Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Møtedato	20. november 2026
Forslagsstiller	Helsedirektoratet og rådssekretariatet
Antall sider og eventuelle vedlegg	14 sider, ingen vedlegg
Type sak	Diskusjonssak
Saksbehandler	Siv Cathrine Høymork

Prioritering i krig og krigsliknende tilstander. Utvalgte problemstillinger til diskusjon

Formålet med saken

I møtet 21. august ble rådet orientert om oppdraget "Prioritering i krig og krigsliknende tilstander", som Helsedirektoratet har mottatt (sak 2026-06). Rådet ønsket å arbeide videre med tematikken og bli involvert i arbeidet på en hensiktsmessig måte.

Denne saken har to formål:

- Helsedirektoratet orienterer kort om status i arbeidet med oppdraget
- Sekretariatet legger fram enkelte større prinsipielle problemstillinger til diskusjon, slik at rådet kan gi innspill og råd til arbeidet med å løse oppdraget.

Oppbygging av saksframlegget

- Oppdragets ordlyd
- Redegjørelse fra prosjekteier i Helsedirektoratet for status med å gjennomføre oppdraget
- Omtale av et tilgrensende og relevant oppdrag som er gitt til de regionale helseforetakene
- Utvalgte prinsipielle spørsmål som egner seg for diskusjon i rådet
- Siste del av saksframlegget er utformet som et refleksjonsnotat – som et oppspill til diskusjon av prinsipielle spørsmål.

Oppdragets ordlyd

Prioritering i krig og krigsliknede tilstander
Helsedirektoratet gis i oppdrag å koordinere og lede utarbeidelse av kunnskapsstøtte for helse- og omsorgstjenestens beredskapsarbeid knyttet til spørsmål om prioriteringer i krig og katastrofer i fredstid. Formålet med kunnskapsstøtten er å bidra til at vanskelige beslutninger fattes mest mulig likeartet over hele landet basert på felles grunnlag og enhetlig praksis, slik at helsepersonell i mindre grad skal stå alene i slike krevende situasjoner.

Rammer for arbeidet:

- *Det tas utgangspunkt i overordnede prinsipper for prioritering beskrevet i Prioriteringsveileder for helsetjenesten, samt tilsvarende «Kunnskapsstøtte for prioriteringer i kriser og krig» utarbeidet av Socialstyrelsen i Sverige.*
- *Arbeidet gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene, med god involvering av statsforvalterne, kommunene og yrkes/fagorganisasjonene.*
- *Departementet skal involveres underveis for avklaringer og retningsvalg.*

Hvordan Helsedirektoratet jobber med oppdraget

Helsedirektoratet er i oppstarten av arbeidet, arbeider med organisering og har gjort innledende samtaler internt og eksternt. Det blir etablert en ekstern arbeidsgruppe, og eksisterende samarbeids- og samhandingsstrukturer vil bli brukt for å sikre medvirkning, innspill og forankring.

Av oppdragsteksten framkommer at oppdraget skal løses *i samarbeid med* de regionale helseforetakene, mens øvrige aktører skal *involveres godt*. Oppdraget og samarbeidsform ble diskutert med fagdirektørene i de regionale helseforetakene på deres møte 19. oktober.

Fordi det er uklart hvilken status en "kunnskapsstøtte" har, ref. oppdragets ordlyd, har prosjekteier besluttet at dokumentet som skal utarbeides, vil benevnes "nasjonal veileder". Det er en betegnelse som vil være gjenkjennbar i helse- og omsorgstjenesten. I saksframlegget videre brukes derfor betegnelsen "veileder" framfor kunnskapsstøtte.

Tilgrensende oppdrag gitt til de regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet ga i foretaksmøtet 21. mai 2026 likelydende oppdrag på beredskapsområdet til de fire regionale helseforetakene. Se sak 3 i protokoll fra foretaksmøtet med Helse Midt-Norge for en fullstendig beskrivelse av oppdraget: Protokoll til foretaksmøte med RHF-ene 21. mai .

Fra protokollen gjengis utdrag: "*Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge til grunn i videre beredskapsplanlegging at et totalbehov for sengekapasitet som følge av en krig på norsk territorium vil være i størrelsesorden 7 000 sengeplasser. Dette skal ivareta behandling av krigsskadde pasienter på sykehusene, både sivile og militære.*" Og videre: "*En krigssituasjon i Norge vil kreve omlegging av driften og harde prioriteringer innenfor tilgjengelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten for å sikre at både krigsskadde soldater og sivile får den nødvendige helsehjelpen som sikrer forsvarsevnen vår. Fordi spesialisthelsetjenesten vil måtte prioritere et økt antall alvorlig og kritisk skadde, vil mye planlagt behandling og mindre alvorlig sykdom bli nedprioritert eller satt på vent. Kommunene vil måtte håndtere flere og mer kompliserte*

pasienter enn til vanlig. Det fordrer et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og saniteten i Forsvaret."

I møte med Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet avklart at oppdraget om "Prioritering i krig og krigsliknende tilstander" ses i sammenheng med oppdraget som ble gitt til de regionale helseforetakene 21. mai.

Utvalgte prinsipielle problemstillinger til diskusjon

Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten skal ifølge sitt mandat "gi innspill til aktørene i sektoren de selv representerer og helsemyndighetene om problemstillinger knyttet til prioritering og bærekraft i tjenesten, og sette muligheter og utfordringer ved prioritering på dagsordenen". I rådets diskusjon 21. august, gjennom Helsedirektoratets innledende arbeid med oppdraget og i samtaler med rådsleder, enkelte rådsmedlemmer og andre personer har det kommet opp prinsipielle problemstillinger som egner seg for en bredere diskusjon i rådet. Hensikten er at rådet kan gi råd og innspill til det videre arbeidet.

Vil prioriteringene av tjenestetilbud *i praksis* bli annerledes dersom krig eller krigsliknende tilstand inntreffer, eller vil prioriteringene følge de vedtatte prioriteringskriteriene som gjelder for helse- og omsorgstjenesten i fredstid?

Om prioriteringene i krig og krigsliknende situasjoner *i praksis* vil være annerledes, vil det i så fall være hensiktsmessig å beskrive og enes om endringene på forhånd, slik at rammeverket tilrettelegger for de endringene som vil bli gjort?

- **Vil samfunnsnytte bli tillagt (større) vekt?**
- **Vil alder bli et tydeligere prioriteringskriterium?**
- **Bør særskilte grupper skjermes?**
- **Vil formålet med helse- og omsorgstjenesten være annerledes eller utvidet?**
- **Vil eventuelle justeringer av kriteriene kreve regelverksendringer?**

Vil det være prinsipielle forskjeller i hvordan henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunene omprioriterer i en krigssituasjon?

Er det et realistisk mål å opprettholde likeverdige tjenestetilbud på tvers av geografi, eller må større geografiske forskjeller aksepteres?

Hvor konkret bør veilederen beskrive eller eksemplifisere hva og hvem som skal prioriteres ned i en krig eller krigsliknende tilstand? Er det er tilstrekkelig støtte og veiledning i et mer overordnet dokument, som den svenske kunnskapsstøtten?

Har rådet synspunkter på hvordan henholdsvis helse- og omsorgstjenesten selv og akademiske miljøer medvirker best i arbeidet med å utvikle veilederen?

Relevante momenter og bakgrunn for diskusjon

Nyttekriteriet:

Stortinget har vedtatt at prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten skal følge kriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet.[i] Nyttekriteriet er utformet slik:[ii]

> *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 funksjon*
> - *reduksjon av smerte, fysisk eller psykisk ubehag*

Nytten av helsehjelpen skal i hovedsak vurderes ut fra sannsynlige effekter hos den enkelte pasient eller pasientgruppe som tiltaket er rettet mot, ikke den eventuelle samfunnsnytten. Faktorer som pasientens samfunnsposisjon, yteevne eller yrke skal ikke spille inn på prioriteringene. For enkelte folkehelsetiltak – som vaksiner – er det åpnet for at samfunnseffekter *kan* tillegges en viss betydning når nytten vurderes for eksempel i helseøkonomiske analyser.

Gjeldende verdigrunnlag, kriterier og rammeverk for prioritering er utviklet i og for fredstid. Den geopolitiske situasjonen er nå endret. Dette er også bakgrunnen for at oppdragene til Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er gitt.

Den nyeste prioriteringsmeldingen, St. meld. 21 (2024-2025) *Helse for alle*, åpner for at prioriteringer kan være annerledes i langvarige kriser. I kapittel 2.2.5 om Helseberedskap og planlegging i kriser står:

> *I en kortvarig krise gjøres prioritering i helse- og omsorgstjenesten automatisk. I langvarige kriser er prioritering mer komplisert. Det kan oppstå situasjoner der det vil være behov for å tilpasse rammene for prioritering til den situasjonen helse- og omsorgstjenesten faktisk befinner seg i under en krise. Helse- og omsorgstjenesten må planlegge for prioritering. Befolkningen må også i større grad være innforstått med at det prioriteres i kriser, noe som kan påvirke tilbudet av helse- og omsorgstjenester, i den forstand at tjenestene er forsvarlige ut fra hvor i krisespekteret landet befinner seg. Åpenhet om prioritering og hvordan myndighetene og helse- og omsorgstjenesten kommuniserer om dette, er*

[i] Kriteriene er tatt inn i det juridiske rammeverket for spesialisthelsetjenesten. Blant annet gjennom behandling av stortingsmeldinger har Stortinget gitt uttrykk for at prioriteringskriteriene er forventet å gjelde også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

[ii] Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til behandling i utlandet

avgjørende for å opprettholde befolkningens tillit i en krise, jf. Meld. St. 5 (2023–2024).

Samfunnsnytte: Soldater og personer i samfunnskritiske funksjoner

I rådsmøtet 21. august ble det pekt på at i en krigssituasjon vil det være aktuelt å prioritere soldater som trenger helsehjelp, framfor andre pasienter. Det kan også være aktuelt selv om de som prioriteres ned, isolert sett vil ha et større prognosetap uten helsehjelpen. Samfunnet vil trenge friskmeldte soldater for å opprettholde forsvarsevnen og håp i befolkningen, men også for å sikre kritisk infrastruktur som sykehus og andre helseinstitusjoner. Det har også blitt framholdt at trygghet for at soldater får helsehjelp, er viktig for å sikre mobilisering og opprettholde kampmoral.

Også sivile personer vil kunne inneha funksjoner som er helt nødvendige for å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner, og som det er kritisk mangel på. Eksempler vil kunne være eksperter på spesiell teknologi i kritisk infrastruktur.

Vil det være riktig å prioritere soldater og pasienter i unike samfunnskritiske funksjoner foran andre pasienter i en krigssituasjon?

Samfunnsnytte: Helsepersonell

Under pandemien ble helsepersonell etter hvert prioritert for vaksinasjon, men prioriteringen var til dels omdiskutert. Det ble argumentert for at helsepersonell var mer utsatt for smitte og i kraft av sitt yrke hadde økt risiko for å smitte andre, men det ble også argumentert for at helsepersonellet var kritisk viktig for å kunne håndtere pandemien.[i] Vil argumentasjonen om helsepersonell som kritisk innsatsfaktor være aktuell også i en krig eller krigsliknende situasjon? Vil det i så fall være legitimt og fornuftig at helsepersonell gis prioritet framfor andre ved behov for helsehjelp? Helsepersonell er en stor og uensartet gruppe, og alle er neppe like kritisk viktige for å holde helse- og omsorgstjenesten i gang. Om det åpnes for å gi helsepersonell økt prioritet, bør det i så fall omfatte alt helsepersonell?

Samfunnsnytte: Omsorgsoppgaver

Dagens prioriteringspraksis og -regelverk åpner ikke for å prioritere personer som ivaretar omsorgsoppgaver, foran personer uten slike oppgaver. Dette kan bli utfordret i en krigssituasjon. Vil det i så fall være akseptabelt å gi prioritet til personer med store omsorgsoppgaver (barn, utviklingshemmede, gamle) framfor like alvorlig syke pasienter uten omsorgsoppgaver?

Betydningen av alder i prioriteringene

Flere har stilt spørsmål ved om alder vil bli vektlagt sterkere i situasjoner med alvorlig ressursmangel. Det har blitt henvist blant annet til at det ved starten av pandemien ble

[i] Feiring og Solberg: Prioritering av koronavaksine: Råd og prosess. *Michael* 2021;18:Suppl 28, s. 49-59

fastsatt en eksplisitt øvre aldersgrense for respiratorbehandling i Nord-Italia. Årsaken var begrenset tilgang på ressurser, både medisinsk teknisk utstyr og personell. Videre er det vist til at eldre i krigsområder som i Ukraina selv argumenterer for at de unge må gis forang.[i]

Alder har aldri blitt tatt inn som et selvstendig kriterium for prioritering i norsk helse- og omsorgstjeneste. Snarere tvert imot, er det flere ganger i de nyeste prioriteringsmeldingene pekt på at alder *ikke* er en faktor som skal tillegges selvstendig betydning.

I Stortingsmelding 34 (2015-2016) "Verdier i pasientens helsetjeneste" diskuteres alder som prioriteringskriterium inngående. Det argumenteres for at alder kun bør gis indirekte betydning ved at alder kan være korrelert til de andre kriteriene, først og fremst nyttekriteriet. Blant annet står i kapittel 6.4:

> *Prinsipper for prioritering i helsetjenesten bygger på verdier. Likeverdig tilgang til helsetjenester innebærer tilgang uavhengig av forhold som sosioøkonomisk status og alder. Prinsippene bygger også på at mennesket har verdi i seg selv. Menneskeverdet avhenger for eksempel ikke av den enkeltes potensielle framtidige produktivitet for samfunnet. Vektlegging i prioriteringsbeslutninger av konsekvenser av helsehjelp for pasienters framtidige produktivitet og fremtidig forbruk/stønader ville innebære et brudd med prinsipper for prioritering, kunne gi omfordelingseffekter og være vanskelig å forene med menneskesynet som ligger til grunn i helsetjenesten.*

Og videre gjengis fra Stortingsmelding 38 (2020-2021) "Nytte, ressurs og alvorlighet", kapittel 9.1.1.1:

> *Tidligere utvalg har fått i mandat å vurdere om det er andre kriterier som er egnet. Typiske eksempler på andre kriterier som er vurdert, er alder, sjeldne tilstander og individers eget ansvar for helse. Blankholm-utvalget konkluderer på følgende måte:*
>
> *Norheim-utvalget vurderte også om alder, mangel på alternative tiltak, tiltakets bidrag til innovasjon eller sykdommens sjeldenhet burde inngå som egne prioriteringskriterier. Ingen av disse forholdene foreslås imidlertid tatt inn som egne kriterier. Utvalget ser ikke forhold i den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten eller ved de offentlige finansierte tannhelsetjenestene som skulle tilsi andre vurderinger.*
>
> *Departementet deler denne vurderingen.*

[i] Det har ikke lykkes sekretariatet å få tilstrekkelig oversikt over endringer i ukrainisk helsetjeneste som følge av krigen.

Alle tidligere prioriteringsutredninger har tatt utgangspunkt i en situasjon med fred i det norske samfunnet. Spørsmålet om alder faktisk kan bli vurdert annerledes i en krigssituasjon, er tidligere i begrenset grad – om noen – diskutert. Om alder faktisk får en annen betydning som prioriteringskriterium i krig, bør det i så fall bli omtalt i veilederen?

Bør særskilte grupper skjermes?

Et annet spørsmål er om det kan være hensiktmessig å beskrive grupper som særlig bør skjermes fra utsatt helsehjelp dersom prognosetapet på langt sikt blir betydelig, som for eksempel barn med alvorlige lidelser, personer med alvorlige psykiatriske tilstander, eller skrøpelige eldre med behov for funksjonsforbedrende tiltak. Slike eksempler kan gi signaler om prioriteringer, men kan også virke mot sin hensikt.

Helse- og omsorgstjenestens formål

I en normalsituasjon er helse- og omsorgstjenestens formål å fremme helse og forebygge sykdom og gi helsehjelp til den enkelte pasient og befolkningen som helhet. I det innledende arbeidet med oppdraget om prioritering i krig og krigslikende tilstander, har det blitt stilt spørsmål ved om helsetjenestens formål blir annerledes eller utvidet i en krigssituasjon. Dette henger i så fall sammen med spørsmålet om samfunnsnytte og alder blir viktigere som prioriteringskriterier. Kan det være at formålet med helsetjenesten endres til i større grad å være et redskap for å sikre kritiske samfunnsfunksjoner?

Alvorlighetskriteriet: Militær logikk versus "det mest alvorlige først"

I rådsmøtet 21. august ble det stilt spørsmål ved om den militære "prioriteringslogikken" er godt forenlig med helsetjenestens alminnelige prioriteringer også når det gjelder alvorlighetskriteriet. For Forsvaret vil det kunne være aktuelt å prioritere de *minst* alvorlig skadde soldatene først, nettopp for å opprettholde forsvarsevnen. I helsetjenesten skal høy alvorlighetsgrad gi høyere prioritet, hvilket også vil være i tråd med alminnelig medisinsk pliktetikk. Vil det i en krigssituasjon tvinge seg fram en annen tilnærming til alvorlighet, og er det i så fall hensiktsmessig å forberede helse- og omsorgstjenesten på det gjennom den veilederen som skal utarbeides? Vurderinger av hastegrad og grensedragningen mellom akuttmedisinske tiltak og elektive tjenester bør også diskuteres i denne sammenhengen.

Justerte prioriteringskriterier. Hva sier den svenske kunnskapsstøtten?

Den svenske kunnskapsstøtten (se neste avsnitt) konkluderer med at det er de samme etiske prinsippene som gjelder i fredstid og i krig. Det oppsummeres slik:

- *Prioriteringar får endast ske mot bakgrund av det medicinske behovet av vård, där den som har det största behovet av vård ges företräde*

- *Ingen åtskillnad i prioriteringen får ske mellan patienter utifrån kronologisk ålder, køn, nationalitet, funktion i samhället eller liknande*
- *Ingen åtskillnad får göras mellan civila patienter, den militära personalen eller fienden i ett krig*

Åpner gjeldende regelverk for endrede kriterier?

Helse- og omsorgsdepartementet viser i sitt oppdrag til svenske kunnskapsstøtten[i] som ble presentert på rådets møte 21. august av professor Lars Sandman fra Prioriteringscentrum ved Linköping universitet. Prioriteringscentrum var en helt sentral aktør i utarbeidelsen av kunnskapsstøtten. Sandman vektla i sin presentasjon for rådet at svensk lov ikke åpnet for å prioritere annerledes i en krig eller krigsliknende tilstand.

Dersom arbeidet med å lage en veileder for prioritering i krig og krigsliknende tilstander avdekker at situasjonen er tilsvarende i Norge, er det mulig for Nasjonalt råd og/eller Helsedirektoratet å peke på behov for å vurdere regelverksendringer. Gjennom pandemien ble det gjennomført flere midlertidige regelverksendringer i helse- og omsorgssektoren, fastsatt ved kongelig resolusjon.[ii] Det mest relevante eksempelet for rådets diskusjon er kanskje den midlertidige forskriften som ble vedtatt 27. mars 2020 med hjemmel i koronaloven, og som endret sentrale pasientrettigheter og erstattet midlertidig sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften.[iii]

Et spørsmål er om det vil være hensiktsmessig å justere det ordinære prioriteringsregelverket som er utformet i fredstid, slik at det i større grad fanger opp de (om)prioriteringene som vil bli gjort i krig og krigsliknende situasjoner. Om endrede prioriteringer uansett vil skje, er alternativene at gjeldende regelverk enten må suspenderes midlertidig, slik det ble gjort under pandemien, eller at fastsatte regler ikke respekteres.

Internasjonale føringer

I den svenske kunnskapsstøtten vises også til internasjonale bestemmelser i Genèvekonvensjonen og til den internasjonale Røde Kors-komitéen. Det står:

> *När det gäller prioriteringar av vårdbehövande i krig finns även bestämmelser inom den humanitära rätten (krigets lagar) som hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till. Enligt Genèvekonventionerna ska sårade och sjuka få den sjukvård och omsorg som deras tillstånd kräver, oavsett om de är stridande eller civila*

[i] Socialstyrelsen 2022: Vårdens prioriteringar i krig og fredstida katastrofer. Kunnskapsstönad för hälso- och sjukvårdens beredskap

[ii] Kongelig resolusjon: Vedtak av Kongen i statsråd. Formålet i en krisesituasjon kan være å gi regjeringen og helsemyndighetene fullmakt til å handle raskt, sikre liv og helse og omfordele ressurser.

[iii] Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av covid-19 - regjeringen.no

> *eller vilken part i konflikten de tillhör. Ingen åtskillnad får göras mellan dem av andra skäl än medicinska. Förtur till vård mellan sårade och sjuka får endast grundas på trängande medicinska skäl.*
>
> *Enligt Internationella Rödakorskommittén (ICRC) klargör denna bestämmelse att andra faktorer än trängande medicinska skäl inte kan motivera för tur till vård. Av detta följer att militära behov aldrig får åberopas för att motivera sådana åtskillnader.*

I skrivende stund har Helsedirektoratet dialog med jurister i Forsvaret for bedre å forstå hvilke føringer Genèvekonvensjonen setter for prioritering i krig og krigsliknende tilstander. Det *kan* være at denne er så førende at det ikke er rom for å vektlegge samfunnsnytte annerledes enn i fredstid, eller vekte kriteriene annerledes.

Overordnet kunnskapsstøtte eller detaljert veiledning?

Den svenske kunnskapsstøtten ble utarbeidet i 2022. Dette var i etterkant av pandemien, men på et tidspunkt der muligheten for krig i Norden neppe ble opplevd like relevant som nå. Svenskene vektlegger at anbefalingene også skal gjelde i "*fredstida katastrofer*", slik det også framkommer av tittelen på deres dokument. Oppdraget som Helsedirektoratet har mottatt, og som skal løses i samarbeid med tjenesten, er rettet først og fremst mot krig og krigsliknende tilstander.

Anbefalingene i den svenske rapporten går ikke inn på hvilke *konkrete* omprioriteringer som må gjøres i en krig eller krigsliknende tilstand. Spesifiserte tjenestetilbud er ikke omtalt. Anbefalingene følger de vanlige prioriteringskriteriene i Sverige.[i] Basert på disse har man kommet fram til fem ulike ransoneringsgrupper.[ii] Gruppe A omfatter behandling som med stor sannsynlighet kan nedprioriteres uten at pasientenes helsetilstand forverres, eller der det er mulig å utsette behandling uten at det påvirker prognosen. I gruppe E inngår behandling som gir stor eller meget stor nytte for pasienter som har en tilstand med stor eller meget stor påvirkning på livskvalitet eller livslengde. Nedprioritering av tilbud i gruppe E innebærer store konsekvenser for pasientene i form av nedsatt livskvalitet og/eller livslengde. Gruppe B, C og D ligger mellom disse med hensyn til beskrivelse av tilstandens alvorlighet og nytten av tiltaket.

Den interne arbeidsgruppen i Helsedirektoratet har innledningsvis diskutert om det norske dokumentet bør ligge på samme overordnede linje som i Sverige, eller om det bør utarbeides en mer konkret *veileder* som peker på etablerte behandlingstilbud som vil bli prioritert ned i en krigssituasjon. Dette er også diskutert med enkelte sentrale aktører i tjenesten. Det synes å være ulike syn og forventninger til hvor konkret og

[i] Menneskeverdprinsippet, behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitetsprinsippet
[ii] Ransonering er synonymt med rasjonering. En ransoneringsgruppe ville også kunne kalles prioriteringsgruppe. Se seinere i dokumentet om hvorfor Prioriteringscentrum valgte begrepet rasjonering framfor prioritering, og spørsmålet om det samme bør velges i Norge.

detaljert veiledning dokumentet bør gi. I oppdraget pekes det på at dokumentet skal bidra til at *helsepersonell i mindre grad skal måtte stå alene i krevende prioriteringer*. Om veilederen skal gi reell støtte til helsepersonell, bør den kanskje være mer konkret i sine anbefalinger enn den svenske kunnskapsstøtten?

Samtidig er det vanskelig å se for seg at veilederen kan dekke alle helsetjenester som vil måtte nedprioriteres i en krigssituasjon. Det må i så fall bli *eksempler* på tjenester som omtales. Et argument mot å peke på konkrete behandlingstilbud eller pasientgrupper som kan, bør eller skal prioriteres ned, er risiko for at det primært er de konkrete eksemplene som får oppmerksomhet i media og det offentlige ordskiftet. En mulig konsekvens av å konkretisere er dermed at det kan bli vanskeligere å få befolkningens forståelse for at endrede behov og større ressursknaphet vil føre til tøffere og andre prioriteringer i en krig eller krigsliknende situasjon. Kanskje skaper konkretisering bekymring og engstelse i befolkningen framfor forståelse for de omprioriteringene som vil måtte gjøres? Det er ønskelig at Nasjonalt råd gir råd til Helsedirektoratet om hvor konkret veilederen bør være.

Hvordan bringes akademisk kompetanse best inn i arbeidet med å løse oppdraget?

I Sverige valgte Socialstyrelsen å legge brorparten av arbeidet med å utarbeide kunnskapsstøtten til Prioriteringscentrum ved Linköping universitet.[i] Prioriteringscentrum kan betraktes som et nasjonalt senter for akademisk prioriteringsarbeid. Senteret utgir praktiske rettede publikasjoner og veiledningsmateriell for tjenesten. Kommuner, län, myndigheter og kliniske virksomheter kan søke råd og få hjelp med konkrete prioriteringsoppgaver. Senteret arrangerer også store konferanser og seminarer regelmessig.

Norge har ikke et tilsvarende samlet akademisk senter. Miljøene som arbeider med etikk og prioritering, er små og fordelt på flere institusjoner. Da Folkehelsehelseinstituttet i 2020 skulle utarbeide en plan for prioritering av koronavaksine, oppnevnte instituttet en gruppe eksperter med tung kompetanse innen etikk og prioritering til å rådgi instituttet. Gruppen besto av akademikere fra flere norske og utenlandske universiteter og et faglig sterkt sekretariat.[ii] Om det er behov for et tilsvarende stort akademisk arbeid i utarbeidelsen av veilederen for prioritering i krig og krigsliknende tilstander, er uvisst. Svaret vil trolig henge sammen med hvor overordnet versus konkret veilederen bør utformes. Dess mer konkret den er, dess viktigere er det trolig at helse- og omsorgstjenesten selv medvirker i utarbeidelsen. Kanskje er det likevel enkelte viktige prinsipielle problemstillinger – blant annet omtalt i dette

[i] Prioriteringscentrum - Linköpings universitet

[ii] Råd om prioritert grupper for koronavaksinasjon i Norge.Ekspertgruppe i etikk og prioritering, rapport fra FHI 15. november 2020.

saksframlegget – som bør belyses av etikk- og prioriteringseksperter på en hensiktsmessig måte?

Prioritering eller rasjonering?

I den svenske kunnskapsstøtten brukes ordet "ransonering" konsekvent. Den nærmeste norske oversettelsen er rasjonering. I den svenske rapporten skisseres ulike "ransoneringsgrupper" i en krigs- eller katastrofesituasjon. Da professor Sandman omtalte arbeidet med rapporten 21. august, påpekte han på at valget av ordet "ransonering" var bevisst og noe gruppa samlet seg om tidlig.[i]

Prioriteringscentrum har tradisjonelt brukt ordet "ransonering" også i mye annet publisert veiledningsmateriell. I Norge er "rasjonering av helsetjenester" et mer fremmed begrep. Det er like fullt et ord som kanskje bedre synliggjør den relative ressursmangelen som vil prege helse- og omsorgstjenesten i et krigsscenario, og som gjør at det må vurderes om de relativt knappe ressursene må prioriteres – eller rasjoneres – annerledes enn i fredstid. Følgelig er det spørsmål om også den norske veilederen i hvert fall i noen grad bør bruke ordet "rasjonering" og derigjennom synliggjøre for helsepersonell og befolkning at det må gjøres andre prioriteringer i krig enn i fredstid.

Hvor raskt, hvor omfattende og hvor likeverdig bør endringer i helsetjenestetilbud iverksettes?

Den svenske kunnskapsstøtten understreker at man i en krigssituasjon eller katastrofe ikke skal redusere tilbudet og kvaliteten mer enn nødvendig. Helse- og omsorgstjenesten skal prøve alle realistiske muligheter for å opprettholde tjenestetilbud.

Under pandemien traff smitten og dermed belastningen på helse- og omsorgstjenesten svært ulikt i Norge. Tiltakene var imidlertid i stor grad nasjonale. Det var eksempler både i kommune- og spesialisthelsetjenesten på at tjenestetilbud lokalt ble tatt betydelig ned lenge før eller uten at det fantes smitte av noe særlig omfang i det geografiske området.

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er det pekt på at kunnskapsstøtten (veilederen) skal bidra til at "*vanskelige beslutninger fattes mest mulig likeartet over hele landet basert på felles grunnlag og enhetlig praksis*...". Også i en krig eller krigsliknende tilstand er det sannsynlig at situasjonen og dermed belastningen på helse- og omsorgstjenesten vil være svært ulik i ulike deler av landet på ulike tidspunkter i krigen. Følgelig vil muligheten til å opprettеholde tjenestetilbud være ulik. Om det er krig i én del av landet, er det kanskje ikke nødvendig å endre betydelig på

[i] Se fra foil 25 og utover her: 260821 Felles presentasjon publisert .pdf

tjenestetilbud i deler av landet som er mye mindre direkte berørt? Det er sannsynlig at ikke bare personellmangel, men også bortfall av bygg, medisinsk teknisk utstyr og annen infrastruktur vil påvirke tjenestetilbudet.

Det legges planer for hvordan helsepersonell kan flyttes fra områder som er mindre berørt av krigen, til områder ved eller nærmere fronten. Overføring av pasienter til andre deler av landet er også aktuelt i beredskapsplaner. Tradisjonelt ser man nok først og fremst for seg forflytning av krigsskadde pasienter og personell fra spesialisthelsetjenesten – typisk kirurgiske team – i en krigssituasjon.[i] Men personellsituasjonen vil kunne bli kritisk også i kommunehelsetjenesten. Samtidig er kommunehelsetjenesten i mye større grad en integrert del av folks liv. Vil det være like aktuelt å forflytte personell fra kommunehelsetjenesten i uberørte områder til tjeneste nær krigsområdene for å ta seg av pasienter og sikre mest mulig normal drift i de kommunene som er sterkt berørt? Og vil det på tilsvarende måte som for krigsskadde pasienter i spesialisthelsetjenesten være mulig og ønskelig å forflytte pasienter som er avhengig av kommunal helse- og omsorgstjeneste i det daglige?

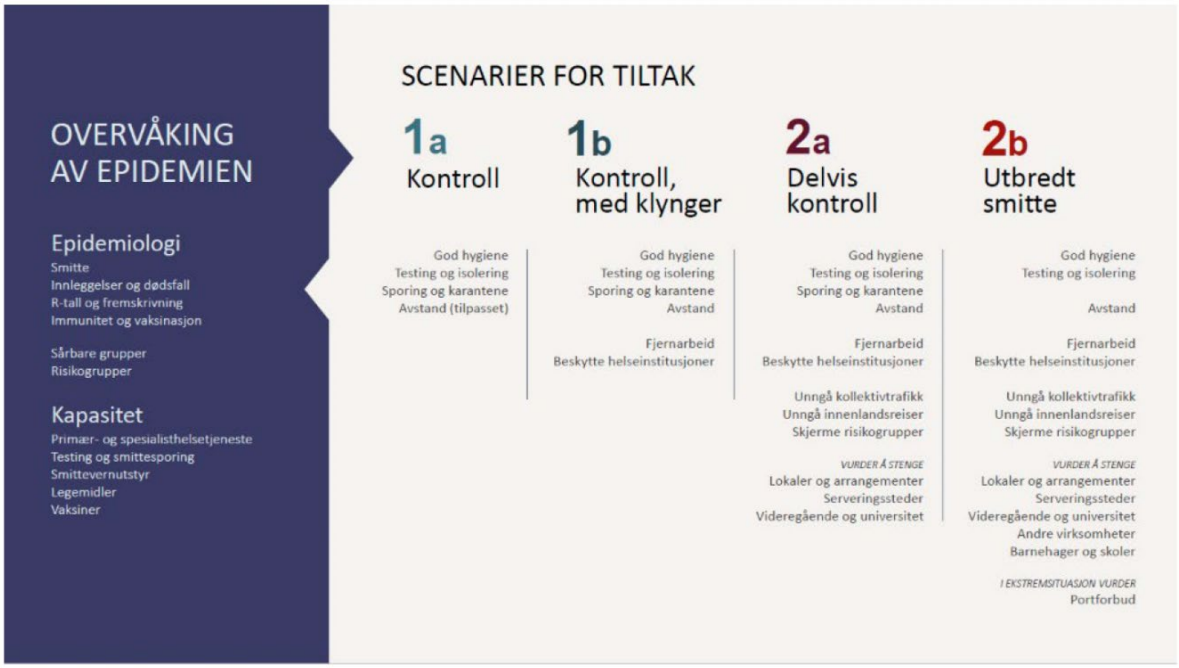
Ulike scenarioer – ulike prioriteringer?

Ved starten av pandemien ga Folkehelseinstituttet (FHI) ut en rapport om prioritering av koronavaksine.[ii] Det ble anbefalt at prioriteringsrekkefølgen skulle være dynamisk og følge utviklingen av pandemien. Vaksinasjonsanbefalingene varierte etter hvilket stadium i pandemiutbredelsen man var i. Eksempelvis ble det anbefalt at i en situasjon med god kontroll (situasjon 1a-2a, ref. figuren under) skulle risikogrupper prioriteres for tilgjengelig vaksine i tillegg til eksponert helsepersonell. Ved høyere smittepress skulle også samfunnsnytte tillegges vekt, ved at kritiske samfunnsfunksjoner skulle inngå som en tredje prioriteringsgruppe. I scenario 2b, skriver FHI, bør helsepersonellet prioriteres

[i] Forflytning av pasienter kan være aktuelt også for andre enn krigsskadde. Gjennom Medevac-ordningen har pasienter som er i behov av mer ordinære spesialisthelsetjenester, men som har mistet sitt ordinære tilbud pga. krigen, blitt flyttet fra Ukraina til andre europeiske land, deriblant Norge.

[ii] Råd om prioritert grupper for koronavaksinasjon i Norge.Ekspertgruppe i etikk og prioritering, rapport fra FHI 15. november 2020.

først for å opprettholde kapasitet i helse- og omsorgstjenesten:



Figur 2 i Folkehelseinstituttets rapport fra 2020 om prioriterte grupper for koronavaksinasjon.

I oppdraget som ble gitt til de regionale helseforetakene 21. mai, er det skissert at *et totalbehov for sengekapasitet som følge av en krig på norsk territorium vil være i størrelsesorden 7 000 sengeplasser.* For å sette tallet i perspektiv, så disponerer spesialisthelsetjenesten om lag 17 500 senger i en normalsituasjon, hvorav rundt 12 200 er somatiske senger.[i]

Det er mulig at en tilsvarende dynamisk tilnærming til prioritering som ble lagt til grunn for utrulling av koronavaksine, også kan anvendes i veilederen for prioritering i krig og krigsliknende tilstander. Om krigen kun har et avgrenset omfang, og det er mulig å opprettholde en kapasitet og kvalitet som er nær normalsituasjonen, er det sannsynlig at kriteriene for hvem og hva som prioriteres opp og ned, ikke vil være særlig påvirket. Kanskje er det hensiktsmessig å anvende en trappetrinnsmodell også for prioritering i krig og krigsliknende tilstander og ikke kun skjele til scenarioet hvor en betydelig andel av spesialisthelsetjenestens samlede somatiske sengekapasitet, anvendes til krigsskadde.

Avgrensning: Prioriteringsveileder som ett element i et samlet beredskapsplanverk.
I innledende samtaler om oppdraget har det kommet opp en rekke tilgrensende momenter som må inngå i et beredskapsplanarbeid. Flere involverte arbeider med

[i] SSB tabell 13942. Tall fra 2025. Her er også kategorien "private foretak uten oppdragsdokument" inkludert. Antallet senger i spesialisthelsetjenesten uten kategorien "private foretak uten oppdragsdokument" er i overkant av 14 000 totalt, hvorav om lag 10 500 er somatiske senger.

konkrete beredskapsplaner og er rimeligvis opptatt av mange viktige og praktiske spørsmål som må detaljeres i disse. Det kan være vanskelig "å holde seg til oppgaven" og ikke la diskusjonene om prioritering og den kommende veilederen favne for mange temaer. Prioriteringsveilederen vil ha avhengigheter til planer for transport og evakuering, personellmobilisering, lederlinjer, oppgavedeling, beredskapslagring, informasjonstilgang og -sikkerhet og en rekke andre forhold. Likevel kan ikke alle faktorer som inngår i beredskapsplaner, omtales i prioriteringsveilederen hvis den skal være nyttig for det formålet som er gitt i oppdraget: Å være til støtte for helsepersonell som står i krevende prioriteringssituasjoner.