



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteén  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

22/2282-

8. juni 2022

**Dokument 8:252 S Representantforslag om å sikre migrenepasienter som har fått individuell refusjon ved bruk av CGRP-hemmere**

Jeg viser til brev fra Stortinget av 25. mai 2022 vedlagt Dokument 8:252 med representantforslag fra stortingsrepresentantene Marian Hussein, Kathy Lie og Lan Marie Nguyen Berg om å sikre migrenepasienter som har fått individuell refusjon ved bruk av CGRP-hemmerere. Representantene fremmer følgende forslag:

*Stortinget ber regjeringen initiere at vedtaket om innstramming av reglene for å kunne få, samt beholde, individuell refusjon (blå resept) for CGRP-hemmere for migrenepasienter blir opphevet, slik at den enkelte legespesialist som behandler pasienten avgjør når det er på sin plass å forsøke en behandlingspause.*

**Svar:**

Beslutninger om offentlig finansiering av nye legemidler må være forutsigbare og basert på faglige kriterier. Derfor er det definert tydelige kriterier som skal sikre at alle legemidler og pasientgrupper behandles likt. Likeverdig tilgang til helsetjenester innebærer tilgang uavhengig av forhold som sosioøkonomisk status og alder.

Beslutning om legemidler skal kunne inngå i blåreseptordningen, er basert på en metodevurdering utført av Statens legemiddelverk. I en metodevurdering vurderes det om ressursbruken ved å ta i bruk et legemiddel står i rimelig forhold til nytten, hensyntatt tilstandens alvorlighet, jf. Prioriteringsmeldingen som er behandlet av Stortinget.

Konsekvenser av helsehjelp for pasientens framtidige arbeidsevne (produktivitet) eller forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt, jf. behandlingen av prioriteringsmeldingen. Dersom slike virkninger skulle påvirket prioriteringer

i helsetjenesten ville dette kunne medført at personer i arbeid kunne fått høyere prioritet enn personer uten arbeid, for eksempel barn, arbeidsledige og pensjonister.

Legemiddelverket kan fastsette refusjonsvilkår som bidrar til at kriteriene oppfylles. Dette gjøres innen flere områder, også for CGRP-hemmere. De oppdaterte vilkårene er i stor grad en presisering av forutsetningene som lå til grunn for metodevurderingene og er fastsatt for sørge for at stønad til behandling med CGRP-hemmere ikke gis på bekostning av behandling for andre pasienter med større medisinske behov.

Folketrygdens utgifter til CGRP-hemmere ble oppjustert i Prop. 1 S Tillegg 1 (2020–2021), og det ble lagt inn en forutsetning ved budsjettvedtaket om at Statens legemiddelverk skulle vurdere refusjonsvilkår og tiltak som kan gi bedre etterlevelse av disse. De nye refusjonsvilkårene er en oppfølging av Stortingets budsjettvedtak.

Migrene er en sykdom hvor sykdomsbyrden og behovet for behandling kan endres over tid. Behandlingspauser (midlertidig opphold i legemiddelbehandlingen) gjennomføres allerede i norsk klinisk praksis i dag, men praktiseres ulikt mellom behandlere. De fleste pasienter som behandles med CGRP-hemmere i Europa gjennomgår en behandlingspause etter 6-12 måneder. Dette er anbefalt i både europeiske og nasjonale retningslinjer. Det er også andre land som har krav om behandlingspause for å få refusjon. Norske nevrologer som Legemiddelverket har vært i dialog med, var samstemte om at det er fornuftig med tydeligere retningslinjer for forsøksvis seponering.

Basert på råd fra klinikerne er det satt krav om at man innen 18 måneder tar en pause på 12 uker for å undersøke om det fortsatt er behov for behandling med CGRP-hemmer. Hensikten med behandlingspausen er å undersøke om pasienten fortsatt har så alvorlig kronisk migrene at hun eller han har rett på individuell stønad til CGRP-hemmer. Det er avgjørende at pausen er av en viss varighet for å kunne vurdere pasientenes effekt av behandlingen. Ettersom CGRP-hemmer har en halveringstid på rundt fire uker, tar det lang tid før effekten av disse legemidlene går ut av kroppen. En for kort behandlingspause kan innebære at pasienten fortsatt har effekt av behandlingen, og derfor risikerer å ikke oppfylle vilkårene for videre refusjon.

Dersom særskilte og tungtveiende individuelle medisinske vurderinger tilsier det, er det rom for at behandlingspausen kan avsluttes tidligere. En slik vurdering må gjøres for den enkelte pasient av behandlende nevrolog.

Jeg mener de vilkårene som ble innført 1. april bidrar til riktig bruk av folketrygdens midler ved at det er de pasientene som trenger behandlingen mest, og som har best nytte av den, som får behandling med CGRP-hemmere dekket på blå resept. Behandlingspausen er innført for å undersøke om pasienten fortsatt oppfyller kravene til refusjon og unngå overbehandling. De nye vilkårene kan oppfattes som en innskrenking sammenlignet med vilkårene som gjaldt før 1. april, men er i stor grad presisering av forutsetningene som lå til grunn for metodevurderingene. Videre samsvarer vilkårene i stor grad med gjeldende praksis

i Danmark innen samme område. I Danmark er det også krav om en behandlingspause etter ca. 1,5 år, for å vurdere indikasjon for fortsatt behandling.

Behandlingspause er et prinsipp som er etablert i klinikken basert på klinisk erfaring med andre migrenelegemidler og internasjonale retningslinjer, også for CGRP-hemmere.

Jeg mener at slik vilkårene er formulert, ved at behandlende nevrolog kan sette i gang behandlingen igjen før det er gått 12 uker dersom det foreligger tungtveiende medisinske, individuelle hensyn, gir tilstrekkelig rom til å ivareta de pasientene som av ulike grunner ikke kan eller bør ha et så langt opphold i behandlingen.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol