Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Møtedato	20. november 2026
Forslagsstiller	Sekretariatet
Antall sider og eventuelle vedlegg	5 sider, ingen vedlegg
Type sak	Diskusjonssak
Saksbehandler	Siv Cathrine Høymork

Rammeverk for prioritering. Sentrale begreper

Formålet med saken

Saken er todelt:

1. Rådsleder gjennomgår prioriteringskriteriene som er vedtatt av Stortinget og nedfelt i helselovgivningen. Formålet er å sikre at rådet er godt kjent med rammeverket for prioritering i helse- og omsorgstjenesten og legge grunnlaget for hvordan kriteriene anvendes i rådets arbeid.
2. Fagdirektør Marta Ebbing, Helse Bergen, belyser forskjellen på "kloke valg", sparsommelighet og effektivisering, og ekte prioriteringer. Formålet er å klargjøre likheter og forskjeller på ulike tilnærminger til god ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Prioriteringskriteriene – kort historisk overblikk

Lønning 1-utvalget, som leverte sin rapport i 1987, var det første som foreslo universelle kriterier for prioritering i helsetjenesten.[1] Kriteriene vektla tilstandens alvorlighet i særlig grad, men pekte også på at effekt av tiltaket var relevant. Kostnadseffektivitet var diskutert, men ikke klart vektlagt.

Lønning 2-utvalget foreslo i 1997 at følgende tre kriterier skulle være førende for prioritering i helsetjenesten: tilstandens alvorlighet, tiltakets effekt og tiltakets kostnadseffektivitet.[2] Disse kriteriene sto seg i mer enn femten år og ble forskriftsfestet for spesialisthelsetjenesten og legemiddelfeltet.

I 2014 foreslo Norheimutvalget en justering av kriteriene.[3] Målet for prioritering, mente utvalget, var å oppnå *flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt*, og kriteriene skulle være helsegevinst, ressurs og helsetap. Det foreslåtte helsetapskriteriet, som skulle erstatte alvorlighetskriteriet, møtte imidlertid en del motstand. En arbeidsgruppe ledet av Jon Magnussen i 2015 fikk i oppdrag å legge fram forslag til hvordan alvorlighet i stedet kunne operasjonaliseres som prioriteringskriterium og med et tydeligere skille mellom gruppenivå og pasientnivå.[4] I den påfølgende stortingsmeldingen foreslo departementet at prioriteringskriteriene skulle være helsegevinst, ressurs og alvorlighet.[5]

I 2018 la et offentlig utvalg ledet av Aud Blankholm fram den første utredningen som spesifikt drøftet prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenesten.[6] Samtidig som utvalget tok til orde for at de tre prioriteringskriteriene – helsegevinst, ressurs og alvorlighet – var relevante også for disse delene av tjenesten, viste det til særtrekk ved kommunale tjenester som ikke var tilstrekkelig dekket. Sentralt for kommunale tjenester, påpekte utvalget, er at pasienten skal kunne leve med sin tilstand – mestre livet. Utvalget mente at for den kommunale helse- og omsorgstjenesten burde kriteriene utvides slik at også mestringsaspektet ble fanget tilstrekkelig opp. Dette ble fulgt opp med en presisering av kriteriene for alle deler av helse- og omsorgstjenesten i den påfølgende stortingsmeldingen.[7] Kriteriene er ikke ytterligere justert i den aller nyeste stortingsmeldingen om prioritering i helse- og omsorgstjenesten.[8]

Gjeldende prioriteringskriterier og deres rettslige status

De tre prioriteringskriteriene er slik utformet i de to siste stortingsmeldingene:

> *Nyttekriteriet*
> Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet, gjennom å gi økt sannsynlighet for
>
> - overlevelse
> - forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk sykdom
> - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk sykdom
>
> *Ressurskriteriet*
> Et tiltaks prioritet øker jo mindre ressurser det legger beslag på.
>
> *Alvorlighetskriteriet*
> Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra
>
> - risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
> - graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
> - smerte, fysisk eller psykisk ubehag

Ifølge pasient- og brukerrettighetslovens paragraf 2.2. annet ledd har pasienten rett til nødvendig helsehjelp når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten. I prioriteringsforskriften[9] er kriteriene tatt inn med sin fulle ordlyd, slik de er utformet i de to siste stortingsmeldingene.

For den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ikke kriteriene forskriftsfestet på samme måte som i spesialisthelsetjenesten. Stortinget har like fullt gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingene sluttet seg til at kriteriene er gyldige for hele helse- og omsorgstjenesten. Dette er ytterligere utdypet og understreket i den nasjonale veilederen for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester.[10]

Relevant er at Pasient- og brukerrettighetslovutvalget[11] skal fremme forslag til revidert pasient- og brukerrettighetslov innen mai 2027. Ifølge mandatet skal "eventuelle endringer i loven samlet sett ikke føre til økt ressursbruk, men legge til rette for bedre bruk av personell og kompetanse – og dermed bidra til at vi får mest mulig igjen for de ressursene vi bruker i helse- og omsorgstjenestene".

Prioritering – og andre bidrag til god ressursutnyttelse

I sitt møte 21. august 2026 berørte rådet en diskusjon om hvorvidt "kloke valg" er å anse som en form for prioritering. Spørsmålet ble hengende litt "i lufta". Sekretariatet er kjent med tilsvarende diskusjoner også fra andre fora. Med utgangspunkt blant annet i en nylig publisert artikkel av rådsmedlem Eli Feiring med flere søkes spørsmålet belyst i dette rådsmøtet. [12]

"Gjør kloke valg"-kampanjen er den norske varianten av "Choosing Wisely", som ble igangsatt som en kampanje ledet av medisinske fagmiljøer og -organisasjoner i USA. Hensikten er å identifisere helsetjenester som gir ingen eller liten helsegevinst for de aktuelle pasientene, og avvikle eller redusere bruken av disse. I Norge har Legeforeningen gått i bresjen for "Gjør kloke valg"-kampanjen, som en rekke andre yrkesforeninger har sluttet seg til.

I 2025 fikk Sykehuset i Vestfold som det første helseforetaket i Norge etter avtale med Legeforeningen status som et "kloke valg"-sykehus. Flere helseforetak har fulgt etter. Et av flere kriterier er at helseforetaket jobber systematisk med å identifisere helsetjenester som fagmiljøene tilrår at man bør slutte å tilby eller redusere vesentlig. Det kan typisk dreie seg om å unngå unødige blodprøver eller bildediagnostiske undersøkelser og dårlig dokumenterte behandlingsmetoder, eller anvende klinisk skrøpelighetsskåring som del av beslutningsgrunnlaget for å tilpasse utredning og behandling til eldre mennesker. Gjennom "kloke valg" skal man begrense overdiagnostikk og overbehandling som ansees nytteløs eller skadelig og representerer sløsing. Kampanjen har sin egen nettside på Legeforeningens hjemmeside: Kloke valg | Gjør kloke valg.

Kampanjens hovedbudskap er at "mer er ikke alltid bedre". Legeforeningen vektlegger at "kloke valg" dreier seg om kvalitet og pasientsikkerhet – å unngå å gjøre det det faglig

stort sett er enighet om at ikke bør gjøres. Felles for de "kloke valgene" er at det er både i den aktuelle pasientens og samfunnets interesse å avstå fra det aktuelle tiltaket.

I ekte prioriteringssituasjoner derimot, især der resurskriteriet tillegges betydelig vekt for utfallet av vurderingen, vil det å avstå fra tiltaket som oftest *ikke* være i den aktuelle pasientens interesse. Hensynet til *andre pasienter* og andre samfunnsinteresser er gjerne i direkte motstrid til den aktuelle pasientens eller pasientgruppas interesser.

