et al., 2022). Tidlig diagnostikk kan derfor bidra til å begrense kostnadsveksten fremover.



7.1.2 Politikernes ansvar: se sektorer i sammenheng

Å se arbeidsliv og helse i sammenheng er krevende, og ulike styringssignaler og prinsipper bidrar til målkonflikter. I helsetjenesten er likhet et viktig prinsipp, og alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av kjønn, alder, sosioøkonomisk status og etnisitet. Innen arbeidslivs er det et særlig fokus på tiltak som bidrar til at så mange som mulig står i jobb så lenge som mulig.

Politikerne har ansvar for å se sektorer i sammenheng, herunder å balansere målet om rettferdig fordeling mot effektivitet. For å møte utfordringene knyttet til finansiering av velferdsstaten er det nødvendig å se helsetjenesten og arbeidslivssektoren i sammenheng. Tiltak som bidrar til at mennesker i større grad har mulighet til å stå i jobb, eller vil jobbe mer effektivt enn de ellers kunne gjort, vil ha stor verdi for samfunnet utover helsegevinster. Å prioritere slike tiltak vil bidra til å øke finansieringsgrunnlaget for offentlige tjenester, herunder helsetjenester, og dermed bidra til å bevare de gode offentlige tjenestene vi har i Norge i dag.

7.1.3 Behov for nye rammebetingelser?

Den nyeste prioriteringsmeldingen har videreført de etablerte prioriteringskriteriene og helsetjenesteperspektivet som hovedregel, men åpner samtidig for at bredere samfunnsvirkninger kan belyses som beslutningsstøtte i særskilte tilfeller. Spørsmålet om hvordan arbeidsevne og konsekvenser for arbeidsdeltakelse bør inngå i vurderingen av tiltak i helsetjenesten, er likevel fortsatt ikke systematisk avklart innenfor prioriteringsrammeverket.

Som diskutert tidligere i denne rapporten, taler flere hensyn for at arbeidsevne og inntektsbortfall kan være relevante dimensjoner i vurderingen av enkelte tiltak, særlig der sykdom rammer personer i yrkesaktiv alder og der konsekvensene for arbeidsdeltakelse er betydelige. Dette peker mot et behov for videreutvikling av rammebetingelsene for prioritering, slik at slike virkninger kan synliggjøres på en konsistent og etterprøvbart måte, uten å undergrave grunnleggende fordelingshensyn.

Den nasjonale kreftstrategien *Felles innsats mot kreft* (2025 – 2035) har som et overordnet mål at pasienter med kreft og deres pårørende skal oppnå best mulig livskvalitet. Et sentralt element i dette er at pasienter som ønsker det, skal kunne kombinere kreftbehandling med arbeid eller utdanning. Strategien understreker at dette forutsetter tilrettelegging som tar hensyn til hvordan den enkelte er påvirket av sykdom, behandling og eventuelle seneffekter. Som diskutert tidligere i denne rapporten

har evnen til å fungere i arbeid stor betydning for den enkelte, så vel som samfunnet som helhet.

7.1.4 Investering i helse?

I tillegg til å utvikle rammebetingelser som sikrer riktige prioriteringer innad i en sektor er politikerne ansvarlige for prioritering av ressurser mellom ulike sektorer. Nye muligheter innen helsetjenesten øker behovet for å se sektorer i sammenheng, og aktualiserer problemstillinger knyttet til prioritering av ressurser mellom ulike samfunnsområder. Økonomisk og sosial utvikling henger tett sammen med befolkningens helse. Dette kommer tydelig frem i forarbeidene til folkehelseloven: «Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen.» (Helsedirektoratet, 2018). Investering i befolkningens helse vil med andre ord kunne gi gevinster utover økt velferd for den enkelte, og vil trolig bli enda viktig i årene fremover.

7.2 Utvikling av treffsikre ordninger

7.2.1 Økt fleksibilitet kan forhindre at pasienter faller utenfor arbeidslivet

Personer som rammes av kreft har ofte sammensatte behov og deres utfordringer vil variere over tid. Fleksibilitet i ordninger er derfor særlig viktig for kreftpasienter som gjerne opplever at de faste ordningene som er etablert for mennesker som rammes av sykdom passer dårlig. Som belyst i denne rapporten peker flere på at dagens trygdeordninger i liten grad er tilpasset kreftpasienter, og at mangel på fleksibilitet skaper uheldige utslag for pasientene og arbeidsgivere.

Flere peker på at det ofte er for enkelt for kreftpasienter å få hundre prosent sykemelding. Også arbeidsgiversiden trekker frem gode eksempler på hvordan gradert sykemelding kan bevare tilknytning til arbeidslivet, også i perioder der sykdommen krever mye. Samtidig kan en delvis tilknytning til arbeidslivet når man er under behandling gjøre det lettere å komme tilbake i arbeid på et senere tidspunkt. Samarbeid og god dialog mellom arbeidsgiver, Nav og den enkelte kan bidra til at man klarer å legge til rette for delvis tilknytning til arbeidslivet gjennom gradert sykemelding, noe som kan gi en rekke positive virkninger.

For mange kreftpasienter kan det første året etter de får diagnosen gå svært raskt, og denne fasen vil for mange være lengre enn sykepengeordningen på tolv måneder. For flere varer behandlingen over lang tid, og det kan være krevende å gå tilbake i full jobb etter

det første året. Gjennom arbeidet med denne rapporten ble det trukket frem hvordan overgangen fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger (AAP) bidrar til økt avstand til arbeidsgiver, og at tilknytningen fort blir vanskeligere å opprettholde når sykepengeperioden er over. Et mulig tiltak vil derfor være å forlenge sykepengeordningen for kreftpasienter. Som pekt på at Sysselsettingsutvalget finnes det unntaksregler i sykepengeordningen for sykmeldte med alvorlig sykdom i flere europeiske land (Sysselsettingsutvalget, 2021). Eksempelvis er det i Danmark ingen tidsbegrensning i sykepengeordningen for pasienter med alvorlig og livstruende sykdom. I Sverige har pasienter med alvorlig sykdom rett til sykepenger utover 365 dager uten at kompensasjonsgraden reduseres (Sysselsettingsutvalget, 2021). Endringer i sykepengeordningen kan bidra til høyere sysselsetting på sikt, samt sikre inkludering av utsatte grupper med særlig høy risiko for sykefravær.

7.3 Samhandling i praksis

7.3.1 Kommunisering av pasienter og pårørendes behov

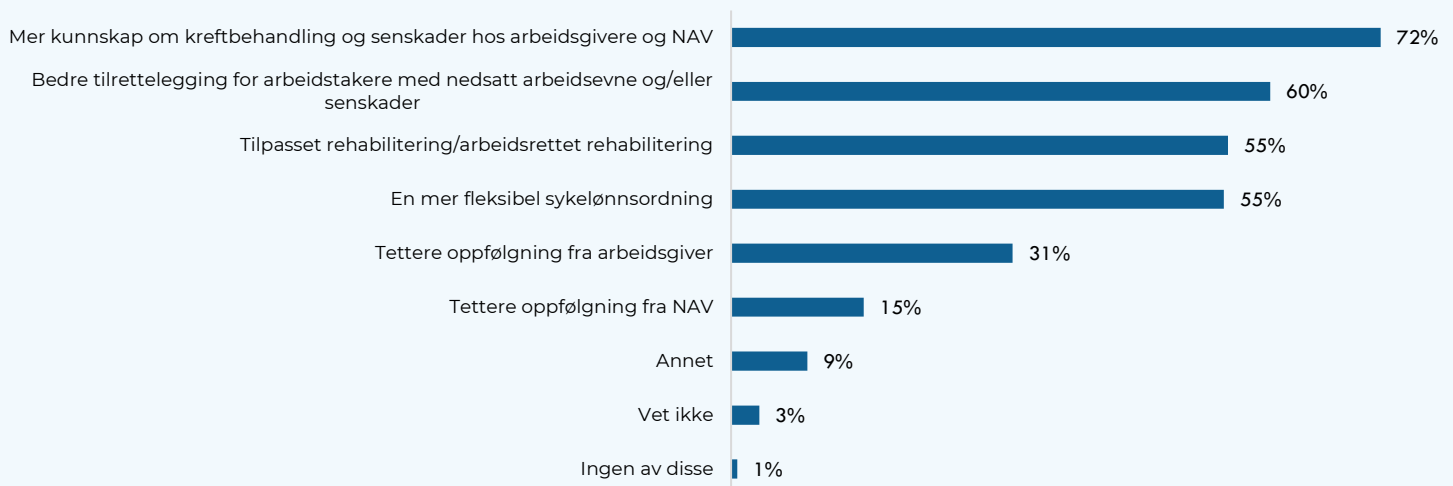
Kunnskap om kreftbehandling og senskader hos arbeidsgiver og Nav trekkes av pasienter og pårørende frem som en viktig forutsetning for at flere kan stå i eller komme tilbake til arbeid etter endt kreftsykdom. Bedre tilrettelegging for de med nedsatt arbeidsevne blir også pekt på som et viktig tiltak. Tilrettelegging krever ofte individuelle løsninger, og arbeidsgivers forutsetninger for å drive tilrettelegging vil variere. Særlig for små virksomheter vil det kunne være krevende. På systemnivå blir fleksibilitet i trygdeordningene trukket frem. Dagens sykelønningsordninger oppleves som lite fleksible, og flere peker på at det er for «enkelt» å få 100 prosent sykemelding.

Behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke i årene fremover. Samtidig ventes det å bli færre pårørende per eldre de nærmeste tiårene (Blix, et al., 2021). Et økt omsorgsansvar blant de pårørende vil kunne være krevende for den enkelte, da vi allerede vet at kombinasjonen av yrkesaktivitet og pårørenderollen kan være utfordrende. Å finne gode løsninger for tilrettelegging og ivaretagelse av pårørendes behov og rettigheter vil derfor være viktig fremover.

Bedre samhandling og bruk av digitale løsninger

Både representanter for pasienter og arbeidsgivere har gjennom dette arbeidet pekt på behovet for bedre samhandling mellom aktørene for å tilrettelegge for at pasienter og deres pårørende i større grad skal fungere i arbeidslivet. Samhandling mellom bedriftsleger, arbeidsgiver, fastleger, sykehuset og Nav kan være krevende å få til i praksis, men vil være avgjørende for å utnytte kapasiteten til kreftoverleverne. Pakkeforløp hjem skal ivareta overgangen fra behandling på sykehus til det vanlige liv, og vil kunne bidra til bedre tilrettelegging. Gjennom dette prosjektet er det blitt pekt på at dialogmøter med Nav ofte avlyses for kreftpasienter fordi de er alvorlig syke og at det ikke er nødvendig å snakke med arbeidsgiver. Dette kan være uheldig ettersom det øker avstanden mellom pasienten og arbeidsgiver. Selv om det ikke er aktuelt med umiddelbar retur til arbeidslivet kan disse møtene være nyttig for å diskutere langsiktige planer og hvordan man på sikt kan legge til rette for retur til arbeidslivet. Bruk av digitale løsninger kan gjøre det enklere og mer kostnadseffektivt å få til møter mellom Nav, arbeidsgiver og pasient, samt å koble på andre aktører. Fremover blir det viktig å utnytte mulighetene som ligger i slike løsninger for å sikre god dialog og kommunikasjon mellom de involverte.

Figur 7-1: Hvilke tiltak vurderer pasienter og pårørende som viktige?



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=447. Respondentene har kunnet velge flere svaralternativer.

Vedlegg A Metode for beregning av samfunnskostnader

Kostnadsanslagene presentert i tabellen under er utarbeidet basert på tidligere forskningsstudier og rapporter om kreftkostnader i Norge, datauttrekk fra HELFOs KUHR-register og Dødsårsaksregisteret, offentlig tilgjengelig data og statistikk fra Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, egne anslag basert på antakelser og nøkkeltall fra veiledere. I tillegg er svar fra Kreftforeningens brukerpanel fra 2021 brukt for å estimere kostnaden ved redusert produktivitet og påvirkning for pårørende. Alle kostnader er KPI-justert til 2025-kroner. Mer detaljert beskrivelse av metode for de ulike kostnadsberegningene er beskrevet under.

