

# Helsetjenester og prioriteringer – hvor går veien videre?

*Michael 2025; 22: 7–11*

*doi: 105617/michael.12107*

*Regjeringen har bebudet en ny prioriteringsmelding våren 2025. Den kommende meldingen fører seg inn i en rekke utredninger, meldinger og rapporter. Hvor går veien videre?*

Da Kåre Willochs regjering i 1985 oppnevnte Inge Lønning (1938–2013) til å lede et utvalg for å utrede prioritering i helsevesenet, ble det starten på en lang rekke prioriteringsutvalg, -utredninger og -rapporter.

I 1987 kom utredningen *Retningslinjer for prioritering innen norsk helse-tjeneste* som foreslo en tilnærming med fem *prioriteringsnivåer* (1). Utvalget påpekte at sykdomstilstander var ulike, ved at de i forskjellig grad ville gi alvorlige konsekvenser for individer eller samfunnet, hvis de ikke ble diagnostisert og behandlet. Det høyeste prioriteringsnivået dekket tiltak som var nødvendige på grunn av «livstruende konsekvenser for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet, dersom de ikke iverksettes øyeblikkelig». Nivå fem – *null prioritet* – dreide seg om helsetjenester som var etterspurte, men som verken var nødvendige eller hadde en dokumentert nytteverdi. «Å prioritere betyr å si *nei* til noe», poengterte utvalget.

Brundtlands regjering oppnevnte i 1996 et nytt prioriteringsutvalg (Lønning-II-utvalget). I 1997 forelå utredningen *Prioritering på ny* (2). Utvalget foreslo en tilnærming med eksplisitte prioriteringskriterier: *Tilstandens alvorlighet, tiltakets forventede nytte og tiltakets kostnadseffektivitet* (hvor kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte). Utvalget foreslo at man burde bruke en tilnærming med fire *prioriteringsgrupper*: 1) grunnleggende helse-tjenester, 2) utfyllende helsetjenester, 3) lavt prioriterte tjenester og 4) tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlige finansierte helsetilbudet.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965), som var sekretær for Lønning-II-utvalget, ledet arbeidet med enda en ny utredning, *Åpent og rettferdig – priorite-*

*ringer i helsetjenesten*, som kom i 2014 (3). Dette utvalget formulerte fire hovedprinsipper for god prioritering: 1) Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». 2) Prioriteringer bør følge av klare kriterier. 3) Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning. 4) Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler. Norheim-utvalget foreslo videre at prioritering burde skje med utgangspunkt i kriteriene *helsegevinst, ressurser og helsetap*. Begrepene helsegevinst og helsetap ble problematisert i den offentlige debatten, og det var ulike syn på om helsetapet for den enkelte skulle beregnes i et helhetlig livs- eller fremtidsperspektiv.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i 2015 en arbeidsgruppe, ledet av Jon Magnussen (f. 1959), som fikk i oppdrag å vurdere *alvorlighet* som kriterium (4). Magnussen-gruppen argumenterte for bruk av alvorlighet fremfor begrepet helsetap og at alvorlighet som hovedregel burde operasjonaliseres i form av absolutt prognosetap (tap av gode leveår i et fremtidsperspektiv). I 2016 ga Stortinget sin tilslutning til at de tre prioriteringskriteriene *nytte, ressursbruk og alvorlighet* skulle gjelde ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten (5).

I 2017 oppnevnte Solberg-regjeringen et utvalg for å utrede kriterier for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget, som ble ledet av Aud Blankholm (f. 1947), foreslo at man skulle legge til grunn de samme tre prioriteringskriteriene som i spesialisthelsetjenesten, men at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet suppleres, slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. (6). Utvalget begrunnet forslaget med at det å fremme mestring var et sentralt mål for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved behandling av meldingen i 2022 vedtok Stortinget at kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet også skulle gjelde i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (7).

Jonas Gahr Støres regjering har bebudet en ny prioriteringsmelding i 2025. Meldingen skal blant annet vurdere betydningen av persontilpasset medisin for prioritering og hvordan vi kan sikre åpenhet og etterprøvnbarhet om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten (8). Regjeringen nedsatte i 2023 tre ekspertgrupper som ble bedt om å utrede spesifikke spørsmål knyttet til åpenhet, tilgang til nye metoder og unntaksordninger samt vurdere hvilke perspektiver som bør ligge til grunn i helseøkonomiske analyser av nytte og kostnader. Rapportene ble overlevert helse- og omsorgsministeren 15. februar 2024.

Ekspertgruppen for åpenhet og prioritering anbefalte, i tråd med Norheim-utvalgets anbefaling, mer åpenhet om prioriteringer og dokumentasjonen som nasjonale og gruppebaserte beslutninger hviler på. Gruppen

anbefalte ikke åpenhet om legemiddelpriser av hensyn til de besparelsene som anbudsprosesser viser seg å gi. Gruppen foreslo å involvere medisinske eksperter mer i prioriteringsbeslutninger og understreket viktigheten av at helsepersonell som skal prioritere i møte med enkeltpasienter i klinikken, får opplæring i prioritering (9).

Ekspertgruppen for tilgang og prioritering anbefalte å innføre en ordning for vurdering av individuell tilgang til behandling som Beslutningsforum har sagt nei til å innføre en behandling (10). Gruppen anbefalte ikke å åpne for at privatfinansiert behandling kan utgjøre et selvstendig grunnlag for tilgang til behandling som ikke er innført i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Ny molekylærbiologisk kunnskap og teknologi utfordrer vår klassifisering av sykdom og kunnskap som er utviklet med utgangspunkt i store grupper. Hvordan skal vi forholde oss til ny genterapi som koster tosfrede millionbeløp, og som skal gis som engangsbehandling, uten at langtidseffektene er godt dokumentert? Gruppen vurderte at resultatbaserte prisavtaler kunne bidra til økt tilgang til ny behandling, særlig ved sjeldne diagnoser.

Ekspertgruppen for perspektiv og prioritering anbefalte at hovedregelen bør være at man vurderer nytten av en metode med utgangspunkt i effektene for pasientene, men at det kan åpnes for en utvidet analyse med et samfunnsperspektiv, der det er relevant (11). I et samfunnsperspektiv tar man hensyn til virkningen et tiltak har i andre sektorer, eller for andre personer i samfunnet. Det var ulike syn i gruppen på hva som skal telles med og ikke i slike analyser.

Hvor går veien videre? Bør flere tiltak i helsetjenesten mer systematisk være til gjenstand for prioriteringer, slik Bringedal etterlyser i en kronikk i dette nummeret av *Michael* (11). Bør man i større grad bruke et samfunnsperspektiv når man vurderer å innføre ulike tiltak i helsesektoren? Dette spørsmålet drøfter Melberg (13). Frich & Solberg diskuterer problemstillinger i spenningsfeltet mellom prioriteringer på gruppe- og individnivå (14): Er det behov for å et mer «sensitivt» prioriteringssystem for å fremme likebehandling? Hvordan skal usikkerhet om nytte håndteres? Kan involvering av klinikere og andre eksperter bidra til å redusere usikkerhet om dokumentasjon av nytte i arbeidet med metodevurderinger? Dette er noen av spørsmålene som vil prege diskusjonen om prioritering fremover, i en tid hvor presisjonsmedisin (persontilpasset medisin) gir mulighet for ny og mer individtilpasset behandling.

Den amerikanske filosofen Norman Daniels (f. 1942) videreutvikler John Rawls teori om rettferdighet. I boken *Just health* argumenterer han for at det overordnede målet med prioritering ikke først og fremst handler om

likeverdige helsetjenester, men å fremme likhet i helse (15). Daniels mener at grunnleggende behov og helse står i en særstilling moralsk sett, fordi helse er en forutsetning for menneskers mulighet til livsutfoldelse. I Norge er det, som i andre land, ulike syn på begreper som likhet og rettferdighet når det gjelder spørsmål om fordeling av samfunnets ressurser. Skal vi første og fremst vektlegge likebehandling eller likeverdig behandling, eller skal vi prioritere tiltak for å fremme likhet i helse? Hvilket perspektiv vi anlegger, har stor betydning for hvilke spørsmål som blir relevante, og om arenaen for prioritering er helse- og omsorgstjenesten eller hele samfunnet. Norge har en svært god helsetjeneste og en levealder som overgår de fleste andre land (16). Daniels ville kanskje spørre om ressursene vi bruker i norsk helsetjeneste, kunne gitt større effekt i form av gode leveår andre steder i verden.

Prioritering skjer alltid i en politisk sammenheng og i en gitt kontekst. Derfor vil spørsmål om prioritering i helsevesenet aldri kunne reduseres til et rent teknisk anliggende. I Norge er vi kommet et godt stykke på 40 år. I 2022 sluttet Stortinget seg til felles prioriteringskriterier på tvers av nivåene i helsetjenestene. Dette var en viktig milepæl. Fremover blir det viktig å videreutvikle systemene for prioritering i tråd med den medisinske utviklingen, og med økt vekt på åpenhet og involvering. Vi bør også legge bedre til rette for diskusjoner om prioritering på tvers av tjenestenivåene (17). Det blir viktig å styrke helsepersonells kompetanse i prioritering og deres evne til å håndtere krevende beslutninger i klinikken. Fremover må vi bli bedre til å avvikle tjenester med lav eller ingen dokumentert nytte. Vi må også bli bedre til å forholde oss til det Lønning-utvalget pekte på allerede i 1987: Å prioritere betyr å si *nei* til noe.

## Litteratur

1. NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. <https://www.nb.no/items/eba24a34a2dd190d925925fc9d902cc4> (23.12.2024)
2. NOU 1997: 18. *Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. <https://www.nb.no/items/d88ac1e5988d21dcf5323eb2ef37c69a> (23.12.2024)
3. NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. <https://www.nb.no/items/6d24cace8a81282795f54918bc44168d> (23.12.2024)
4. *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. [https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa\\_ramme\\_alvor.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf) (23.12.2024)
5. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (23.12.2024)

6. NOU 2018: 16. *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153> (23.12.2024)
7. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf> (23.12.2024)
8. Slik gir du innspill til regjeringens arbeid med ny prioriteringsmelding. Regjeringen.no 19.12.2023. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/slik-gir-du-innspill-til-regjeringens-arbeid-med-ny-prioriteringsmelding/id3019322/> (28.12.2024)
9. *Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse: rapport fra ekspertgruppen Åpenhet nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/25e68f9ffe6c44009580dfa987e805a7/no/pdfs/apenhet.pdf> (23.12.2024)
10. *Rapport fra ekspertgruppen om tilgang og prioritering: rapport fra ekspertgruppen tilgang og prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f38f4193129d44b29af58771894cf7b7/no/pdfs/tilgang.pdf> (23.12.2024)
11. *Perspektiv og prioriteringer: Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38d8db98a53f4302b1a762e3a4671d64/no/pdfs/perspektiv.pdf> (16.12.2024)
12. Bringedal BH. Prioritering er mer enn å rangere behandlinger. *Michael* 2025; 22: 43–51. <https://doi.org/10.5617/michael.12112>
13. Melberg HO. Evaluering av nye intervensjoner – helsetjenesteperspektiv eller samfunns-perspektiv? *Michael* 2025; 22: 38–42. <https://doi.org/10.5617/michael.12111>
14. Frich J, Solberg CT. Bruk av prioriteringskriteriene på gruppe- og individnivå. *Michael* 2025; 22: 29–37. <https://doi.org/10.5617/michael.12110>
15. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
16. Nylenna M. Verdens beste – eller god nok? *Michael* 2024; 21: 10–22. <http://doi.org/10.5617/michael.10943>
17. Frich J. Hvordan legge til rette for prioritering på tvers av nivåene i helsevesenet? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2024; 10: 238–240. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.16>

Jan Frich  
 jan.frich@medisin.uio.no  
 Institutt for helse og samfunn  
 Universitetet i Oslo  
 Postboks 1089 Blindern  
 0317 Oslo

Jan Frich er professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i *Michael*. Frich ledet ekspertgruppen om tilgang og prioritering.