I nevnte artikkel av Feiring og medarbeidere er forskjellen mellom prioritering, kloke valg, effektivisering og behandlingsbegrensning omtalt og illustrert i følgende tabell (gjengitt med tillatelse fra Tidsskrift for Den norske legeforening):

Fire tilnærminger for bedre ressursbruk

Tilnærming	Hovedprinsipp	Definisjon	I pasientens interesse?	Typisk verdikonflikt
Prioritering	Rettferdig fordeling av knappe helseressurser	Å holde tilbake potensielt nyttig helsehjelp fordi begrensede ressurser bør anvendes på noe annet som er viktigere (4)	Nei[1]	Pasientens ønske og behov mot rettferdig fordeling
Gjør kloke valg	Unngå unyttig helsehjelp	Å avstå fra undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade (5)	Ja	Vanligvis ingen verdikonflikt
Behandlings-begrensning	Unngå overbehandling ved livets slutt	Å avslutte, eller ikke starte, en potensielt livsforlengende behandling for en alvorlig syk pasient (6)	Ja	Usikkerhet eller uenighet om pasientens beste
Effektivisering	Mer for det samme eller det samme for mindre	Å endre utformingen av et tiltak for å oppnå større helsegevinster og/eller lavere ressursbruk	Nøytral eller ja	Økt belastning på personell

[1] Annet enn ved at pasienten har en egeninteresse av å være borger av et samfunn der helsetjenesten forvalter sine ressurser godt og fordeler dem rettferdig.

Selv om det er et klart teoretisk skille mellom ekte prioritering og "kloke valg", kan rådet også drøfte hvorvidt det er hensiktsmessig å engasjere seg og være en aktiv pådriver for å redusere undersøkelser og behandling som ikke har nytte eller har negativ nytte.

Hvordan kan sykehus arbeide med ekte prioriteringer?

Rådssekretariatet har invitert fagdirektør Marta Ebbing til å innlede om ulike tilnærminger til god ressursutnyttelse og hvordan helseforetak kan jobbe systematisk for å oppnå dette. Bakgrunnen er at sekretariatet er kjent med at Helse Bergen har jobbet godt med dette i og ut mot fagmiljøene. Ebbing påpeker i sitt innspill til saksframlegget, at det er vanskelig for de fleste klinikere å skille skarpt mellom kloke valg og ekte prioriteringer. Felles er at begge har som formål å bruke ressursene slik at de kommer flest mulig pasienter best mulig til nytte. Internt innen fagområder kan man

kanskje identifisere hva som kan og bør prioriteres ned, men på tvers av fagområder og pasientgrupper er det vanskeligere.

Mens det å gjøre kloke valg ikke skal være noen til ulempe, vil ekte prioriteringer per definisjon være noen til ulempe. Hvem disse «noen» er, er imidlertid ofte vanskelig å overskue. Ebbing viser til en nylig publisert artikkel om budsjettprosesser i foretakene i lys av prioriteringskriteriene.[13] Artikkelen gir økt innsikt i hvordan prioriteringer faktisk foregår i praksis: Pasienter eller tiltak som blir prioritert opp, blir synliggjort, mens hvem eller hva som da samtidig blir prioritert ned – gitt samme ressursramme – blir ikke synliggjort.

Ebbing henviser også til ulike kilder som belyser variasjon i bruk av helsetjenester, som interregionalt dashbord.[14] I de tilfeller der det påvises betydelig variasjon i forbruket, gir det grunnlag for å reflektere over årsaken til variasjonen. Ofte vil variasjonen være størst i forbruket av helsetjenester med liten dokumentert nytte, altså tilbudsstyrte eller lavt prioriterte helsetjenester. For nødvendige helsetjenester er variasjonen vesentlig mindre.[i]

---

[1] Lønning I. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23
[2] Lønning I. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997:18
[3] Norheim OF. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12
[4] Magnussen J: På ramme alvor. Rapport fra arbeidsgruppe 2015
[5] Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering
[6] Blankholm A: Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjeneste. NOU 2018: 16
[7] Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
[8] Meld. St. 21 (2024–2025) Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste
[9] Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til behandling i utlandet
[10] Helsedirektoratet 2025: Prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester (nasjonal veileder)
[11] Pasient- og brukerrettighetslovutvalget - regjeringen.no
[12] Magelsen M, Barra M, Feiring E, Sinding Aasen H: Prioritering – og andre bidrag til bedre ressursbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2026. Vol 146 (23. mars 2026)
[13] Mellberg A og Miljeteig I: Grey priority-setting: an ethnographic study of hospital budgeting in Norway | BMC Health Services Research | Springer Nature Link
[14] Interregionalt klinisk dashbord

---

[i] Med henvisning til John Wennbergs inndeling i nødvendige, preferansestyrte og tilbudsstyrte helsetjenester