Tabell V-1: Anslag på samfunnskostnader ved kreft, 2017, 2021, 2025

	2017	2021	2025
Direkte helsetjenestekostnader (mrd. 2025-kr)¹	21	28	31
Primærlegetjenesten	0,61 ²	0,71	0,8
Privatpraktiserende spesialist	0,13 ²	0,14	0,16
Somatisk sykehus ³	14,54	15,55	16,7
Billeddiagnostikk og laboratorieundersøkelser	1,75	1,89	2,07
Andre kostnader i somatiske sykehus	0,51	0,59	0,6
Legemiddelkostnad	2,11 ²	2,93	4,16
Forebygging	1	1,02	1,06
Pleie- og omsorgstjenesten	4,43	5,11	4,97
Produksjonstap / tapt verdiskaping (mrd. 2021-kr)¹	36⁴	42	47
Tidlig død	14,1	14,24	15,61
Sykefravær og uføretrygd	11,4	11,82	13,45
Redusert produktivitet på jobb (presenteism)	<i>Ikke inkludert</i>	2,4	2,86
Uformell pleie	3,91	5,1	5,65
Sykefravær pårørende	<i>Ikke inkludert</i>	1,24	1,53
Skattefinansieringskostnader	5,61	7,36	8,25
Helsetap (mrd. 2021-kr)¹	232	242	269
Redusert livskvalitet	30,7	35,49	40,18
Tidlig død	202,1	206,79	228,98

Analyse: Oslo Economics. 1Tidligere kostnadsestimat justert til norske kroner og prisjustert til 2025 (Bugge, et al., 2021). 2Beregnet basert på data fra 2017 fra KUHR og SLS. 3Kostnader knyttet til poliklinisk medikamentell behandling (DRG 410X og 856D-856X) er trukket fra for å unngå dobbelttelling av legemiddelkostnader. 4Inkluderer ikke presenteism og sykefravær for pårørende.

Tabell V-2: Metode for beregning av samfunnskostnader ved kreft

Insidens	Data for insidens av alle kreftdiagnoser er hentet fra (NORDCAN, 2026) . Insidens frem til og med 2023 er reelle observasjoner, mens insidens fra og med 2024 er NORDCANs egne prediksjoner. I framskrivningen er metoden «Constant rates» benyttet. Valg av framskrivningsmetode vil påvirke prediksjonene for fremtidig antall nye tilfeller.
Prevalens	Data for prevalens av alle kreftdiagnoser er hentet fra (NORDCAN, 2026). Prevalens frem til og med 2023 er reelle observasjoner, mens prevalens fra og med 2024 er Oslo Economics egne prediksjoner basert på gjennomsnittlig vekstrate i prevalens fra 2017-2022: ca. 3,5%.
Primærlegetjenesten	Data KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med kreft som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (144 millioner) og egenandel (24 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 29 prosent av de samlede kostnadene i primærlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Privatpraktiserende spesialist	Data fra KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med kreft som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (57 millioner) og egenandel (11 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 60 prosent av de samlede kostnadene (Helsedirektoratet, 2019). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner
Somatisk sykehus	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er justert for vekst i antall opphold knyttet til kreft for perioden 2017-2021 (NPR-Kuben). For 2022-2025 er en årlig vekstrate på 3,35% antatt, noe som tilsvarer gjennomsnittlig vekstrate i opphold knyttet til kreft i perioden 2014-2021 (NPR-Kuben). Kostnadene er inflasjonsjustert til 2025-kroner. Kostnadene knyttet til DRG 410X (Medikamentell kreftbehandling av innlagte pasienter) og DRG 856D-856X (Poliklinisk medikamentell behandling av ulike krefttyper), tilsvarende 3 445 millioner kroner, er estimert basert på en tilsvarende årlig vekst på 3,35% fra 2021 samt inflasjonsjustering, og er trukket fra for å unngå dobbelttelling (inkludert i legemiddelkostnadene).
Billediagnostikk og laboratorieundersøkelser	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Andre kostnader i somatiske sykehus	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er framskrevet til 2025 med årlig prevalensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Legemiddelkostnader	Kostnadsestimat for 2021 basert på data fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS) for kostnadene for kreftlegemidler (ATC-gruppe L1) ekskludert mva. for perioden januar-april 2021. Justert opp for å dekke hele året forutsatt samme kostnader de gjenværende månedene. For 2025 har vi brukt Helsedirektoratets rapport om kostnader til legemidler i helseforetak. Lagt sammen kreftlegemiddelkostanden for H-resept og sykehus. I rapporten er priser justert til et 2024-nivå ved bruk av prisindeks for legemidler og indeks for lønns- og prisvekst i statlige helsetjenester. Denne indeksen er ikke tilgjengelig, og vanlig KPI-vekst har blitt brukt for å justere til et 2025-nivå. Det er gjort en forenkling ved at det antas at legemiddelkostnaden vil være den samme i 2025 som i 2024.
Forebygging	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) justert for befolkningsvekst fra 2017-2025 og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Pleie- og omsorgstjenesten	Data fra KOSTRA for totale utgiftene til kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2024 (ID: 234, 253, 254, 256 og 261) og tidligere antagelse om at kreftrelaterte kostnader i pleie- og omsorgstjenesten utgjør 3 prosent av de totale kostnadene (Oslo Economics, 2019). 2024 kostnadsestimatene framskrevet til 2025 med antakelse om 2024 vekst tilsvarende gjennomsnittlig vekst i 2017-2023.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C00-C97) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Antatt 1 750 timer per årsverk (eks. ferie). Sysselsettingsgrad og arbeidstid 2025 per uke i ulike aldersgrupper og fordelt på kjønn estimert basert på 2020 nivåer, framskrevet med antatt vekstrate 2020-2024 tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate fra 2016-2019 (SSB 03781 og 11210). Gjennomsnittlig årslønn for 2024 på 704 700 kr (SSB 11417), framskrevet til 738 525 for 2025 basert på forventet lønnsvekst på 4,8%. Deretter tillagt et påslag på 40% for sosiale kostnader. Verdien av fremtidig produktivitetstap er diskontert med fire prosent årlig.
Sykefravær og uføretrygd	Tidligere anslag for 2017 på 2 900 mill. kr i sykefravær, 1 940 kr i arbeidsavklaringspenger (AAP) og 3 840 kr i uføretrygd (Oslo Economics, 2019) justert for vekst i totalt antall personer i Norge med henholdsvis sykefravær, AAP og uføretrygd for perioden 2017-2025 (NAV, 2022). Inflasjonsjustert til 2025-kr.

	Antall i jobb før kreftdiagnose (17 882 personer): Basert på antall nye krefttilfeller i 2021 (40 065) (NORDCAN, 2026), justert for arbeidsfør alder og antatt lik sysselsettingsgrad tilsvarende for befolkningen for øvrig i 2020 (SSB 08930). Redusert produktivitet (Kreftforeningens brukerpanel): 13% med redusert arbeidsmengde (16% i gjennomsnitt), 36% brukte mer tid på de samme oppgavene (4 timer i uken i gjennomsnitt), mens 12% hadde både redusert arbeidsmengde og brukte mer tid.
Redusert produktivitet (presenteeism)	Kostnaden for at pasienter arbeider mindre er beregnet til en arbeidstime (591 kr per time), basert på gjennomsnittslønn inkludert sosiale kostnader tilsvarende 1 022 935 kr (SSB 11417 2024 gjennomsnittslønn, framskrevet til 2025 med antatt lønnsvekst på 4,8%, og 40 prosent påslag for sosiale kostnader). For pasienter som bruker mer tid på samme oppgaver er kostnaden beregnet til verdien av en time fritid (295 kr per time), basert på estimert gjennomsnittslønn i 2025 etter skatt. Videre er det for beregningene forutsatt 1 750 arbeidstimer og 47 arbeidsuker i et år. Basert på aldersfordelingen blant nye krefttilfeller i 2025 har vi lagt til grunn at pasientene i gjennomsnitt har 15 år igjen i arbeidslivet ved diagnosetidspunktet. Nåverdien av kostnadene er beregnet med en diskonteringsrate på 4 prosent.
Sykefravær pårørende	Antar en pårørende per pasient. Fra Kreftforeningens brukerpanel 2021 endret 13% fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 % av de som arbeidet før kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt, i snitt 50% sykemeldt. Legger til grunn at andelen i arbeidsfør alder er lik mellom pasienter og pårørende. Sykefravær for pårørende er anslått til 20 prosent av kostnaden for korttidsfravær (sykepenger + AAP) for pasienter.
Uformell pleie	Pårørende i Kreftforeningens brukerpanel 2021 brukte i snitt 14,4 timer i uken på pleie, hvorav 18% svarte at det gikk på bekostning av arbeid, 63% på bekostning av fritid, og 18% på bekostning av begge deler. Som et konservativt anslag legger vi til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. En vekting av kostnadene mellom arbeidstid og fritid med disse forholdstallene (og kostnad for arbeids- og fritid som under presenteeism) gir et estimat på 374 kr per time uformell pleie.
Redusert livskvalitet	Tidligere anslag for ikke-dødelig helsetap på 20 500 mill. kr i 2015 (Helsedirektoratet, 2019) er framskrevet til 2025 med årlig prevalensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C00-C97) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Statens legemiddelverks retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser er benyttet for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår ved gitt alder. Verdien av et kvalitetsjustert leveår forutsatt å være 1,68 millioner kroner i 2023 (Helsedirektoratet, 2024). Inflasjonsjustert til 2025-kr.
Skattefinansieringskostnader	Forutsetter at 85% av helse- og omsorgstjenesten og at 100% trygdeytelsene mottatt av pasienter og pårørende med kreft er finansiert over offentlige budsjetter (Oslo Economics, 2016). I henhold til Finansdepartementets Rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20% av kostnadene finansiert over offentlig budsjett.

ICD-10 kode: C00-99. ICPC2 kode: A79, B72, B73, B74, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78, Y79

Tabell V-3: Metode for beregning av samfunnskostnader ved kreft

Insidens	Data for insidens av alle kreftdiagnoser er hentet fra (NORDCAN, 2026) . Insidens frem til og med 2023 er reelle observasjoner, mens insidens fra og med 2024 er NORDCANs egne prediksjoner. I framskrivningen er metoden «Constant rates» benyttet. Valg av framskrivningsmetode vil påvirke prediksjonene for fremtidig antall nye tilfeller.
Prevalens	Data for prevalens av alle kreftdiagnoser er hentet fra (NORDCAN, 2026). Prevalens frem til og med 2023 er reelle observasjoner, mens prevalens fra og med 2024 er Oslo Economics egne prediksjoner basert på gjennomsnittlig vekstrate i prevalens fra 2017-2022: ca. 3,5%.
Primærlegetjenesten	Data KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med kreft som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (144 millioner) og egenandel (24 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 29 prosent av de samlede kostnadene i primærlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Privatpraktiserende spesialist	Data fra KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med kreft som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (57 millioner) og egenandel (11 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 60 prosent av de samlede kostnadene (Helsedirektoratet, 2019). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner
Somatisk sykehus	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er justert for vekst i antall opphold knyttet til kreft for perioden 2017-2021 (NPR-Kuben). For 2022-2025 er en årlig vekstrate på 3,35% antatt, noe som tilsvarer gjennomsnittlig vekstrate i opphold knyttet til kreft i perioden 2014-2021 (NPR-Kuben). Kostnadene er inflasjonsjustert til 2025-kroner. Kostnadene knyttet til DRG 410X (Medikamentell kreftbehandling av innlagte pasienter) og DRG 856D-856X (Poliklinisk medikamentell behandling av ulike krefttyper), tilsvarende 3 445 millioner kroner, er estimert basert på en tilsvarende årlig vekst på 3,35% fra 2021 samt inflasjonsjustering, og er trukket fra for å unngå dobbelttelling (inkludert i legemiddelkostnadene).
Billediagnostikk og laboratorieundersøkelser	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Andre kostnader i somatiske sykehus	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) er framskrevet til 2025 med årlig prevalensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Legemiddelkostnader	Kostnadsestimat for 2021 basert på data fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS) for kostnadene for kreftlegemidler (ATC-gruppe L1) ekskludert mva. for perioden januar-april 2021. Justert opp for å dekke hele året forutsatt samme kostnader de gjenværende månedene. For 2025 har vi brukt Helsedirektoratets rapport om kostnader til legemidler i helseforetak. Lagt sammen kreftlegemiddelkostanden for H-resept og sykehus. I rapporten er priser justert til et 2024-nivå ved bruk av prisindeks for legemidler og indeks for lønns- og prisvekst i statlige helsetjenester. Denne indeksen er ikke tilgjengelig, og vanlig KPI-vekst har blitt brukt for å justere til et 2025-nivå. Det er gjort en forenkling ved at det antas at legemiddelkostnaden vil være den samme i 2025 som i 2024.
Forebygging	Kostnadsestimat fra 2017 (Bugge, et al., 2021) justert for befolkningsvekst fra 2017-2025 og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Pleie- og omsorgstjenesten	Data fra KOSTRA for totale utgiftene til kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2024 (ID: 234, 253, 254, 256 og 261) og tidligere antagelse om at kreftrelaterte kostnader i pleie- og omsorgstjenesten utgjør 3 prosent av de totale kostnadene (Oslo Economics, 2019). 2024 kostnadsestimatene framskrevet til 2025 med antakelse om 2024 vekst tilsvarende gjennomsnittlig vekst i 2017-2023.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C00-C97) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Antatt 1 750 timer per årsverk (eks. ferie). Sysselsettingsgrad og arbeidstid 2025 per uke i ulike aldersgrupper og fordelt på kjønn estimert basert på 2020 nivåer, framskrevet med antatt vekstrate 2020-2024 tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate fra 2016-2019 (SSB 03781 og 11210). Gjennomsnittlig årslønn for 2024 på 704 700 kr (SSB 11417), framskrevet til 738 525 for 2025 basert på forventet lønnsvekst på 4,8%. Deretter tillagt et påslag på 40% for sosiale kostnader. Verdien av fremtidig produktivitetstap er diskontert med fire prosent årlig.
Sykefravær og uføretrygd	Tidligere anslag for 2017 på 2 900 mill. kr i sykefravær, 1 940 kr i arbeidsavklaringspenger (AAP) og 3 840 kr i uføretrygd (Oslo Economics, 2019) justert for vekst i totalt antall personer i Norge med henholdsvis sykefravær, AAP og uføretrygd for perioden 2017-2025 (NAV, 2022). Inflasjonsjustert til 2025-kr.
Redusert produktivitet (presenteeism)	Antall i jobb før kreftdiagnose (17 882 personer): Basert på antall nye krefttilfeller i 2021 (40 065) (NORDCAN, 2026), justert for arbeidsfår alder og antatt lik sysselsettingsgrad tilsvarende for befolkningen for øvrig i 2020 (SSB 08930). Redusert produktivitet (Kreftforeningens brukerpanel): 13% med redusert arbeidsmengde (16% i gjennomsnitt), 36% brukte mer tid på de samme oppgavene (4 timer i uken i gjennomsnitt), mens 12% hadde både redusert arbeidsmengde og brukte mer tid. Kostnaden for at pasienter arbeider mindre er beregnet til en arbeidstime (591 kr per time), basert på gjennomsnittslønn inkludert sosiale kostnader tilsvarende 1 022 935 kr (SSB 11417 2024 gjennomsnittslønn, framskrevet til 2025 med antatt lønnsvekst på 4,8%, og 40 prosent påslag for sosiale kostnader). For pasienter som bruker mer tid på samme oppgaver er kostnaden beregnet til verdien av en time fritid (295 kr per time), basert på estimert gjennomsnittslønn i 2025 etter skatt. Videre er det for beregningene forutsatt 1 750 arbeidstimer og 47 arbeidsuker i et år. Basert på aldersfordelingen blant nye krefttilfeller i 2025 har vi lagt til grunn at pasientene i gjennomsnitt har 15 år igjen i arbeidslivet ved diagnosetidspunktet. Nåverdien av kostnadene er beregnet med en diskonteringsrate på 4 prosent.
Sykefravær pårørende	Antar en pårørende per pasient. Fra Kreftforeningens brukerpanel 2021 endret 13% fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 % av de som arbeidet før kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt, i snitt 50% sykemeldt. Legger til grunn at andelen i arbeidsfår alder er lik mellom pasienter og pårørende. Sykefravær for pårørende er anslått til 20 prosent av kostnaden for korttidsfravær (sykepenger + AAP) for pasienter.

Uformell pleie	Pårørende i Kreftforeningens brukerpanel 2021 brukte i snitt 14,4 timer i uken på pleie, hvorav 18% svarte at det gikk på bekostning av arbeid, 63% på bekostning av fritid, og 18% på bekostning av begge deler. Som et konservativt anslag legger vi til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. En vekting av kostnadene mellom arbeidstid og fritid med disse forholdstallene (og kostnad for arbeids- og fritid som under presenteeism) gir et estimat på 374 kr per time uformell pleie.
Redusert livskvalitet	Tidligere anslag for ikke-dødelig helsetap på 20 500 mill. kr i 2015 (Helsedirektoratet, 2019) er framskrevet til 2025 med årlig prevalensvekst for alle kreftdiagnoser (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C00-C97) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Statens legemiddelverks retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser er benyttet for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår ved gitt alder. Verdien av et kvalitetsjustert leveår forutsatt å være 1,68 millioner kroner i 2023 (Helsedirektoratet, 2024). Inflasjonsjustert til 2025-kr.
Skattefinansieringskostnader	Forutsetter at 85% av helse- og omsorgstjenesten og at 100% trygdeytelsene mottatt av pasienter og pårørende med kreft er finansiert over offentlige budsjetter (Oslo Economics, 2016). I henhold til Finansdepartementets Rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20% av kostnadene finansiert over offentlig budsjett.

ICD-10 kode: C00-99. ICPC2 kode: A79, B72, B73, B74, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78, Y79

Vedlegg B Tapte leveår og fremtidige årsverk

Tabell V-4: Dødsfall, tapte leveår og tapte fremtidige årsverk relatert til kreft* i 2025.

Alder	Dødsfall**		Tapte leveår***		Tapte fremtidige årsverk****	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
0-19 år	12	8	838	636	469	277
20-24 år	5	3	318	201	202	98
25-29 år	10	8	527	494	333	240
30-34 år	10	12	495	618	301	284
35-39 år	13	27	610	1 295	349	552
40-44 år	28	47	1 129	2 058	596	798
45-49 år	70	96	2 509	3 723	1 191	1 261
50-54 år	147	189	4 618	6 402	1 871	1 758
55-59 år	261	248	6 979	7 218	2 189	1 421
60-64 år	432	380	9 659	9 362	1 925	1 025
65-69 år	684	523	12 451	10 550	1 263	455
70-74 år	1 143	902	16 398	14 481	791	294
75-79 år	1 188	898	12 814	11 007		
80-84 år	1 017	855	7 816	7 581		
85-89 år	859	712	4 425	4 302		
90+ år	573	570	2 256	2 645		
Totalt	6 451	5 479	83 843	82 571	11 479	8 464

Kilde: Dødsårsaksregisteret. Analyse: Oslo Economics. *Predikert ved bruk av dødsrate fra 2024 **Basert på ICD-10 kode C00-C97. ***Tapte leveår beregnet ut fra gjenstående levetid for en gitt alder (SSB 05375). ****Tapte fremtidige årsverk er beregnet for alle fremtidige årsverk for personer som dør i hver aldersgruppe, basert på sysselsetting og arbeidstid i hver aldersgruppe (SSB 03781 og 11210).

Vedlegg C Undersøkelse via Kreftforeningens brukerpanel

I samarbeid med Oslo Economics har Kreftforeningen sendte ut en spørreundersøkelse til medlemmer av deres brukerpanel. Brukerpanelet inkluderer både pasienter, pårørende og etterlatte. Undersøkelsen inkluderte arbeidsrelaterte spørsmål, herunder arbeidssituasjon, tiltak fra arbeidsgiver og utførelse av arbeid under og etter kreftsykdommen. Utover arbeidsrelaterte spørsmål, har respondentene blant annet fått spørsmål om kjønn, alder, kreftform, behandlingsvarighet, hvem de eventuelt er/var pårørende til, om de er medlem i en pasientforening innen kreftområde, og hvilke tiltak de mener er viktigst for at flere kreftpasienter kan stå i/eller komme tilbake til arbeid etter endt kreftsykdom.

1 174 besvarte undersøkelsen. Av disse oppga 728 at de var pasient, pårørende og/eller etterlatt. Respondenter som ikke besvarte dette spørsmålet, ble ekskludert fra analysen. Respondenter som oppga både å være pasient og pårørende/etterlatt ble behandlet som en pasient i analysen.

Tabell V-7 presenterer respondentenes svar på om de er pasient, pårørende og/eller etterlatt. Totalt 34 respondenter oppga at de både er pasient og pårørende, mens 30 oppga de er både pasient og etterlatt.

Tabell V-7: Respondenter i utvalget - pasient, pårørende og etterlatt

Respondenter	1 178
Pasient/Pårørende/Etterlatt	728
Pasient	609
Pårørende	100
Etterlatt	99
Pasient og pårørende	34
Pasient og etterlatt	30

Kilde: Kreftforeningens brukerpanel.

Aldersfordelingen for utvalget (pasienter) er presentert i Tabell V-5. 33,7 prosent var mellom 50 og 59 år.

Tabell V-5: Aldersfordeling i utvalget (pasienter)

Alder	Antall	Andel
18-29 år	3	0,5%
30-39 år	25	4,1%
40-49 år	117	19,2%
50-59 år	205	33,7%
60-69 år	165	27,1%
70-79 år	88	14,4%
80 år eller over	6	1,0%

Kilde: Kreftforeningens brukerpanel.

Kjønnsfordelingen blant respondentene er presentert i Tabell V-6. Det var en overvekt av kvinner blant respondentene, både totalt og blant de som oppga å være pasient.

Tabell V-6: Kjønnsfordeling i utvalget

Kjønn	Antall	Andel
Hele utvalget	728	100%
Kvinne	515	71%
Mann	213	29%
Pasienter	609	100%
Kvinne	418	69%
Mann	191	31%

Kilde: Kreftforeningens brukerpanel.

På spørsmål om type kreftform fikk respondentene mulighet til å svare flere kreftformer. Når vi presenterer statistikk som skiller på kreftform i rapporten, inngår pasienter som har hatt to eller flere kreftformer i statistikken for hver kreftform.

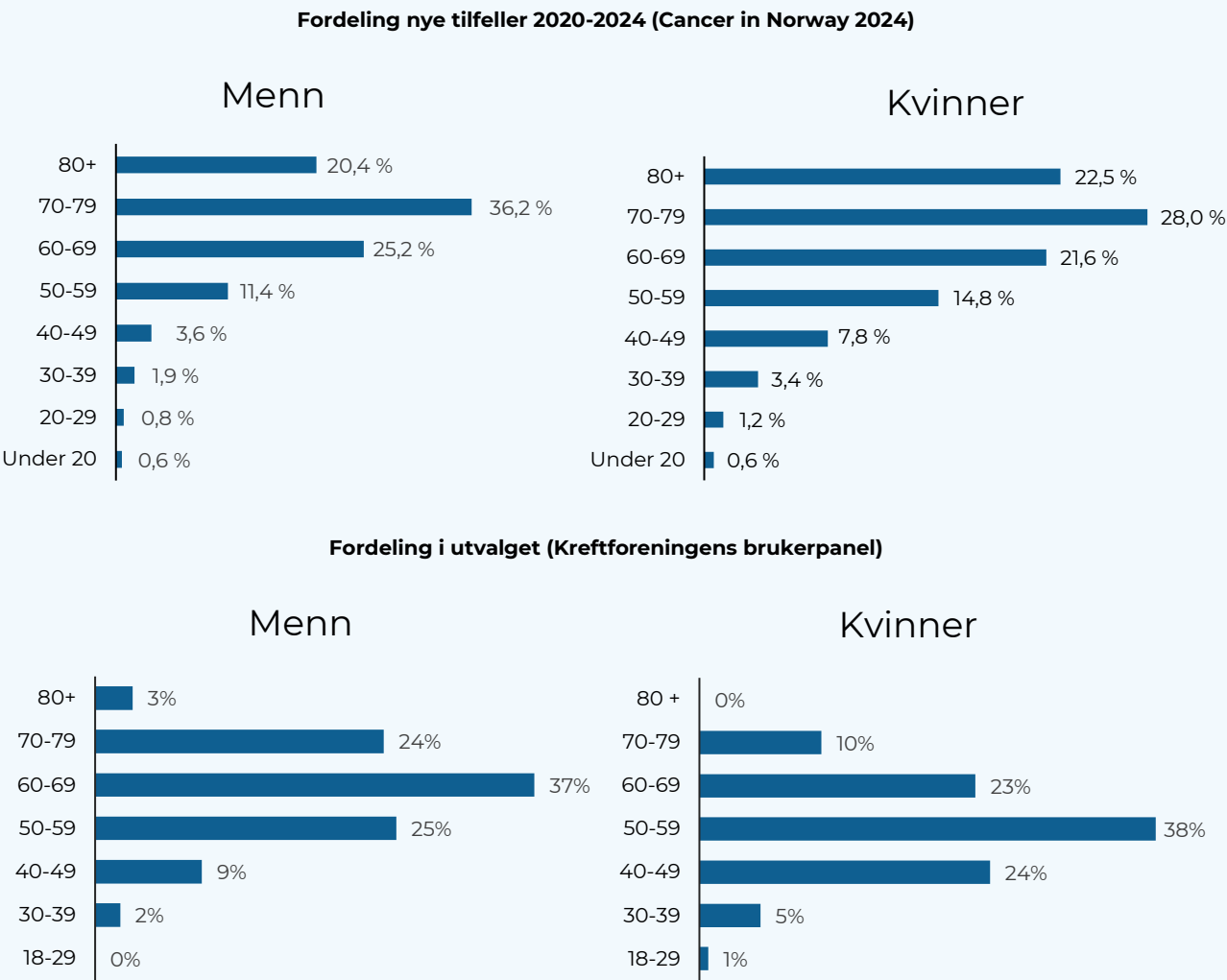
Tabell V-8 illustrerer aldersfordelingen blant nye krefttilfeller i Norge og aldersfordelingen i utvalget for menn og kvinner. Sammenlignet med data fra Kreftregisteret er utvalget fra Kreftforeningens

brakerpanel relativt ungt. Menn over 80 år hadde 20 prosent av de nye krefttilfellene i 2021, men de kun utgjorde 3 prosent av våre respondenter. 35 prosent av nye tilfeller for menn var mellom 70 og 79 år, og i det mannlige utvalget er det 24 prosent mellom 70 og 79 år. Tilsvarende skjevhet var for kvinner i utvalget.

Tabell V-8: Fordeling i kreftform

Kreftform	Antall	Andel
Brystkreft	261	43%
Tarmkreft	77	13%
Prostatakreft	59	10%
Lymfekreft	53	9%
Føflekkreft	32	5%
Livmorhalskreft	30	5%
Lungekreft	25	4%
Hode- og halskreft	21	3%
Sarkom	17	3%
Benmargskreft/Myelomatose	15	2%
Blærekreft	15	2%
Leukemi	14	2%
Livmorkreft	13	2%
Eggstokkreft	11	2%
Hudkreft	11	2%
Hjernesvulster	10	2%
Testikkelkreft	10	2%
Andre kreftformer	54	9%

Figur V-2: Kjønnss- og aldersfordeling nye krefttilfeller og utvalget



Vedlegg D Anslag for kostnader som bæres av arbeidsgiver

Produksjonstap knyttet til kreft fordeles mellom arbeidsgivere, det offentlige, pasientene selv og deres pårørende. SINTEF har tidligere beregnet de årlige samfunnskostnadene forbundet med arbeidsrelatert sykefravær og uføretrygd, der de tar utgangspunkt i tidligere beregninger av bedriftsøkonomiske kostnadene ved sykefravær (Hem, 2000; Hem, 2011). Den siste undersøkelsen fra 2011 finner at en ukes sykefravær koster bedriften i alt kr 13 000, eller kr 2 600 per arbeidsdag (Hem, 2011). Disse kostnadene, på bedriftens hånd, består bl.a. av produksjonstap, utgifter til vikar og overtid, eksternt kjøp av tjenester, administrative kostnader, økt belastning på de gjenværende arbeidstakere, redusert produkt- eller tjenestekvalitet og ytterligere sykefravær. Av disse kostnadselementene er det ikke alle som kan regnes som rene samfunnsøkonomiske kostnader, bl.a. vil vikarutgifter og overtid gi noen en økt inntekt. Som et (konservativt) utgangspunkt anser SINTEF at produksjonstapet (og evt. kvalitetsreduksjon) representerer de rene samfunnsøkonomiske kostnadene. Denne er i en tidligere undersøkelse beregnet til å utgjøre 60 prosent av de bedriftsøkonomiske kostnadene (Hem, 2000).

Dersom vi anvender disse anslagene for kreftområdet, kan vi anslå kostnadene forbundet med kreft for arbeidsgiverne. Disse er anslått til om lag 15,1

milliarder kroner i 2025. I 2021 var anslaget 12,6 milliarder, dette tilsvarer en økning på 20,5 prosent. I anslaget har vi inkludert både kostnader forbundet med økt sykefravær og at enkelte får utført færre oppgaver enn de ellers ville gjort. I tidligere versjoner av denne rapporten har det forekommet estimeringsfeil knyttet til disse beregningene, og tallene er derfor justert og kvalitetssikret i denne versjonen.

Kostnaden forbundet med at enkelte bruker lenger tid på oppgavene sine er antatt å bæres av pasientene selv (dvs. går på bekostning av fritid). Anslaget vurderes å være konservativt, og for mange virksomheter er trolig kostnaden høyere. Enkelte virksomheter benytter betydelige ressurser på tilrettelegging, og kreftsykdom kan ha store økonomiske konsekvenser for virksomheten. Særlig for små virksomheter kan konsekvensene av sykdom være store.

Tabell V-8: Anslag for kostnader for arbeidsgiver forbundet med kreft, milliarder kroner (2025)

Årsak	Samfunnskostnad	Kostnad for arbeidsgiver
Tidlig død	15,61	-
Sykefravær/ uføretrygd	13,45	7,81
Presenteeism	2,86	4,77
Pårørende	7,17	2,55
SUM	39,1	15,1

Analyse Oslo Economics

Vedlegg E Samfunnskostnadene forbundet med melanom

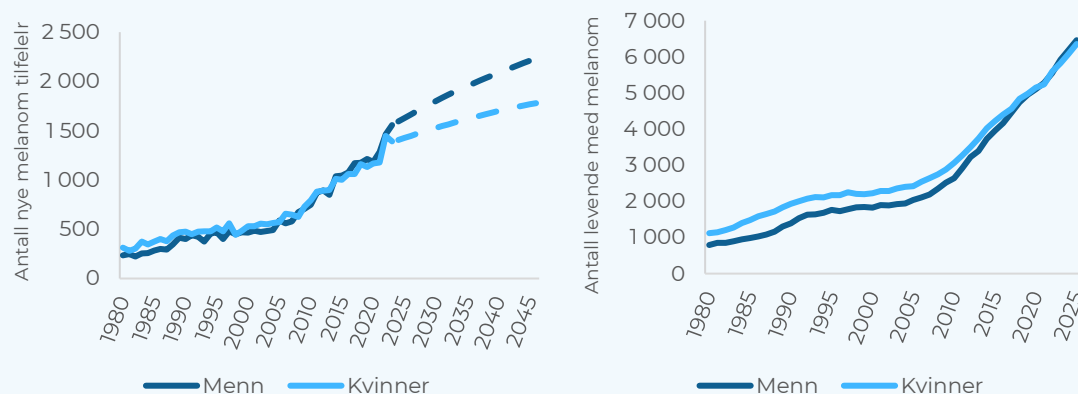
Melanom (ICD-10 kode C43), også kaldt malignt melanom eller føflekkreft, er den mest alvorlige formen for hudkreft, og kreftformen som øker mest i Norge (Kreftregisteret, 2025). I 2024 ble det rapportert 2 682 nye tilfeller av melanom i Norge til Kreftregisteret, mens tilsvarende tall var i underkant av 1 000 i 2000 (Association of the Nordic Cancer Registries, 2026). Dette tilsvarer mer enn en dobling av antall nye tilfeller de siste 20 årene. Data fra Kreftregisteret viser at melanom har blitt den nest største kreftformen i alderen 25-49 år (Kreftregisteret, 2025). (Kreftregisteret, 2025). Også prognoser for fremtidige antall nye tilfeller av melanom tyder på at flere vil rammes av kreftformen fremover. Prognoser utarbeidet av NORDCAN viser at det i 2046 ventes å være om lag 4 014 nye melanomtilfeller årlig (Association of the Nordic Cancer Registries, 2026). Melanom rammer om lag like mange menn som kvinner hvert år, og utviklingen i antall nye tilfeller har vært relativt lik for begge kjønn de siste årene (Kreftregisteret, 2025). I følge NORDCAN prediksjoner vil antall tilfeller av melanom blant menn øke raskere enn hos kvinner (Figur 5-15). I 2024 utgjorde melanom

omtrent 7 prosent av alle nye krefttilfeller i Norge. Stadig flere pasienter er i live etter å tidligere ha fått diagnosen melanom. Ved utgangen av 2024 var 36 228 personer i live etter å ha fått påvist melanom en gang tidligere i livet. Dette tilsvarer omtrent 10 prosent av alle personer som var i livet etter å ha fått en kreftdiagnose i 2024.

De fleste nye tilfeller av melanom skjer blant personer over 60 år. Sammenlignet med kreft som sykdomsgruppe er pasienter som får melanom i gjennomsnitt noe yngre ved diagnosetidspunktet. Melanom er særlig overrepresentert i aldersgruppene 30-39, 40-49 og 50-59 år sammenlignet med alle kreftformer samlet.

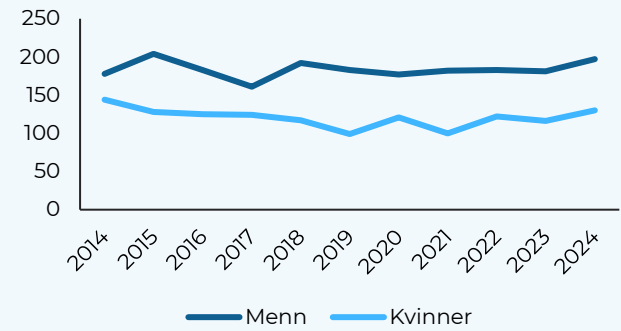
Samtidig som antall nye tilfeller av melanom har økt betydelig de siste ti årene har antall dødsfall som skyldes melanom holdt seg forholdsvis stabilt i perioden 2014-2024. I 2014 døde 178 menn og 144 kvinner av melanom, mens det i 2024 døde 197 menn og 130 kvinner. Melanom stod i 2024 for omtrent 2,8 prosent av kreftdødsfallene i Norge (Dødsårsaksregisteret, 2026).

Figur V-2: Antall nye melanomtilfeller (1980-2046) og antall levende personer med melanom (1980-2025*)



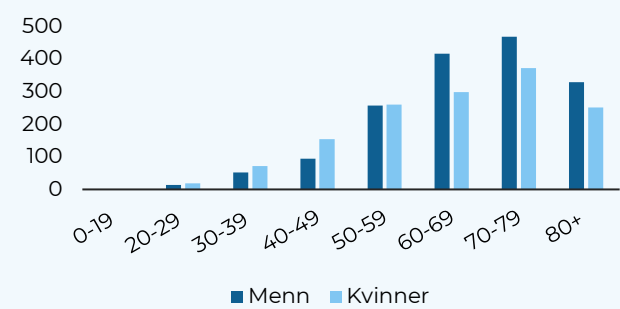
Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). I framskrivningen er metoden «Constant rates» benyttet. Valg av framskrivningsmetode vil påvirke prediksjonene for fremtidig antall nye tilfeller. *Antall levende med melanom i 2024 og 2025 er fremskrevet med antatt vekstrate på ca. 4,5%, tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate i prevalens 2017-2022.

Figur V-3: Dødsfall som skyldes melanom, 2014-2024*



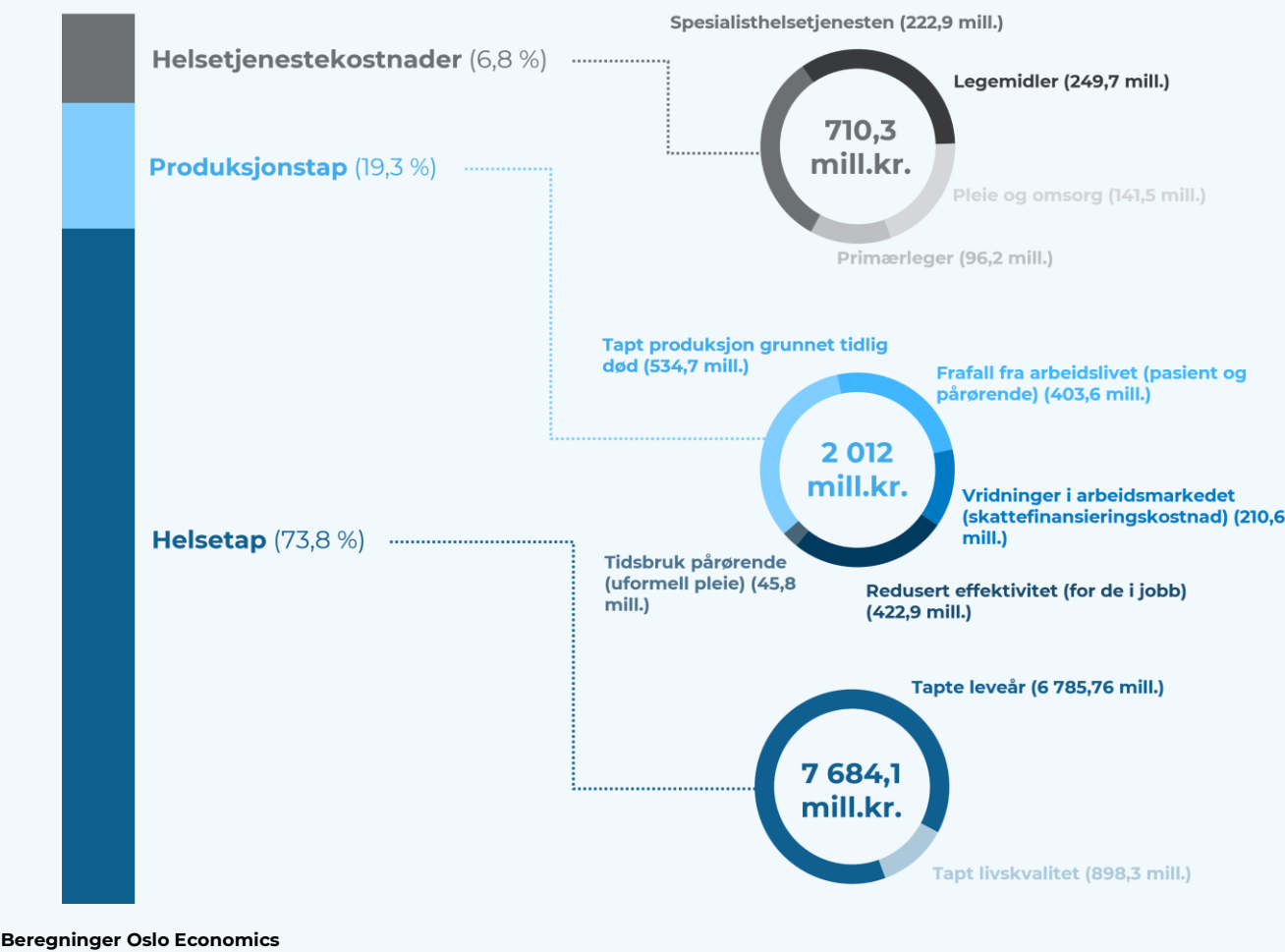
Kilde: Dødsårsaksregisteret. *Endringene i 2020 kan ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

Figur V-4: Antall nye tilfeller av melanom fordelt etter alder, 2025*



Kilde: NORDCAN (Kreftregisteret). *Predikerte tall, siste tilgjengelige er for 2023.

Årlige samfunnskostnader forbundet med melanom i Norge, 2025



E.1 Oppsummering av samfunnskostnader ved melanom

For 2025 anslås de direkte helsetjenestekostnadene til 710 millioner kroner, produksjonstapet til 2 milliarder kroner og verdien av tapte leveår og tapt livskvalitet til 7,6 milliarder kroner. En nærmere beskrivelse av de ulike kostnadskomponentene er gitt i dette kapittelet.

Samfunnskostnadene ved melanom er beregnet ved bruk av samme metoder som for alle kreftformer samlet presentert tidligere i rapporten. Mer detaljert beskrivelse av metode for de ulike kostnadene er også beskrevet til slutt i dette vedlegget.

E.2 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten

I det følgende beskrives melanompasienters kontakter med primær- og spesialisthelsetjenesten.

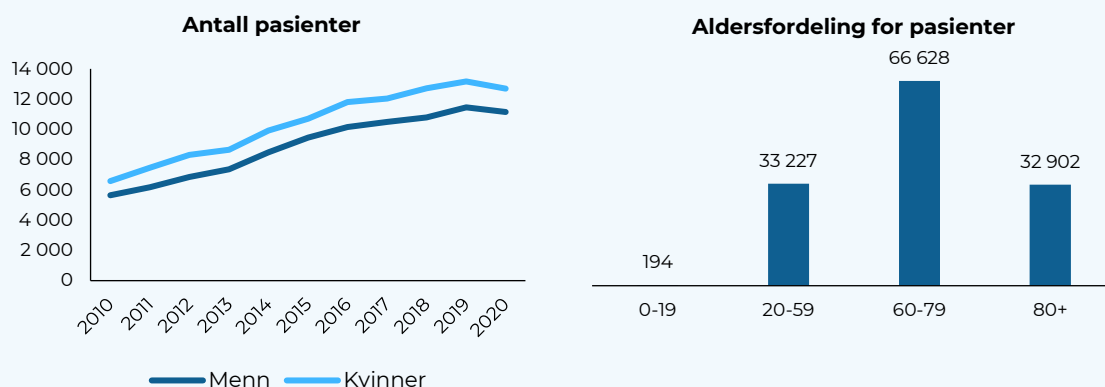
I løpet av perioden 2010-2020 var 133 000 pasienter i kontakt med primærlegetjenesten der melanom var hoveddiagnosen. Om lag halvparten var i aldersgruppen 60-79 år.

Figur V-5: Antall pasienter/opphold i somatiske sykehus der melanom var hoveddiagnose*



Datakilde: Norsk pasientregister. Analyse Oslo Economics. *Tall for 2020/2021 kan påvirkes av Covid-19-pandemien.

Figur V-6: Utvikling i antall pasienter i kontakt med primærlegetjenesten forbundet med melanom* (venstre) og aldersfordeling ved første konsultasjon for pasientene i perioden 2010-2020 (høyre)**



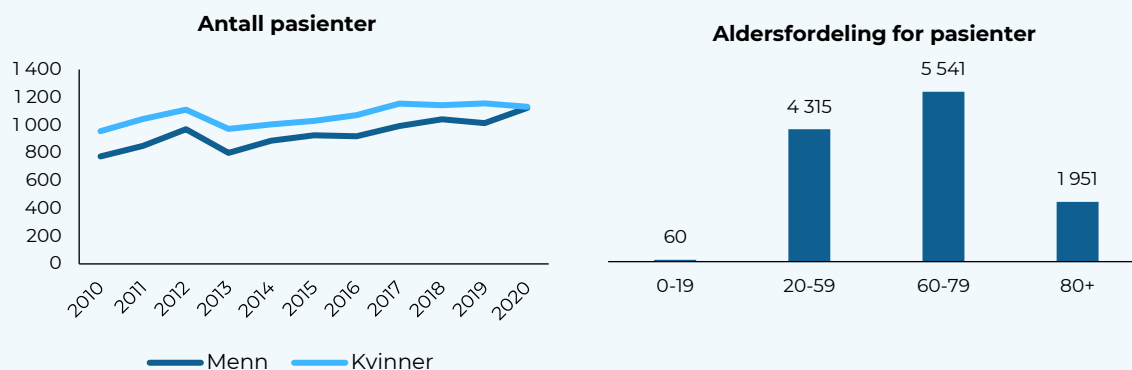
Datakilde: KUHR. Analyse Oslo Economics, predikert fra og med 2021 av Oslo Economics. *Kontakter der melanom var oppgitt som hoveddiagnose. **Endringene i 2020 kan ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

I 2020 var om lag 24 000 pasienter i kontakt med primærlegetjenesten (fastlege eller legevakt) på grunn av melanom, hvorav 47 prosent var menn. Antall pasienter i kontakt med primærlegetjenesten i forbindelse med melanom har økt for begge kjønn i perioden 2010-2020, i tak med økningen i antall nye tilfeller. Samlet hadde pasientene 62 000 kontakter (behandlingsepisoder) relatert til melanom i 2020, noe som innebærer at pasientene i gjennomsnitt hadde 2,6 kontakter hver.

I 2020 var 2 250 pasienter i kontakt med privatpraktiserende spesialister (med driftsavtale med et regionalt helseforetak) på grunn av melanom

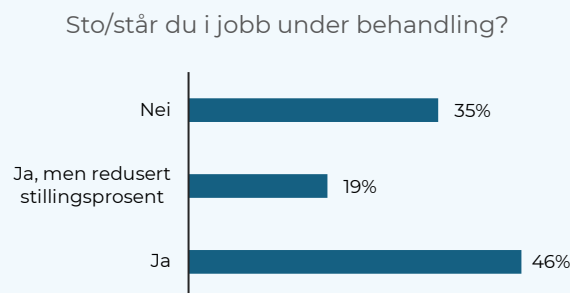
Antall pasienter som var i kontakt med en privatpraktiserende spesialist har variert noe fra år til år, men økt for begge kjønn i perioden 2010-2020. Pasientene som var i kontakt med en privatpraktiserende spesialist i 2020 hadde totalt 4 150 kontakter (behandlingsepisoder) knyttet til melanom, noe som innebærer et gjennomsnitt på 1,8 per pasient.

Figur V-7: Utvikling i antall pasienter i kontakt med privatpraktiserende spesialist forbundet med melanom* (venstre) og aldersfordeling ved første konsultasjon for pasientene i perioden 2010-2020 (høyre)**.



Datakilde: Norsk pasientregister. Analyse Oslo Economics, predikert fra og med 2021 av Oslo Economics. *Tall for 2020/2021 kan påvirkes av Covid-19-bandemien.

Figur V-10: Andel som sto/står i jobb under behandling



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=26

Aldersfordelingen for pasienter i kontakt med privatpraktiserende spesialister skiller seg noe fra de i kontakt med primærlegetjenesten ved at en større andel av pasientene er under 60 år.

Kostnadene forbundet med kontakter med primærlegetjenesten og privatpraktiserende spesialister er beregnet basert på refusjoner fra HELFO og pasientenes egenbetalinger.

I 2021 hadde 6 672 pasienter til sammen 22 640 opphold i somatiske sykehus (offentlig finansierte). Av alle oppholdene var 90 prosent polikliniske konsultasjoner, 6 prosent dagbehandlinger og 4 prosent døgnopphold. Fra 2017 til 2021 økte antall pasienter med i underkant av 20 prosent, mens antall opphold økte med 35 prosent. Kostnadene for disse oppholdene er estimert til 276 millioner kroner i 2021.

E.3 Produksjonstap

I det følgende beskrives produksjonstapet forbundet med melanom.

Frafall fra arbeidslivet (sykefravær og uførhet)

Sammenlignet med kreft generelt rammer melanom relativt flere personer i arbeidsfør alder. Dette påvirker arbeidsliv og produksjonen i samfunnet, både i form av sykefravær og uførhet, og tidlig død. Oslo Economics har tidligere anslått at omtrent 3 prosent av produksjonstapet som skyldes uførhet og sykefravær knyttet til kreft skyldes melanom (Oslo Economics, 2018). Dette svarer til omtrent 1 060 mottakere av sykepenger, uføretrygd eller AAP for melanom i 2025, og et produksjonstap på i overkant av 400 millioner kroner.

Tapt produksjon grunne tidlig død

I 2024 døde 327 personer av melanom. Omtrent 70 prosent var over 70 år og kan dermed regnes som over arbeidsfør alder. Likevel er det også flere som dør i ung alder og vi anslår at nesten 703 fremtidige årsverk gikk tapt som følge av dødsfall forårsaket av melanom i 2025). Disse tapte årsverkene utgjør et produksjonstap på om lag 535 millioner kroner.

Redusert produktivitet

For å kvantifisere og synliggjøre verdien av redusert produktivitet forbundet med kreft blant personer som arbeider, har vi tatt utgangspunkt i svarene fra Kreftforeningens brukerpanel. Der det finnes tilstrekkelige svar fra pasienter med melanom har vi brukt disse, mens svarene fra pasienter uavhengig av krefttype er benyttet der svarende fra pasienter med melanom er mindre enn 10. Det presiseres at det kan være skjevheter i utvalget i spørreundersøkelsen, og særlig knyttet til sykdommens alvorlighet, og tallene som presenteres må derfor tolkes med varsomhet.

Blant pasientene med melanom stod 65 prosent i jobb under behandlingen. Dette er andel blant pasientene som stod i arbeid før de fikk en kreftdiagnose. 46 prosent stod i full jobb mens 19 prosent stod i jobb, men i redusert stilling.

47 prosent av pasientene med melanom oppga at de opplevde redusert produktivitet på den tiden de arbeidet (Figur V-10). 27 prosent av pasientene brukte mer tid på de samme oppgavene, 7 prosent hadde færre oppgaver, og 13 prosent hadde både færre oppgaver og brukte mer tid.

For pasienter som ikke håndterer like mange oppgaver som før, vil kostnaden i hovedsak ligge på arbeidsgiver (de kan også flyttes til pasienten gjennom lavere lønn eller). Arbeidsgiveren vil totalt sett få utført færre oppgaver, eller så faller byrden på kollegaer som må overta deler av oppgavene. I enkelte tilfeller vil det også være behov for å ansette nye personer for å løse oppgavene. For pasientene som bruker mer tid på sine arbeidsoppgaver vil dette for mange gå på bekostning av deres egen fritid.

For pasientene som fikk melanom i 2021 har vi anslått de fremtidige kostnadene ved at de jobber mindre effektivt enn tidligere. I undersøkelsen gjennomført via Kreftforeningens brukerpanel inngår det både pasienter som nylig har fått diagnosen, og pasienter som fikk kreft for mange år siden. Ettersom vi benytter gjennomsnittstall fra undersøkelsen har vi som en forenkling lagt til grunn at kreftsykdommen vil påvirke arbeidsproduktiviteten like mye hvert år frem til pensjonsalder.

Ettersom antallet respondenter med melanom i undersøkelsen var lavt har vi brukt estimater på hvor stor reduksjon i arbeidsoppgaver (16 prosent) og hvor mye mer tid pasienter bruker (4 timer) uavhengig av kreftform.

Tabell V-9 viser anslagene for kostnadene knyttet til at melanompasienter har redusert produktivitet i den tiden de arbeider (presenteeism). Kostnadene er anslått til om lag 422,9 millioner kroner i 2025. En mer detaljert beskrivelse av beregningene er gitt i slutten av dette vedlegget.

Produksjonstap for pårørende

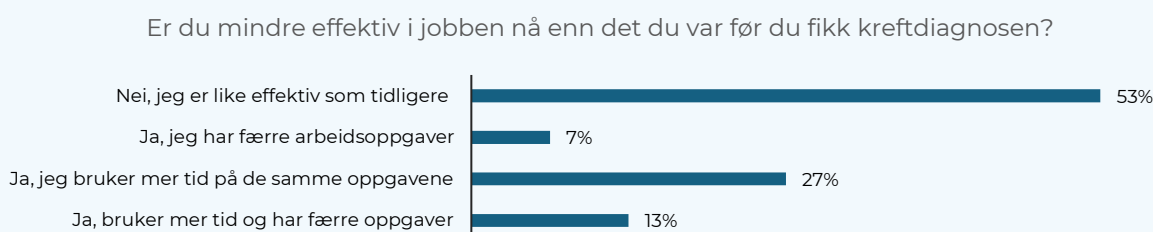
Produksjonstapet forbundet med pårørende omfatter både økt sykefravær og tidsbruk knyttet til uformell pleie. Som et konservativt anslag har vi i kostnadsberegningene lagt til grunn at det er en pårørende per pasient. Grunnet få respondenter som er/var pårørende til pasienter med melanom i undersøkelsen gjennomført via Kreftforeningens brukerpanel er anslagene beregnet for alle kreftformer lagt til grunn og justert for antall nye melanomtilfeller i 2025.

Fra undersøkelsen med Kreftforeningens brukerpanel var det 13 prosent av de pårørende som gikk fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 prosent av de som arbeidet før kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt (50 prosent sykemeldt i gjennomsnitt). Dette gjelder for alle pårørende, uavhengig av kreftform. Basert på disse andelene, og tidligere beregninger av produksjonstapet forbundet med kreft, er kostnadene knyttet til økt sykefravær blant pårørende til melanompasienter anslått til om lag 46 millioner kroner. I undersøkelsen av Kreftforeningens brukerpanel oppga respondentene å bruke i gjennomsnitt 14,4 timer på pleie av den kreftsyke i uken (svar fra pårørende uavhengig av kreftform). Pleiebehovet vil variere fra pasient til pasient, mellom kreftformer og endre seg over tid. De mest intensive pleieperiodene er for mange i forbindelse med diagnosen og behandlingen, samt ved eventuell palliativ pleie. Vi har lagt til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. Kostnadene forbundet med uformell pleie for pårørende er anslått til 395,6 millioner kroner.

Samlet produksjonstap

Samlet anslås produksjonstapet forbundet med melanom til å utgjøre om lag 2 milliarder kroner. Av dette utgjør tidlig død 534,7 millioner kroner, frafall fra arbeidslivet (grunnet sykefravær og uførhet) blant

Figur V-8: Redusert produktivitet blant pasienter i arbeid



Kilde: Kreftforeningens brukerpanel. N=15

Tabell V-9: Anslag for kostnader av redusert produktivitet forbundet med melanom i Norge (2025)

	Pasienter som gjør færre arbeidsoppgaver	Pasienter som brukte mer tid på samme oppgaver	Pasienter som gjør færre oppgaver og brukte mer tid
Andel av pasienter (av de i jobb)	7 %	27 %	13 %
Antall i full eller redusert stilling	52	201	97
Reduksjon i arbeidsmengde/fritid	16 %	11 %	16 % / 11 %
År med redusert produktivitet	14 år	14 år	14 år
Verdi per time	591 kr	295 kr	591 / 295 kr
Verdi over gjenstående arbeidstid	81 millioner kroner	130 millioner kroner	212 millioner kroner
SUM			422 millioner kroner

Beregninger av Oslo Economics, basert på Kreftforeningens brukerpanel og annen tilgjengelig statistikk.

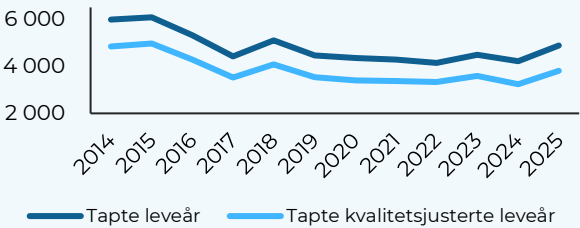
pasienter 403,6 millioner kroner, redusert produktivitet blant pasienter i arbeid 422,9 millioner, uformell pleie og sykefravær blant pårørende 45,8 millioner og skattefinansieringskostnaden 210,6 millioner.

E.4 Tapte leveår og tapt livskvalitet

Kreftpasienter og pårørende vil oppleve redusert livskvalitet, og flere mister gode leveår ettersom de dør før de ellers ville. Verdien av tapte leveår og tapt livskvalitet kan anslås ved å benytte offentlige nøkkeltall for verdien av gode leveår. I 2025 gikk det tapt 4 885 fremtidige leveår som følge av tidlig død grunnet melanom, noe som tilsvarer 3 802 tapte kvalitetsjusterte leveår (

). Dette er omtrent 3 prosent av de tapte leveårene forbundet med kreft i Norge. Utviklingen i antall dødsfall som skyldes melanom har vært stabil i perioden 2015-2025, mens antall tapte leveår og kvalitetsjusterte leveår falt med henholdsvis 19 og 23 prosent i samme periode. Dette skyldes at flere dødsfall går tapt i eldre aldersgrupper sammenlignet med tidligere. Vi har beregnet verdien av de tapte leveårene forbundet med melanom til 6 785,8 millioner kroner. Verdien av tapt livskvalitet (ikke-dødelig helsetap) er anslått til 898 millioner kroner.

Figur V-9: Tapte leveår og kvalitetsjusterte leveår som skyldes melanom, 2014-2025*



Datakilde: Dødsårsaksregisteret og NORDCAN *Endringene i 2020 antas å kunne ha sammenheng med Covid-19-pandemien.

Oppsummering av metode

Kostnadsanslagene presentert her er utarbeidet basert på tidligere studier og rapporter om kreftkostnader i Norge, datauttrekk fra HELFOs KUHR-register og Dødsårsaksregisteret, offentlig tilgjengelig data og statistikk fra Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, egne

anslag basert på antakelser og nøkkeltall fra offentlige veiledere. I tillegg er svar fra Kreftforeningens brukerpanel fra 2021 brukt for å estimere kostnaden ved redusert produktivitet og kostnader for pårørende. Alle kostnader er KPI-justert til 2021-kroner.

