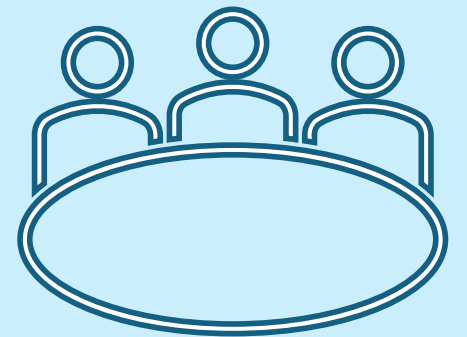


Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Møte 1: 21.august 2026



Dagsorden		
1000	Åpning av Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten	Statssekretær Ole Martin Stenberg Slyngstadli, Helse- og omsorgsdepartementet
1020	Fotografering	
1030	Presentasjonsrunde	
1100	Godkjenning av innkalling og saksliste	Rådsleder
	Habilitet	Rådsleder
1105	Rådets mandat	Rådsleder
1120	Rådets arbeidsform	Sekretariatsleder
	Sakstype: "Diskusjonssak"	
1140	Utredningsoppdrag om alternativkostnaden	Direktør Trygve Ottesen i Direktoratet for medisinske produkter
	Sakstype: "Orienteringssak"	
1200	Lunsj	
1245	Prioritering i beredskapssituasjoner	Innledning ved professor Lars Sandman, Prioriteringscentrum ved Linköping Universitet
	Sakstype: "Introduksjon til mulig tema"	
1330	Kaffe	
1345	Prioriteringsutfordringer innen demensfeltet	Innledning ved professor Geir Selbæk, forskningssjef i Nasjonalt senter for aldring og helse
	Sakstype: "Introduksjon til mulig tema"	
1430	Innkomne forslag	
	Type sak: Orienteringssak	
	Eventuelt	

MANDAT



Beslutningsforum

Nasjonalt råd

Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten

Rådets arbeidsform

Sekretariatet

Temaer

- Møtekalender
- Saksgang og saksdokumenter
- Arbeidsutvalg
- Åpenhet, formidling og folkeopplysning

Møter i rådet

- Fire møter i året
 - februar, mai, september og november
 - kl. 10.00-15.30
 - primært i Oslo, andre steder vurderes etter hvert
 - fysiske møter for rådsmedlemmer
 - møtene er åpne for presse og publikum
 - møtene strømmes

Habilitet

- Eventuelle habilitetsutfordringer tilkjennegis ved møtestart
- Det å representere en interesseforening er ikke en habilitetsutfordring

En rådssak blir til

- Alle kan foreslå saker for behandling i rådet
 - Mandatet gir rammer
- Normalt legges det opp til behandling i to trinn:
 - «Introduksjon til mulig tema» (tidligere kalt «vignett»). Hensikten er at rådet tar stilling til om det ønsker saken utredet til en kommende temasak, hvilke vinklinger utredningen bør ha, og hvilke aktører som er relevante å trekke inn.
 - «Temasak» legges fram etter bred utredning.
- I tillegg en og annen «diskusjonssak» (mest administrativt)
- Helse- og omsorgsdepartementet kan også be om råd i konkrete saker

Møtedokumenter og saksutredninger

- Alle møtedokumenter publiseres på rådets egen nettside
 - Nettsida er i en foreløpig versjon
 - Rådsmedlemmene varsles pr. mail med lenke når dokumentene legges ut
 - Er dette tilstrekkelig, eller vil dere også ha saksdokumentene som vedlegg i mail?
 - Sekretær eller andre i stab som skal varsles samtidig?
- Saksdokumenter innhentes fra relevante aktører.
- Sekretariatet skriver et saksframlegg i alle saker, der hovedmomenter sammenfattes. Problemstillingene drøftes ut fra mandatet, rammeverk for prioritering (prioriteringskriterier) og bærekraft.
- Skriftlige innspill som eventuelt mottas i forkant av møtene, publiseres.

Muntlig presentasjon av saker

- «Introduksjon til mulig tema» presenteres av forslagsstiller eller annen relevant aktør invitert av forslagsstiller evt. sekretariatet
- I temasaker vil det ofte være flere inviterte innledere (inntil tre)

Møtereferater

- Planlegges kortfattet av type «momenter som kom fram i diskusjonen:...»
- Når rådet trekker en tydelig konklusjon, enes man om ordlyden i møtet. Denne kan da publiseres og kommuniseres umiddelbart etter møtet.
- Utkast til referat sendes rådsmedlemmene for godkjenning raskt etter møtet.
 - Dersom det ikke er innsigelser innen en uke, anses referatet som godkjent og publiseres på rådets nettside.

Arbeidsutvalg

- Arbeidsutvalget og sekretariatet arbeider sammen mellom rådsmøtene
 - Beslutter saksliste til rådsmøtene
 - Vurderer innkomne forslag og egnede saker for rådet
- Rådsleder og Helsedirektoratets direktør inngår i arbeidsutvalget.

Åpenhet, formidling og folkeopplysning

- Økt offentlig oppmerksomhet om spørsmål om prioritering og bærekraft er et mål.
- Alt arbeid i rådet foregår i offentlighet.
- Egen nettside og LinkedIn-profil
 - Rådets LinkedIn-profil vil brukes til å informere om møter, saker og referater, og til å dele informasjon om spørsmål innenfor rådets mandat.
- Rådsmedlemmer må gjerne bidra gjennom egnede kanaler inkludert sosiale medier.
- Videre formidlingstiltak må vi komme tilbake til.



Direktoratet for
medisinske produkter

Orientering om alternativkostnaden



- Hva alternativkostnad er – og ikke er
- Rolle i prioritering
- Estimat og bruk i Norge
- Nylig hurtigutredning og debatt

Kommende utredning

DMP har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre anskaffelsesprosessen som skal gi et sikrere anslag på alternativkostnaden i Norge, basert på norske data.

Utredningen skal også utvikle en metode for å jevnlig oppdatere estimatet på alternativkostnaden i fremtidige år, herunder forslag til frekvens på justeringen.

Utlysningen er nylig avsluttet.

Endelig rapport skal leveres innen 31.08.2028.



Direktoratet for
medisinske produkter

Prioriteringar i krig och fredstida kriser

Lars Sandman, professor och föreståndare,
Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

Västra Götalandsregionen

NT-rådet

Socialstyrelsens etiska råd

Sahlgrenska universitetssjukhusets etiska råd

Utgångspunkter

- Etisk plattform för prioritering – HSL 1997:
 - *Människovärdesprincip* – inte hänsyn till soc situation, ekon ställning, kron ålder och tidigare val – men möjlighet att ta hänsyn till biologisk ålder och framtida val
 - *Behovs-solidaritetsprincip* – resurser fördelas efter behov
 - *Kostnadseffektivitetsprincip* – rimlig relation mellan resurser och utfall
- Rangordning

Kronologisk vs biologisk ålder

Kronologisk vs biologisk ålder (Prop 1996/97:60):

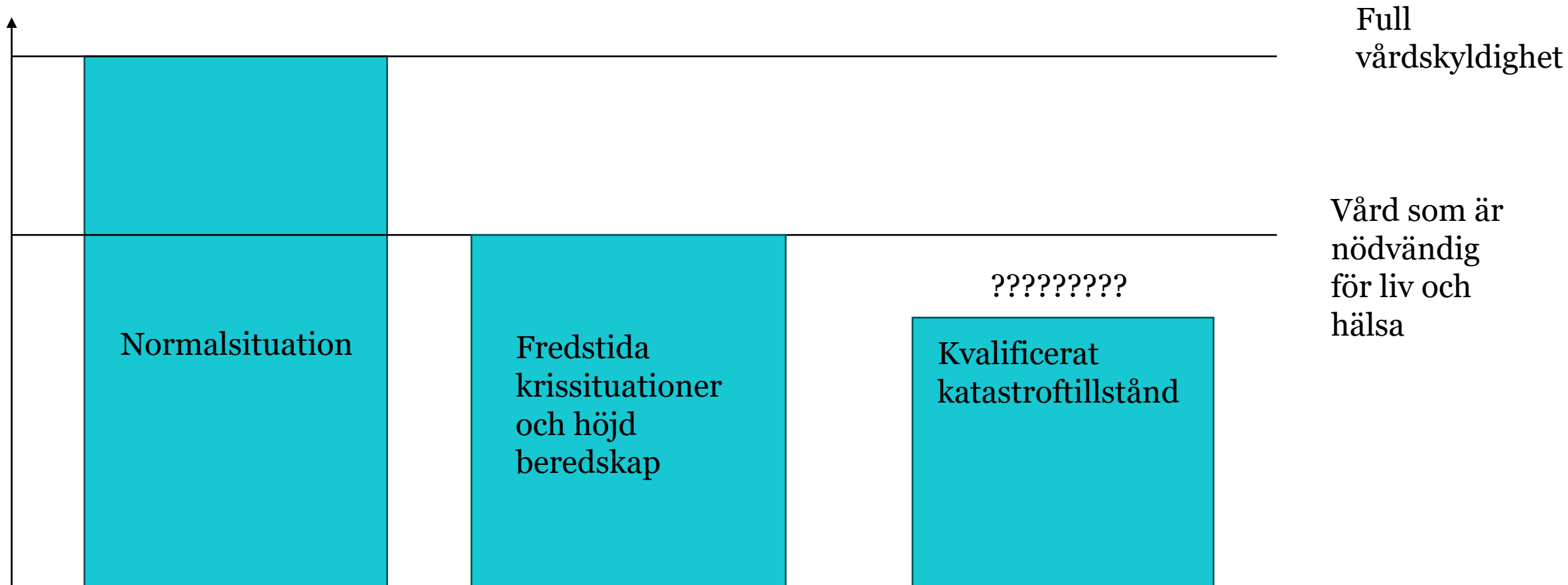
- Kronologisk ålder är bestämd av födelsedatum, medan biologisk ålder är ett mer vagt men ändå medicinskt bedömbart begrepp.
- Det skulle **strida mot de etiska principerna att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder**. Det finns heller **inga skäl att tillämpa generella kronologiska åldersgränser vid ställningstagande till medicinska åtgärder**. Däremot **ingår nedsatta fysiologiska reserver i bedömningen av vad enskilda äldre patienter kan tillgodogöra sig i form av medicinska åtgärder**. En gammal person har sämre förutsättningar att klara av en viss behandling. Riskerna vid vissa operationer kan dessutom öka när kroppens kondition avtar varvid nackdelarna kan bli större än fördelarna. Risken för allvarliga komplikationer kan också bedömas som oacceptabelt stor.
- **Ålder i sig skall således inte ha någon betydelse ur prioriterings-synpunkt**. Det är den **totala bedömningen av patientens behov och hur patienten kan tillgodogöra sig vården** som skall avgöra insatserna.

Vård som är nödvändig för liv och hälsa

- Lagstiftning sedan 2025 - HSL (16 kap)
- Skyldighet att erbjuda vård
 - 1 § Kommuner och regioner ska under fredstida krissituationer och höjd beredskap endast vara skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa
- Skyldighet att lämna hjälp
 - 2 § Kommuner och regioner ska skyndsamt lämna hjälp till andra kommuner eller regioner där det råder katastroftillstånd.
- Katastroftillstånd
 - 10 § Om ett beslut om kvalificerat katastroftillstånd har meddelats enligt 9 §, ska den kommun eller region som beslutet avser så långt det är möjligt 1. erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa...

Grad av.
vårdskyldighet

Olika vårdskyldighet



Bakgrund till prioriteringsstöd från Socialstyrelsen

- Regeringsuppdrag efter pandemin/Rysslands angrepp på Ukraina – bygger vidare på dokument framtagna under pandemin
- Arbetsgrupp: jag, Erik Gustavsson (etiker), projektledare, jurist
- Referensgrupp + möten med ett stort antal grupper och aktörer
- Generellt beslut att prata i termer av ransonering snarare än prioritering
- Behov av andra principer?

Generellt ransoneringsverktyg

Ransoneringsgrupp A

Vård som med stor sannolikhet kan ransoneras utan att patienternas hälsotillstånd försämras, eller när det fortfarande är möjligt att behandla senare utan att det påverkar behandlingsresultatet.

Ransoneringsgrupp B

Vård som kan ransoneras utan att det leder till akut livshotande hälsotillstånd, men som innebär en försämrad livskvalitet för patienterna under tiden som vården är ransonerad. Patientnyttan kan vara försämrad men är fortfarande god när vården väl ges.

Ransoneringsgrupp C

Vård som har en liten patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården kan ransoneras utan att det allvarligt försämrar patienternas situation.

Ransoneringsgrupp D

Vård som har en måttlig patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering av vård innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

Ransoneringsgrupp E

Vård som har en stor till mycket stor patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor eller mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

Vårdens prioriteringar i krig
och fredstida katastrofer
Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap

 Socialstyrelsen

Sahlgrenska universitetssjukhusets anpassning:

Värderingarna görs i fyra steg

och varje steg resulterar i en bokstav

1. Ransonering

2. Tidsfönster

3. Kan vård ges på annat ställe (*Nuvarande
organisering i VGR*)

4. Resursutnyttjande

1.Ransonering

Din värdering (bokstav) noteras i "aggregerad värdering"

A

Vård som med stor sannolikhet kan ransoneras utan att patienternas hälsotillstånd försämras, eller när det fortfarande är möjligt att behandla senare utan att det påverkar behandlingsresultatet

B

Vård som kan ransoneras utan att det leder till akut livshotande hälsotillstånd, men som innebär en försämrad livskvalitet för patienterna under tiden som vården är ransonerad. Patientnyttan kan vara försämrad men är fortfarande god när vården väl ges.

C

Vård som har en liten patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten och livslängden. Vården kan ransoneras utan att det allvarligt försämrar patienternas situation.

D

Vård som har en måttlig patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor till mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering av vård innebär större negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

E

Vård som har en stor till mycket stor patientnytta för patienter med hälsotillstånd som har en stor eller mycket stor påverkan på livskvaliteten eller livslängden. Ransonering innebär stora negativa konsekvenser för patienterna, i form av försämrad livskvalitet och ökad risk för att dö i förtid.

Ref; Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer - Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap

2. Tidsfönster

Din värdering (bokstav) noteras i "aggregerad värdering"

S

Tillståndet bedöms kräva åtgärd om > 30 dagar

T

Tillståndet bedöms kräva åtgärd inom 7 – 30 dagar

U

Tillståndet bedöms kräva åtgärd inom < 7 dagar

V

Tillståndet bedöms kräva vård omgående/AKUT

3. Kan vård ges på annat ställe

(Nuvarande organisering i VGR)

Din värdering (bokstav) noteras i "aggregerad värdering"

J

Ja, vård kan ges på annat ställe

N

Nej, vård kan **inte** ges på annat ställe

4. Resursutnyttjande

Din värdering (bokstav) noteras i "aggregerad värdering"

Högt

Flera dagars intensivvård

Medelhögt

1 dygns intensivvård

Lågt

Ingen intensivvård

AGGREGERAD VÄRDERING

Behandlingsåtgärd: XXX

VO XXX

1. Ransonering

A B C D

2. Tidsfönster

S T U V

3. Kan vård ges på annat ställe (Nuvarande organisering i VGR)

J N

Vilken är lägsta **nivå** (ex. Primärvård, Närsjh. Länssjh. Universitets.sjh.)

XX

4. Resursutnyttjande

H M L

Fyll i aggregerad värdering

--	--	--	--

Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer

1	2	3
Ge eller avstå resurskrävande insatser	Välja mellan patienter med likvärdiga behov	Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Situation 1: Ge eller avstå resurskrävande insatser - masskadesituation

- **Högsta prioritet** ges åt följande patienter:
 - Patienter med svåra till mycket svåra tillstånd eller risk för att utveckla ett sådant tillstånd inom kort, där akuta livshot kan åtgärdas och mer långsiktig patientnytta kan åstadkommas med en rimlig resursanvändning på plats eller i ett senare skede.
- Detta innebär att följande patienter kan behöva ges en **lägre prioritet**:
 - Patienter med svåra till mycket svåra tillstånd, där prognosen att kunna häva akuta livshot och åstadkomma långsiktig patientnytta är låg och resursåtgången för detta är mycket stor.

Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer

1	2	3
Ge eller avstå resurskrävande insatser	Välja mellan patienter med likvärdiga behov	Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Situation 1: Ge eller avstå resurskrävande insatser - evakueringssituation

- **Hög prioritering:** Patienter som kan transporteras med tillgänglig personal och utrustning, med en relativt god prognos och där prognosen inte allvarligt försämras av transporten.
- **Medelhög prioritering:** Patienter där prognosen allvarligt försämras på ett sätt som minskar sannolikheten för långsiktig patientnytta vid transport utifrån tillgången på personal och utrustning.
- **Låg prioritering:** Patienter där transport är omöjlig och inte innebär någon patientnytta utan i stället ökar risken för ökat lidande och död.
- **Observera:** Patienter som lämnas kvar i den aktuella situationen ges symtomlindring genom smärtlindring och sedering, så att deras lidande reduceras till ett minimum.

Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer

1	2	3
Ge eller avstå resurskrävande insatser	Välja mellan patienter med likvärdiga behov	Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Situation 2: Välja mellan patienter med likvärdiga behov

1. Gör i första hand en prioritering utifrån hur svåra tillstånden är och **prioritera patienter med svåra till mycket svåra tillstånd.**
 2. Överväg i andra hand om behandlingen som kräver den aktuella produkten kan **förskjutas i tid** för någon av dessa patientgrupper med svårare tillstånd utan att patientnyttan påverkas negativt.
 3. Överväg i tredje hand om produkten kan **ersättas med ett alternativ** med något sämre patientnytta, eller ges med en lägre dosering (med samma konsekvens för patientnyttan) för någon patientgrupp. Detta gäller främst för patientgrupper som har ett mindre vårdbehov av produkten på grund av ett mindre svårt tillstånd.
- **Om man måste välja mellan patienter trots dessa steg:**
 1. I första hand prioritera utifrån hur stor patientnyttan blir i termer av **sammanvägd påverkan på överlevnad och livskvalitet.**
 2. I andra hand, om man trots en sådan bedömning har svårt att skilja patienter på individnivå åt, prioriteras patienter med **längre förväntad överlevnad framför patienter med en kortare förväntad överlevnad.**

Etiskt utmanande prioriteringar i specifika situationer

1	2	3
Ge eller avstå resurskrävande insatser	Välja mellan patienter med likvärdiga behov	Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Situation 3: Upprätthålla eller sänka vårdkvalitet

Om resursen inte räcker för att behandla patienter som är högt prioriterade enligt A-E

- Överväg om det är möjligt att sänka vårdkvaliteten även för patienter med svåra till mycket svåra tillstånd för att göra resursen tillgänglig också för andra patienter med svåra till mycket svåra tillstånd.
- Lägre patientsäkerhet?

Förslag som förkastades

- Prioritering av vårdpersonal för att upprätthålla vårdresursen – jfr vaccination av vårdpersonal under pandemin
- Prioritering av viss militär personal för att skydda vårdresurser
- Juridiska hinder (svensk lagstiftning + Genevekonventionerna)
- Väcker en generell frågeställning:
 - Vad kan vara en etiskt rimlig prioritering i den aktuella katastrof/krigssituationen? vs. Vad är juridiskt möjligt med nuvarande lagstiftning?

Generellt

- Inte pausa mer vård än vad som är nödvändigt
- Avbryta vård för att kunna genomföra högre prioriterad vård
- Om man har god insikt i rangordningen av vården under normala förhållanden – en god utgångspunkt för prioritering i krig
- Strukturer för att hantera etisk stress – för personalens skull – men också för att hållbarheten i systemet

Demens og kognitiv svikt

Demografi, diagnostikk, behandling, pleie og omsorg

Geir Selbæk

Forskningsjef, Aldring og helse

Professor i geriatrisk medisin, Universitetet i Oslo

Hva er demens?



Syndrom

Kognitiv svikt

Funksjonssvikt

Ikke annen sykdom

Sykdommer

Alzheimer

Vaskulær demens

Lewy-legeme demens

Pannelappsdemens

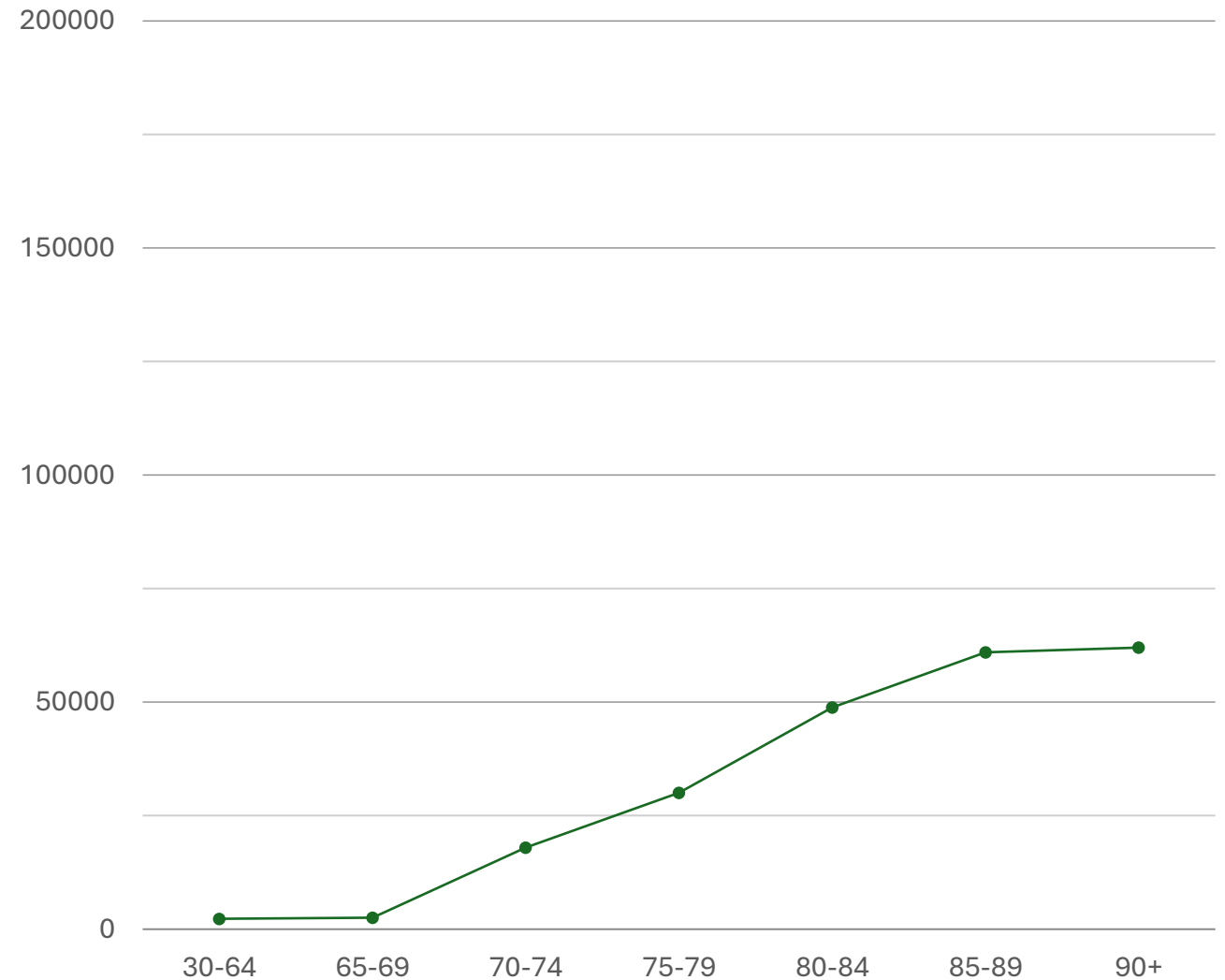
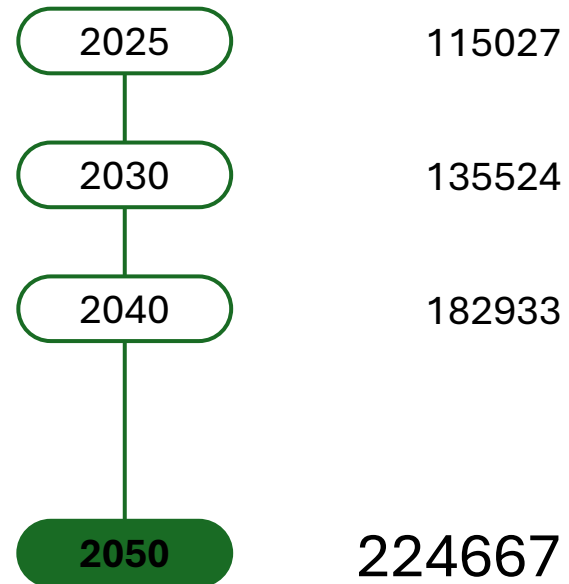
Personer med demens
i Norge i 2025

1 150 27

2,05 % av befolkningen

**30665 nye tilfeller
i 2025**

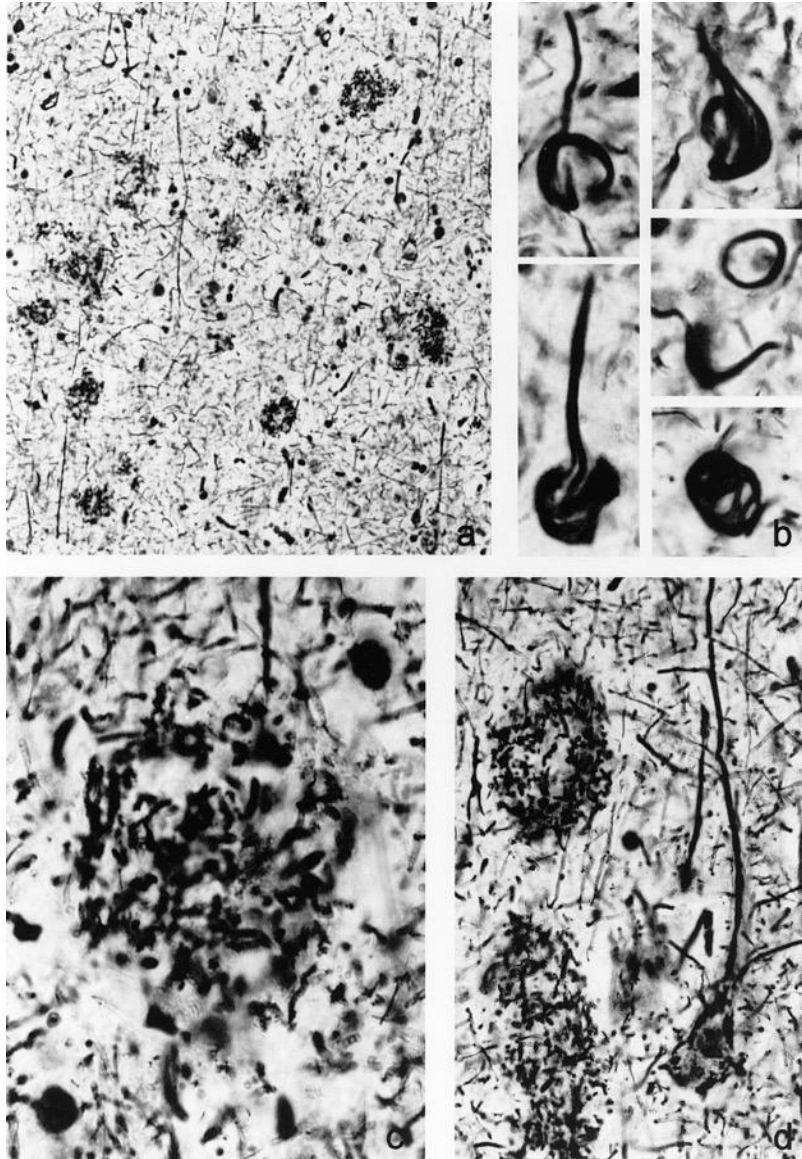
Forekomst av demens i fremtiden



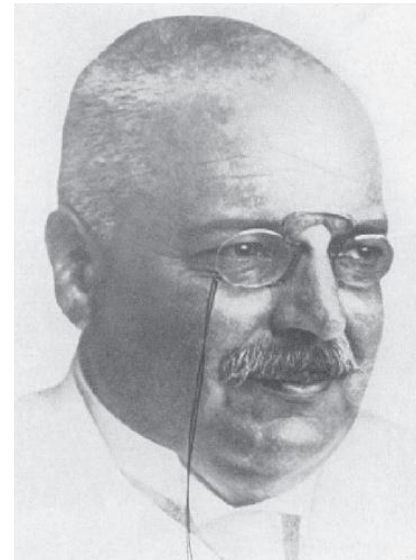


Aldring og helse
Nasjonalt senter

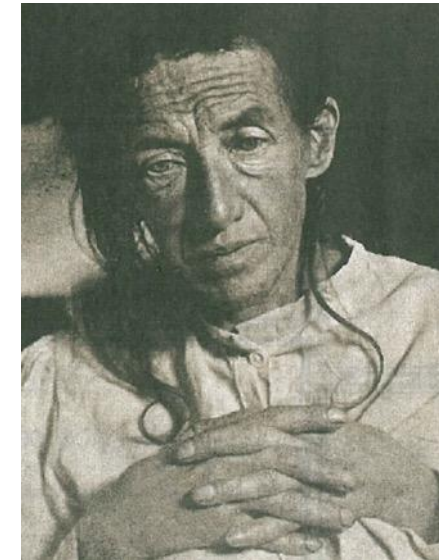
Diagnostikk og Behandling



Graeber MB et al., Neurogenetics 1:223 (1998).
Gjengitt i henhold til sitatretten (§ 29, åndsverkloven).
© Springer-Verlag



Alois Alzheimer.
Foto: Public domain / Wikimedia Commons.



Auguste Deter.
Foto: Public domain / Wikimedia Commons.

Spinalpunksjon

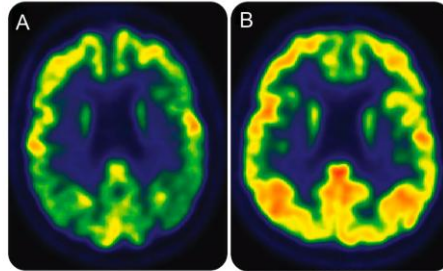


Blodprøve

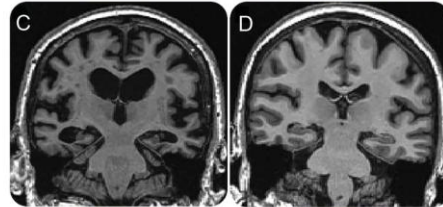


Figure 1 Images of clinically normal individuals and participants with AD

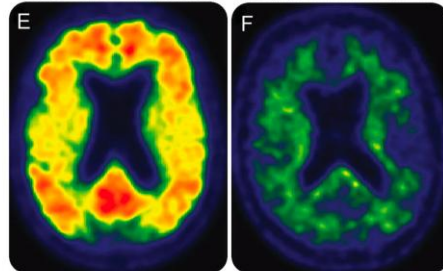
FDG-PET



MRI



Amyloid-PET



Jack et al. Neurology 2016

Utfordringer med den nye blodprøven

- Mindre presis jo tidligere den tas
- Skaper kunnskap i preklinisk fase bedre helse?
- Noen tåler å ha beta-amyloid i hjernen
- Riktig bruk krever kompetanse om begrensninger

Omsorg fra diagnose til palliasjon

Kjernepunkter

- God koordinering med forutsigbarhet
- Ivaretagelse av pårørende
- Meningsfylt opptrapping av aktiviteter og støttetiltak
- Kontinuitet i tjenesten
- Kvalitetsløft i (mange) sykehjem
 - Individualisering
 - Aktivisering
 - Kompetanse og entusiasme
 - Ledelsesansvar



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Forebygging

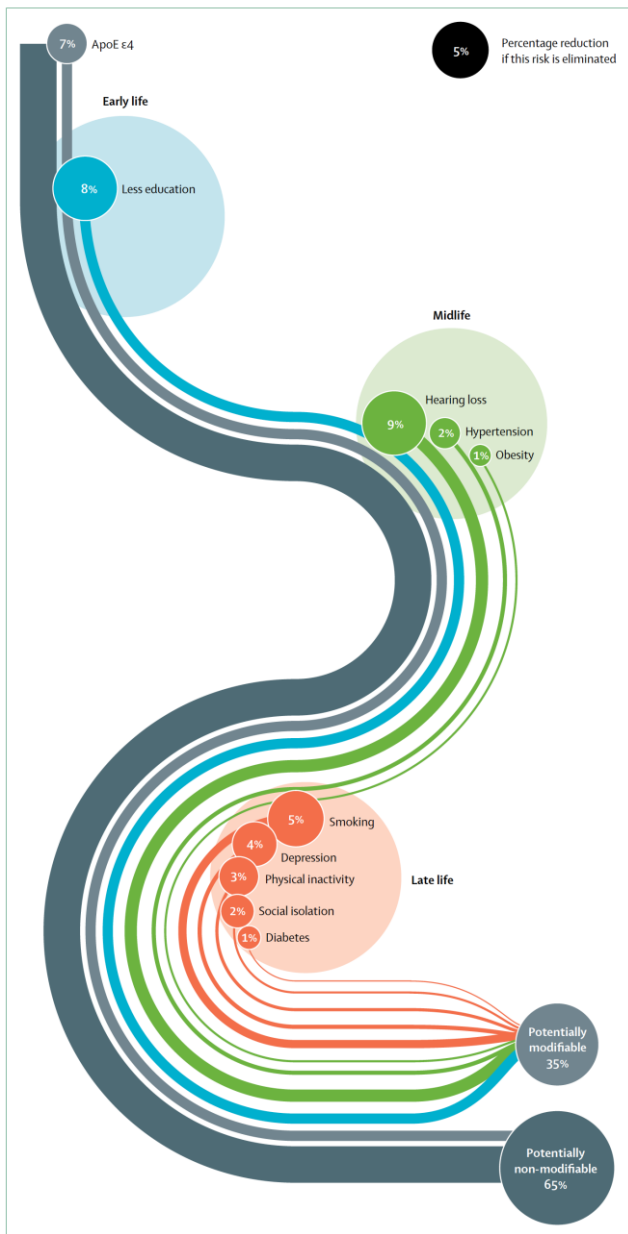


Figure 4: Life-course model of contribution of modifiable risk factors to dementia
Numbers are rounded to nearest integer. Figure shows potentially modifiable or non-modifiable risk factors.

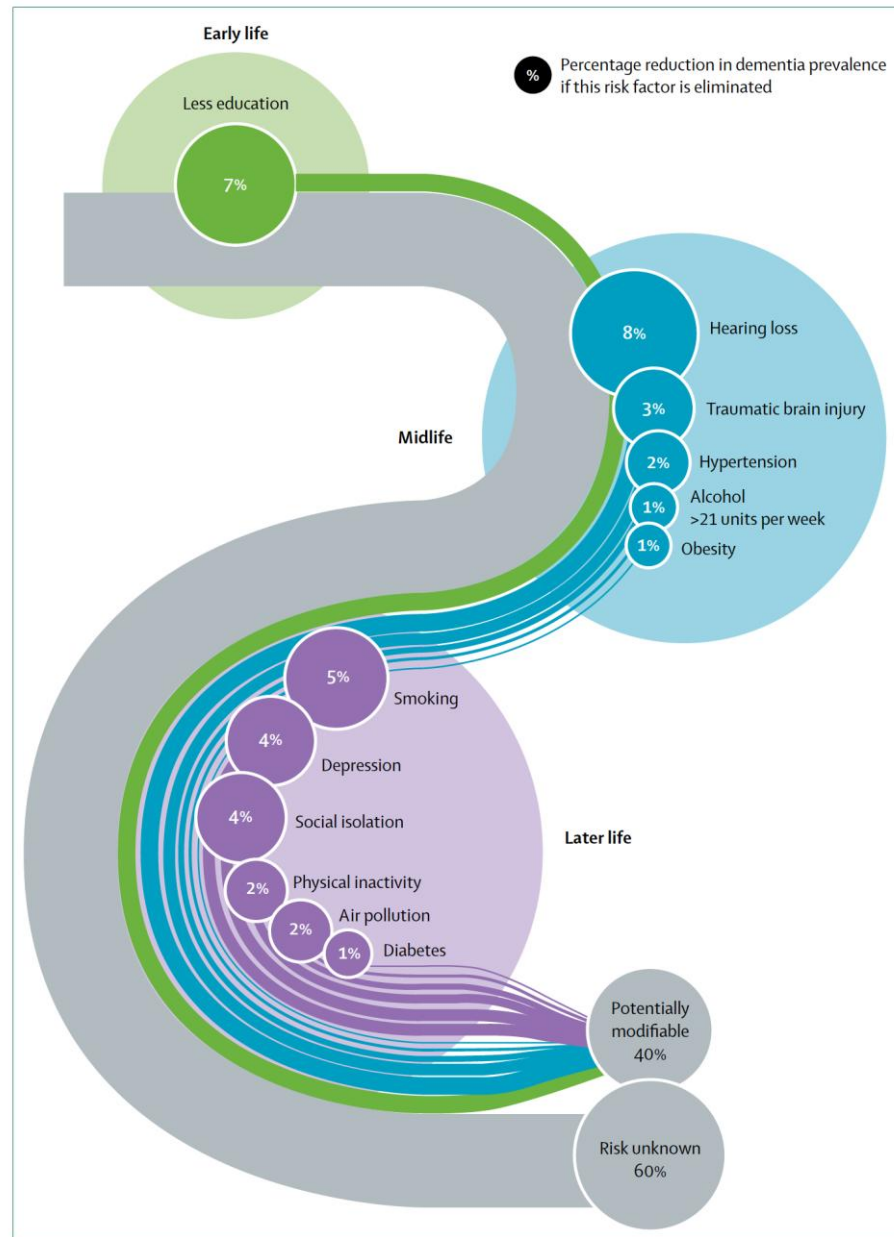


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

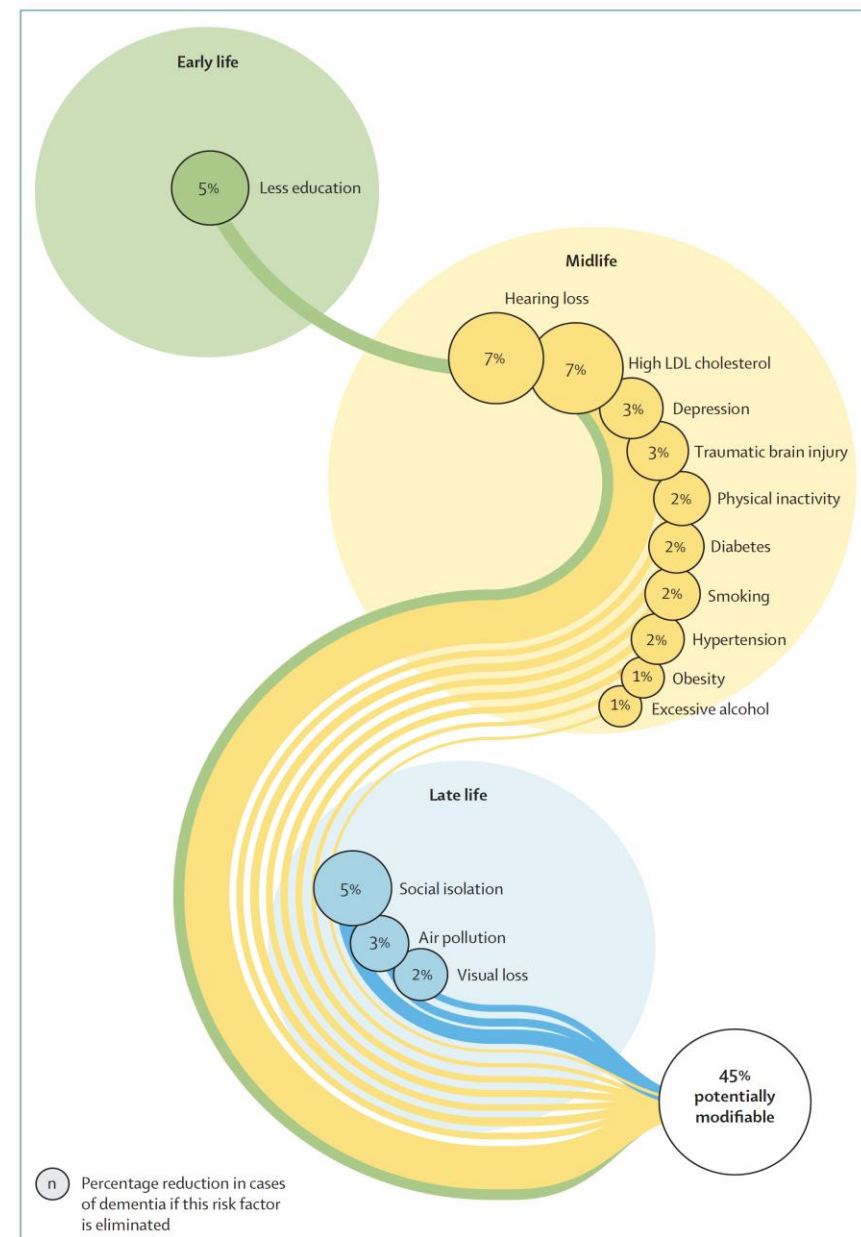


Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Takk for oppmerksomheten

Takk for møtet!

Neste møte: 20. november 2026