Tabell V-10: Metode for beregning av samfunnskostnader ved melanom

Primærlegetjenesten	Data KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med melanom som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (14 millioner) og egenandel (4 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 29 prosent av de samlede kostnadene i primærlegetjenesten (39). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for melanom kreft (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Privatpraktiserende spesialist	Data fra KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med melanom som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (2,1 millioner) og egenandel (0,7 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 60 prosent av de samlede kostnadene (39). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for melanom kreft (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Somatisk sykehus	Beregnet for 2021 med utgangspunkt i vanlige DRG-er benyttet for melanom (DRG 265, 266, 266O, 268, 268O, 269, 270, 270O, 272, 273, 809J, 809S, 851J, 856J, 909C). Nevnte DRG-er dekker til sammen 97 prosent av oppholdene for gruppen. De resterende tre prosentene av oppholdene er anslått basert på en gjennomsnittskostnad for de utvalgte DRG-ene. Data fra NPR for antall opphold er benyttet sammen med DRG-vekten og tilhørende enhetspris anslått av Helsedirektoratet for 2021. Kostnadene knyttet til DRG 856J (Poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom for pasienter med melanom), tilsvarende 148 millioner kroner er trukket fra for å unngå dobbelttelling (inkludert i legemiddelkostnadene). For 2025-estimatene er det forutsatt en lik andel av totale kostnader tilknyttet somatisk sykehus for all kreft og for melanom som i 2021, på henholdsvis ca. 1%. Kostnadsestimatene for total kreft 2025 (se Vedlegg A) er dermed benyttet for å finne kostnadene ved somatisk sykehus tilknyttet melanom.
Billediagnostikk og laboratorieundersøkelser	Kostnadene forbundet med billediagnostikk og laboratorieundersøkelser relatert til melanom er tidligere anslått til å utgjøre 2 prosent av kostnadene for alle kreftformer samlet (34). Denne andelen er lagt til grunn, sammen med 2025 anslaget for kostnaden for alle kreftformer (se Vedlegg A).
Andre kostnader i somatiske sykehus	I tidligere beregninger er andelen av andre kostnader som kan tilskrives melanom basert på andelen av de DRG-baserte kostnadene (kostnadene i somatisk sykehus) (34). Kostnaden knyttet til melanom i somatisk sykehus utgjorde i 2021 1,8 prosent av kostnadene i somatisk sykehus for alle kreftformer, og denne andelen er lagt til grunn også i 2025 beregningen.
Legemiddelkostnader	Antatt samme andel av totale kreftrelaterte kostnader i somatiske sykehus tilknyttet DRG 856J (poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom) i 2025 som i 2021, på henholdsvis ca. 6%.
Pleie- og omsorgstjenesten	Anslag basert på totale kreftkostnader i pleie- og omsorgstjenesten i 2025 (se Vedlegg A). Andel melanomdødsfall av alle kreft (2,85%) er benyttet som fordelingsnøkkel.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C43) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Antatt 1 750 timer per årsverk (eks. ferie). Sysselsettingsgrad og arbeidstid 2025 per uke i ulike aldersgrupper og fordelt på kjønn estimert basert på 2020 nivåer, framskrevet med antatt vekstrate 2020-2024 tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate fra 2016-2019 (SSB 03781 og 11210). Gjennomsnittlig årslønn for 2024 på 704 700 kr (SSB 11417), framskrevet til 738 525 for 2025 basert på forventet lønnsvekst på 4,8%. Deretter tillagt et påslag på 40% for sosiale kostnader. Verdien av fremtidig produktivitetstap er diskontert med fire prosent årlig.
Sykefravær og uføretrygd	Tidligere beregninger har lagt til grunn at melanom står for 3 prosent av de totale kostnadene til sykefravær, AAP og uføretrygd knyttet til alle kreftformer (71). Dette er lagt til grunn sammen med 2025 anslag for alle krefttyper.
Redusert produktivitet (presenteism)	Antall i jobb før kreftdiagnose (1 637 personer): Basert på predikerte antall nye melanomtilfeller i 2025 (2 808), (NORDCAN, 2026), justert for arbeidsfår alder og antatt lik sysselsettingsgrad tilsvarende for befolkningen for øvrig i 2020 (SSB 08930). Redusert produktivitet (Kreftforeningens brukerpanel): 7% med redusert arbeidsmengde (16% i gjennomsnitt), 27% brukte mer tid på de samme oppgavene (4 timer i uken i gjennomsnitt), mens 13% hadde både redusert arbeidsmengde og brukte mer tid.

	Kostnaden for at pasienter arbeider mindre er beregnet til en arbeidstime (591 kr per time), basert på gjennomsnittslønn inkludert sosiale kostnader tilsvarende 1 022 935 kr (SSB 1 1417 2024 gjennomsnittslønn, framskrevet til 2025 med antatt lønnsvekst på 4,8%, og 40 prosent påslag for sosiale kostnader). For pasienter som bruker mer tid på samme oppgaver er kostnaden beregnet til verdien av en time fritid (295 kr per time), basert på estimert gjennomsnittslønn i 2025 etter skatt. Videre er det for beregningene forutsatt 1 750 arbeidstimer og 47 arbeidsuker i et år. Basert på aldersfordelingen blant nye krefttilfeller i 2025 har vi lagt til grunn at pasientene i gjennomsnitt har ca. 14 år igjen i arbeidslivet ved diagnosetidspunktet. Nåverdien av kostnadene er beregnet med en diskonteringsrate på 4 prosent.
Sykefravær pårørende	Antar en pårørende per pasient. Fra Kreftforeningens brukerpanel endret 13% fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 % av de som arbeidet før kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt, i snitt 50% sykemeldt. Legger til grunn at andelen i arbeidsfør alder er lik mellom pasienter og pårørende. Sykefravær for pårørende er anslått til 20 prosent av kostnaden for korttidsfravær (sykepenger + AAP) for pasienter.
Uformell pleie	Pårørende i Kreftforeningens brukerpanel brukte i snitt 14,4 timer i uken på pleie, hvorav 18% svarte at det gikk på bekostning av arbeid, 63% på bekostning av fritid, og 18% på bekostning av begge deler. Som et konservativt anslag legger vi til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. En vekting av kostnadene mellom arbeidstid og fritid med disse forholdstallene (og kostnad for arbeids- og fritid som under presenteeism) gir et estimat på 374 kr per time uformell pleie.
Redusert livskvalitet	Fra Tidligere anslag for ikke-dødelig helsetap på 500 mill. kr i 2015 (71) justert for årlig vekst i antall melanompasienter på 5 prosent for 2017-2020 (Kreftregisteret, 2018; Kreftregisteret, 2022). Antatt samme vekst for perioden 2017-2021 og inflasjonsjustert til 2021-kr. Forutsatt at andelen kostnadsestimatet tilknyttet melanom utgjorde av tilsvarende kostnadsestimat for total kreft i 2021, henholdsvis ca. 2,25%, var likt i 2025.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C43) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Statens legemiddelverks retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser er benyttet for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår ved gitt alder. Verdien av et kvalitetsjustert leveår forutsatt å være 1,68 millioner kroner i 2023 (Helsedirektoratet, 2024). Inflasjonsjustert til 2025-kr.
Skattefinansieringskostnader	Forutsetter at 85% av helse- og omsorgstjenesten og at 100% trygdeytelsene mottatt av pasienter og pårørende med kreft er finansiert over offentlige budsjetter (Oslo Economics, 2016). I henhold til Finansdepartementets Rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20% av kostnadene finansiert over offentlig budsjett.

***ICD-10 kode: C43. ICPC2 kode: S77**

Oppsummering av metode

Kostnadsanslagene presentert her er utarbeidet basert på tidligere studier og rapporter om kreftkostnader i Norge, datauttrekk fra HELFOs KUHR-register og Dødsårsaksregisteret, offentlig tilgjengelig data og statistikk fra Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, egne anslag basert på antakelser og nøkkeltall fra

offentlige veiledere. I tillegg er svar fra Kreftforeningens brukerpanel fra 2021 brukt for å estimere kostnaden ved redusert produktivitet og kostnader for pårørende. Alle kostnader er KPI-justert til 2021-kroner.

Tabell V-11: Metode for beregning av samfunnskostnader ved melanom

Primærlegetjenesten	Data KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med melanom som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (14 millioner) og egenandel (4 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 29 prosent av de samlede kostnadene i primærlegetjenesten (39). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for melanom kreft (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Privatpraktiserende spesialist	Data fra KUHR for 2020 for alle pasientkontakter med melanom som hoveddiagnose*. Beregnet basert på refusjoner (2,1 millioner) og egenandel (0,7 millioner) utbetalt, med antakelse om at disse dekker 60 prosent av de samlede kostnadene (39). Framskrevet til 2025 med årlig insidensvekst for melanom kreft (NORDCAN, 2026) og inflasjonsjustert til 2025-kroner.
Somatisk sykehus	Beregnet for 2021 med utgangspunkt i vanlige DRG-er benyttet for melanom (DRG 265, 266, 266O, 268, 268O, 269, 270, 270O, 272, 273, 809J, 809S, 851J, 856J, 909C). Nevnte DRG-er dekker til sammen 97 prosent av oppholdene for gruppen. De resterende tre prosentene av oppholdene er anslått basert på en gjennomsnittskostnad for de utvalgte DRG-ene. Data fra NPR for antall opphold er benyttet sammen med DRG-vekten og tilhørende enhetspris anslått av Helsedirektoratet for 2021. Kostnadene knyttet til DRG 856J (Poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom for pasienter med melanom), tilsvarende 148 millioner kroner er trukket fra for å unngå dobbelttelling (inkludert i legemiddelkostnadene). For 2025-estimatene er det forutsatt en lik andel av totale kostnader tilknyttet somatisk sykehus for all kreft og for melanom som i 2021, på henholdsvis ca. 1%. Kostnadsestimatene for total kreft 2025 (se Vedlegg A) er dermed benyttet for å finne kostnadene ved somatisk sykehus tilknyttet melanom.
Billeddiagnostikk og laboratorieundersøkelser	Kostnadene forbundet med billeddiagnostikk og laboratorieundersøkelser relatert til melanom er tidligere anslått til å utgjøre 2 prosent av kostnadene for alle kreftformer samlet (34). Denne andelen er lagt til grunn, sammen med 2025 anslaget for kostnaden for alle kreftformer (se Vedlegg A).
Andre kostnader i somatiske sykehus	I tidligere beregninger er andelen av andre kostnader som kan tilskrives melanom basert på andelen av de DRG-baserte kostnadene (kostnadene i somatisk sykehus) (34). Kostnaden knyttet til melanom i somatisk sykehus utgjorde i 2021,8 prosent av kostnadene i somatisk sykehus for alle kreftformer, og denne andelen er lagt til grunn også i 2025 beregningen.
Legemiddelkostnader	Antatt samme andel av totale kreftrelaterte kostnader i somatiske sykehus tilknyttet DRG 856J (poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom) i 2025 som i 2021, på henholdsvis ca. 6%.
Pleie- og omsorgstjenesten	Anslag basert på totale kreftkostnader i pleie- og omsorgstjenesten i 2025 (se Vedlegg A). Andel melanomdødsfall av alle kreft (2,85%) er benyttet som fordelingsnøkkel.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C43) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Antatt 1 750 timer per årsverk (eks. ferie). Sysselsettingsgrad og arbeidstid 2025 per uke i ulike aldersgrupper og fordelt på kjønn estimert basert på 2020 nivåer, framskrevet med antatt vekstrate 2020-2024 tilsvarende gjennomsnittlig vekstrate fra 2016-2019 (SSB 03781 og 11210). Gjennomsnittlig årslønn for 2024 på 704 700 kr (SSB 11417), framskrevet til 738 525 for 2025 basert på forventet lønnsvekst på 4,8%. Deretter tillagt et påslag på 40% for sosiale kostnader. Verdien av fremtidig produktivitetstap er diskontert med fire prosent årlig.
Sykefravær og uføretrygd	Tidligere beregninger har lagt til grunn at melanom står for 3 prosent av de totale kostnadene til sykefravær, AAP og uføretrygd knyttet til alle kreftformer (71). Dette er lagt til grunn sammen med 2025 anslag for alle krefttyper.

Redusert produktivitet (presenteeism)	Antall i jobb før kreftdiagnose (1 637 personer): Basert på predikerte antall nye melanomtilfeller i 2025 (2 808), (NORDCAN, 2026), justert for arbeidsf�r alder og antatt lik sysselsettingsgrad tilsvarende for befolkningen for øvrig i 2020 (SSB 08930). Redusert produktivitet (Kreftforeningens brukerpanel): 7% med redusert arbeidsmengde (16% i gjennomsnitt), 27% brukte mer tid på de samme oppgavene (4 timer i uken i gjennomsnitt), mens 13% hadde både redusert arbeidsmengde og brukte mer tid. Kostnaden for at pasienter arbeider mindre er beregnet til en arbeidstime (591 kr per time), basert på gjennomsnittslønn inkludert sosiale kostnader tilsvarende 1 022 935 kr (SSB 11417 2024 gjennomsnittslønn, framskrevet til 2025 med antatt lønnsvekst på 4,8%, og 40 prosent påslag for sosiale kostnader). For pasienter som bruker mer tid på samme oppgaver er kostnaden beregnet til verdien av en time fritid (295 kr per time), basert på estimert gjennomsnittslønn i 2025 etter skatt. Videre er det for beregningene forutsatt 1 750 arbeidstimer og 47 arbeidsuker i et år. Basert på aldersfordelingen blant nye krefttilfeller i 2025 har vi lagt til grunn at pasientene i gjennomsnitt har ca. 14 år igjen i arbeidslivet ved diagnosetidspunktet. Nåverdien av kostnadene er beregnet med en diskonteringsrate på 4 prosent.
Sykefravær pårørende	Antar en pårørende per pasient. Fra Kreftforeningens brukerpanel endret 13% fra å være i full jobb til å ikke jobbe, mens 14 % av de som arbeidet f�r kreftdiagnosen ble delvis sykemeldt, i snitt 50% sykemeldt. Legger til grunn at andelen i arbeidsf�r alder er lik mellom pasienter og pårørende. Sykefravær for pårørende er anslått til 20 prosent av kostnaden for korttidsfravær (sykepenger + AAP) for pasienter.
Uformell pleie	Pårørende i Kreftforeningens brukerpanel brukte i snitt 14,4 timer i uken på pleie, hvorav 18% svarte at det gikk på bekostning av arbeid, 63% på bekostning av fritid, og 18% på bekostning av begge deler. Som et konservativt anslag legger vi til grunn at de pårørende i gjennomsnitt yter uformell pleie i seks måneder. En vektning av kostnadene mellom arbeidstid og fritid med disse forholdstallene (og kostnad for arbeids- og fritid som under presenteeism) gir et estimat på 374 kr per time uformell pleie.
Redusert livskvalitet	Tidligere anslag for ikke-dødelig helsetap på 500 mill. kr i 2015 (71) justert for årlig vekst i antall melanompasienter på 5 prosent for 2017-2020 (Kreftregisteret, 2018; Kreftregisteret, 2022). Antatt samme vekst for perioden 2017-2021 og inflasjonsjustert til 2021-kr. Forutsatt at andelen kostnadsestimatet tilknyttet melanom utgjorde av tilsvarende kostnadsestimat for total kreft i 2021, henholdsvis ca. 2,25%, var likt i 2025.
Tidlig død	Data fra Dødsårsaksregisteret (dødsfall knyttet til ICD-10 kode C43) for 2024, framskrevet til 2025 basert på 2025 insidens (NORDCAN, 2026). Forutsatt at fordelingen innad i aldersgrupper er tilsvarende som i 2020 og at dødsfallene skjedde midt i aldersgruppene presentert i statistikken. I aldersgruppen «90+ år» antar vi at dødsfallet skjedde ved nøyaktig 90 år. Statens legemiddelverks retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser er benyttet for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår ved gitt alder. Verdien av et kvalitetsjustert leveår forutsatt å være 1,68 millioner kroner i 2023 (Helsedirektoratet, 2024). Inflasjonsjustert til 2025-kr.
Skattefinansieringskostnader	Forutsetter at 85% av helse- og omsorgstjenesten og at 100% trygdeytelsene mottatt av pasienter og pårørende med kreft er finansiert over offentlige budsjetter (Oslo Economics, 2016). I henhold til Finansdepartementets Rundskriv om prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20% av kostnadene finansiert over offentlig budsjett.

*ICD-10 kode: C43. ICPC2 kode: S77

8. Referanser

Alberts, B. et al., 2019. *Essential Cell Biology*. 5. red. New York: W. W. Norton & Company.

American Society of Clinical Oncology, 2019. *What is Survivorship?*. [Internett]
Available at:
<https://www.cancer.net/survivorship/what-survivorship>
[Funnet 2022].

Andreas, A. et al., 2018. Economic burden of resected (stage IB-IIIa) non-small cell lung cancer in France, German and the United Kingdom: A retrospective observational study (LuCaBIS). *Lung Cancer*.

Association of the Nordic Cancer Registries, 2026. *NORDCAN*. [Internett]
Available at: <https://nordcan.iarc.fr/en>

Blankholm, A. et al., 2018. *NOU 2018:16 Det viktigste først - Prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Blix, B., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M., 2021. Demografisk utvikling og potensialet for uføret omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, Volum 7.

Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, S. M. & Vinje, H. F., 2018. A five-phase process model describing the return to sustainable work of. *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 21-27.

Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, S. M. & Vinje, H. F., 2018. A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 21-27.

Bugge, C., Sæther, E. M., Brustugun, O. T. & Kristiansen, I. S., 2021. Societal cost of cancer in Norway –Results of taking a broader cost. *Health Policy*, August, pp. 1100-1107.

Bøhn, S. H. et al., 2022. Work status changes and associated factors in a nationwide sample of Norwegian long-term breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*.

Calltorp, J., 1999. Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*, Issue 1-2, pp. 1-22.

Connolly, S., Russell, H. & Henry, E., 2021. *Returning to employment following a diagnosis of cancer - an*

Irish survey, s.l.: Economic and social research institute.

Dorland, H. et al., 2016. Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. *Support Care Cancer*, pp. 261-266.

Dødsårsaksregisteret, 2022. *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2021*, s.l.: s.n.

Dødsårsaksregisteret, 2025. *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2024*, s.l.: s.n.

Finansdepartementet, 2021. *Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021*, s.l.: s.n.

Finansdepartementet, 2021. *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Finansdepartementet.

Ganz, P. A., 2007. *Cancer Survivorship - Today and Tomorrow*. Los Angeles: Springer.

Gerard, K. & Mooney, G., 1993. QALY league tables: handle with care. *Health Econ*, 1993(2), pp. 59-64.

Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table*, Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Grund, J. et al., 1997. *NOU 1997: 7 - Piller, prioritering og politikk— Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering*. Oslo: Meld. St. 34 (2015-2016).

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Nytte, ressurser og alvorlighet*. Oslo: Meld. St. 38 (2020-2021).

Helsedirektoratet, 2018. *Folkehelse og bærekraftig: Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2018. *Seneffekter etter kreftbehandling*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2019. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015: Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2020. *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19. Første delrapport*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hem, K.-G., 2000. *Økonomiske konsekvenser av sykefravær*, s.l.: SINTEF.

Hem, K.-G., 2011. *Bedriftens kostnader ved sykefravær*, s.l.: SINTEF.

Hess, S., Dahl, A. & Kiserud, C., 2018. Seneffekter etter kreftbehandling. *Sykepleien*.

Holdengruppen, 2021. *Covid-19 - Samfunnsøkonomiske vurderinger*, Oslo: Helsedirektoratet.

Jo, C., 2014. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clinical and molecular hepatology*.

Jones, H., 2009. Equity in development - Why is it important and how to achieve it. *Overseas Development Institute*.

Kane, D., Rajacich, D. & Andary, C., 2020. Experiences of cancer patients' return to work. *Canadian Oncology Nursing Journal*, Issue 2, pp. 113-118.

Kreftforeningen, 2022a. *Hva er kreft?*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> [Funnet 08 Februar 2022].

Kreftforeningen, 2022c. *Immunterapi*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/immunterapi/> [Funnet 9 Februar 2022].

Kreftforeningen, 2022d. *Fysisk aktivitet under og etter behandling*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/fysisk-aktivitet-under-og-etter-kreft/> [Funnet 2022].

Kreftforeningen, 2022e. *Cellegift*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/#bivirkninger> [Funnet 2022].

Kreftforeningen, 2022f. *Strålebehandling*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/stralebehandling/#bivirkninger> [Funnet 2022].

Kreftforeningen, 2022. *Mammografiprogrammet – screening mot brystkreft*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/mammografiprogrammet/> [Funnet 11 Februar 2022].

Kreftforeningen, 2026b. *Kirurgi*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/kirurgi/> [Funnet 26 Januar 2026].

Kreftforeningen, u.d. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/til-parorende-og-etterlatte/vennslektning-eller-kollega-med-kreft/#hva-sier-jeg-til-en-som-har-f%c3%a5tt-kreft> [Funnet 2022].

Kreftforeningen, u.d. *Immunterapi*. [Internett] Available at: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/immunterapi/#hvordan-vet-legene-hvem-som-skal-f%c3%a5-immunterapi> [Funnet 2022].

Kreftlex, u.d. [Internett] Available at: <https://kreftlex.no/Brystkreft/BAKGRUNN/FAQ?lg=k&CancerType=Bryst> [Funnet 2022].

Kreftlex, u.d. [Internett] Available at: <https://www.kreftlex.no/Prostatakreft/Prosedyrefolder/BEHANDLING/Cellegift/Hormonbehandling?lg=k&containsFaq=False&CancerType=Prostata> [Funnet 2022].

Kreftregisteret, 2016. *Cancer in Norway 2015 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Krefregisteret.

Kreftregisteret, 2018. *Cancer in Norway 2017 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, s.l.: s.n.

Kreftregisteret, 2021. *Cancer in Norway 2020 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2022. *Cancer in Norway 2021 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2022. *Fakta om Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (Cervixscreeningprogrammet)*. [Internett] Available at: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Fakta-om-Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft-eller-Cervixscreeningprogrammet/> [Funnet 11 Februar 2022].

Kreftregisteret, 2025. *Cancer in Norway 2021 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2025. *Cancer in Norway 2024 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2025. *Cancer in Norway 2024 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2025. *Cancer in Norway 2024 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Kreftregisteret, 2025. *Cancer in Norway 2024 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Kreftregisteret.

Krol, M. et al., 2016. A noticeable difference? Productivity costs related to paid and unpaid work in economic evaluations on expensive drugs. 17(4), pp. 391-402.

Lønning, I., 1987. *NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, s.l.: Sosialdepartementet.

Lønning, I. et al., 1997. *NOU 1997:18 - Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Macioch, T. & Hermanowski, T., 2012. PCN125 Cost of Presenteeism Due to Cancer in Poland. *Value in Health*.

Magnussen, J. et al., 2015. *På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

McKeague, B. & Maguire, R., 2021. "The effects of cancer on a family are way beyond the person who's had it": The The experience and effect of a familial cancer diagnosis on the health. *European Journal of Oncology Nursing*.

Melberg, H. O., 2021. *En åpenbar mangel i prioriteringssystemet?*. [Internett]
Available at: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/05/03/en-åpenbar-mangel-i-prioriteringssystemet/>
[Funnet 2022].

NAV, 2022. *AAP, nedsatt arbeidsevne og uføretrygd - statistikk*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uføretrygd-statistikk>

Neumann, P. et al., 2016. *Cost-effectiveness in health and medicine*. s.l.:Oxford University Press.

NORDCAN, 2026. *International Agency for Research on Cancer*. [Internett]
Available at: <https://nordcan.iarc.fr/en>

Nordheim, I. et al., 2014. *NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Norsk helseinformatikk, 2022. *Kreft*. [Internett]
Available at: <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>
[Funnet 08 Februar 2022].

Olsen, J. A. & Richardson, J., 1999. Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses?. *Social Science & Medicine*, 1999(49), pp. 17-26.

Oslo Economics, 2016. *Kreft i Norge: – kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2018. *Samfunnskostnader forbundet med hudkreft*, s.l.: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2019. *Fremtidens kreftkostnader*, s.l.: s.n.

Oslo Economics, 2020. *Migrene i et samfunnsperspektiv*, s.l.: Oslo Economics.

Petersen, K., Momsen, A., Stapelfeldt, C. & Nielsen, C., 2019. Reintegrating Employees Undergoing Cancer Treatment into the Workplace: A Qualitative Study of Employer and Co-worker Perspectives. *Journal of Occupational Rehabilitation*, pp. 764-772.

Proba samfunnsanalyse, 2015. *Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær - muligheter og begrensninger*, Oslo: Proba samfunnsanalyse.

Reddy, S. et al., 2022. Cost of cancer management by stage at diagnosis among Medicare beneficiaries. *Current Medical Research and Opinion*, Issue 8.

Regjeringen, 2021. *Hurdalsplattformen*, Oslo: Regjeringen.

SSB, 2022a. *Tabell 05375*. [Internett]
Available at: <https://www.ssb.no/statbank/table/05375>
[Funnet 14 Januar 2022].

Store Norske Leksikon, 2019. [Internett]
Available at: https://snl.no/hormonbehandling_-kreft
[Funnet 2022].

Store Norske Leksikon, 2022. *Kreft*. [Internett]
Available at: <https://snl.no/kreft>
[Funnet 08 Februar 2022].

Sysselsettingsutvalget , 2021. *NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring — Tiltak for økt sysselsetting*, s.l.: s.n.

van Houtven, C. et al., 2010. Economic Burden of Informal Caregivers of Lung and Colorectal Cancer Patients. *The Oncologist*.

Vandraas, K. et al., 2022. Work ability 8 years after breast cancer: exploring the role of social support in a nation-wide survey. *Breast Cancer Research and Treatment*, Issue 193.

Wells, M. et al., 2013. Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. *Psycho-Oncology*, pp. 1208-1019.

White, M. C. et al., 2014. Age and Cancer Risk - A Potentially Modifiable Relationship. *American Journal of Preventive Medicine*, 01 03, pp. 7-15.

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo