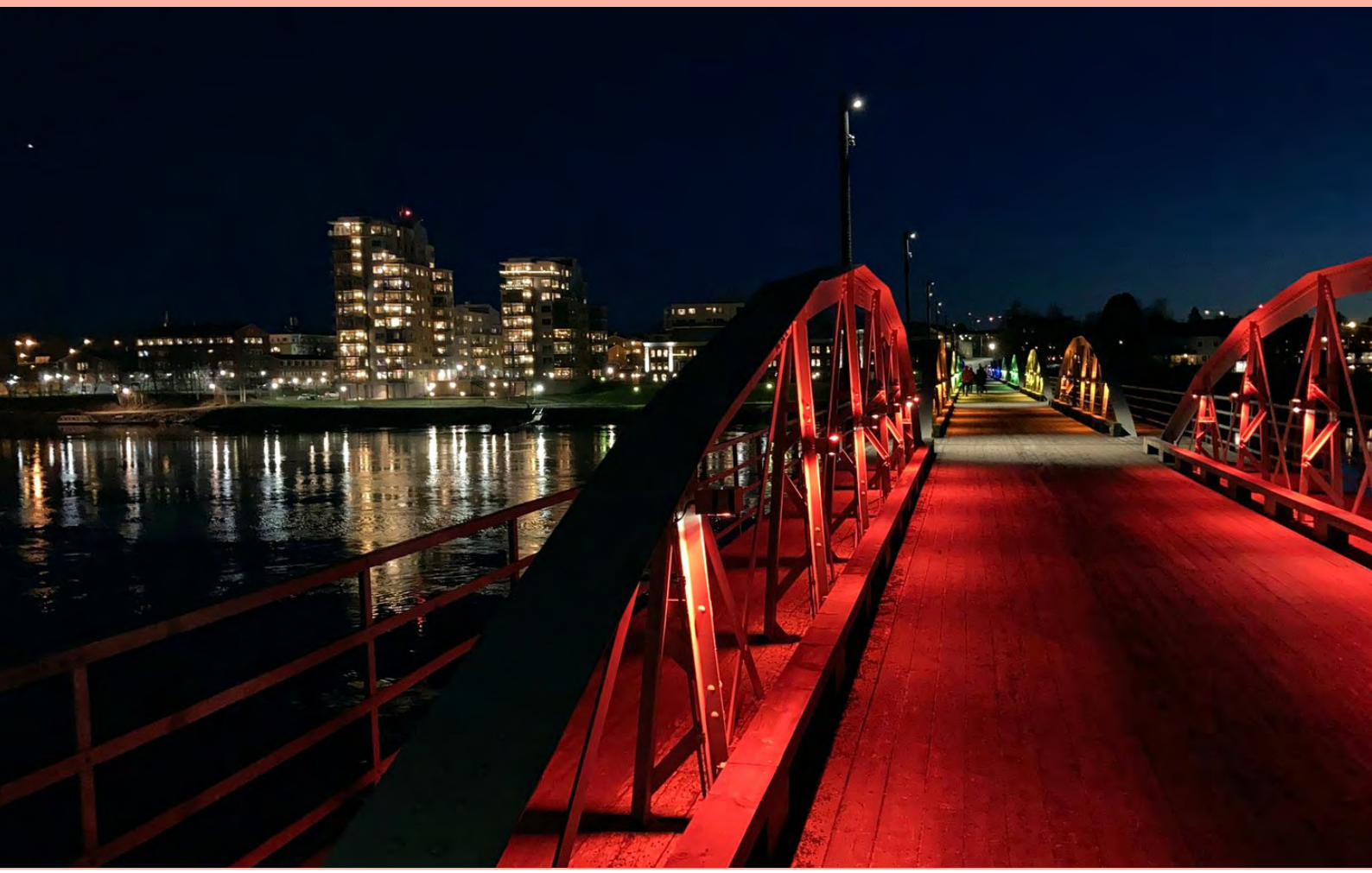
13:e Nationella prioriterings-konferensen 2025

Umeå 8-9 oktober 2025
En summering



LINKÖPINGS UNIVERSITET

region västerbotten

Innehåll

Förmöten 3

Inledning 4

Plenarsessioner 5
Plenar 1: En hållbar hälso- och sjukvård över tid 5
Plenar 2: Vårdansvarskommitténs betänkande - statlig sjukvård eller inte? 5
Plenar 3: Civilsamhället och offentlig vård - möjligheter och prioriteringsutmaningar 6
Plenar 4: Prioriteringar i katastrof och krig - svenska prioriteringar i ett internationellt perspektiv 6

Parallella sessioner 7
A. Alternativkostnaden i hälso- och sjukvården 7
B. Kloka kliniska val i ett prioriteringsperspektiv 8
C. Att göra verkstad av etiska principer - prioriteringsarbete i praktiken 8
D. Hållbara läkemedelsprioriteringar 9
E. Att vilja prioritera som politiker - känsla av makt eller maktlöshet? (workshop) 10
F. Jämlik vård i glesbygd och stad: Utmaningar och möjligheter? 10
G. Vilka prioriteringsprinciper kan gälla i kris och krig i kommunal vård och omsorg 10
H. Jämföra vården på tvären - om horisontella prioriteringar (workshop) 11
I. PrioTrio - Tre regioners samarbete kring verksamhetsnära stöd för horisontella prioriteringar 12

Postervandring 13

Avslutning 13

Foto: Patrick Degerman

Hållbara prioriteringar i en föränderlig värld

Den 13:e Nationella prioriteringskonferensen hölls 8-9 oktober 2025 på Folkets hus i Umeå. Cirka 345 deltagare från Norrbotten till Skåne möttes för att utbyta kunskap och erfarenheter. Medverkade gjorde bland annat sjukvårdsminister Elisabet Lann (KD) via länk. Nationella prioriteringskonferensen hålls vartannat år och samlar olika professioner som arbetar med prioriteringar inom vård och omsorg. Konferensen fokuserar bland annat på metoder och arbetssätt, etiska frågeställningar, organisering av prioriteringsprocesser, rollfördelning mellan aktörer och lämpliga beslutsunderlag. Arrangör är Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, detta år i samverkan med Region Västerbotten.

Förmöten

Dagen innan konferensen höll Prioriteringscentrum en grundkurs i prioriteringskunskap för runt 70 deltagare. Lars Sandman inledde med att ge en bakgrund till behovet av prioriteringar samt redogöra för de av riksdagen fattade prioriteringsprinciperna: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Därefter gav Anton Klockhoff en introduktion till hälsoekonomi och kostnadseffektivitetsberäkningar. Det följdes av Thomas Davidson som talade om utvärdering av medicinsk teknologi (HTA) och kopplingen till prioritering. Barbro Krevers redogjorde för begrepp för hushållning av resurser och verktyg för prioritering på lika grunder, och hur de kan användas i praktiken. Därefter fick deltagarna göra en praktisk prioriteringsövning i grupper där de diskuterade och prioriterade mellan åtgärder för tre olika hälsotillstånd (MS, prostatacancer och typ 2 diabetes). Övningen engagerade deltagarna och gav en inblick i olika prioriteringsutmaningar. Barbro Krevers avslutade mötet med att kort redogöra för vikten av strukturer, processer och organisering vid prioriteringsarbete. Hon hänvisade till att det finns mycket kunskap och information att hämta på Prioriteringscentrums hemsida, www.liu.se/prioriteringscentrum.

Efter grundkursen i prioriteringskunskap hölls ett internationellt erfarenhetsutbyte mellan nordiska länder. Medverkande var Sarah Wadmann och Didde Boisen Andersen, VIVE, Danmark; Kaisa-Maria Kimmel, Hälso- och socialministeriet, och Paulus Torkki, Helsingfors universitet, Finland; samt Mathias Barra, Akershus universitetssjukhus, Norge. Sarah Wadmann inledde med att presentera hur Danmark under senare år utvecklat arbetet med prioriteringar efter att länge låtit dessa hanteras mer implicit av systemet. Ett antal statliga utredningar har pekat på behovet av prioriteringar och det har inrättats ett Medicinråd för att göra läkemedelsprioriteringar. Det finns planer på att inrätta ett nationellt prioriteringsråd även om formerna för detta fortfarande diskuteras. Sarah Wadmann presenterade de sju principer som ligger till grund för medicinrådets arbete: professionalism, oberoende, öppenhet, implementering av nya effektiva läkemedel, mer värde för pengarna, geografisk jämlikhet och jämlikhet mellan stora och små grupper. Hon presenterade även de två undantagsprinciper som finns kring svårighetsgrad och försiktighet.

Därefter presenterade Kaisa-Maria Kimmel och Paulus Torkki utvecklingen i Finland där man bereder lagstiftning kring principer för vad som ska ingå i den offentligt finansierade sociala omsorgen och hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att båda

områden ska ha samma principer. Sedan år 2024 har det pågått ett intensivt kartläggningsarbete för att undersöka olika länders och aktörers syn på möjliga principer. Preliminära förslag inkluderar principer kopplade till behov, säkerhet, effektivitet, kostnadseffektivitet och jämlikhet. De betonade också att det inte räcker med principer utan de behöver kompletteras med organisatoriska strukturer, som i sin tur har utvecklade processer för att göra bedömningar och fatta beslut. Utöver det behöver man också fokusera på acceptans för dessa prioriteringssystem.

Avslutningsvis gav Mathias Barra en norsk lägesbild. Hav beskrev utvecklingen av norsk hälso- och sjukvård med fokus på de explicita prioriteringsprinciper som formulerades i norska statliga utredningar redan i mitten av 1980-talet fram till 2010. I mitten av 2010-talet tog man ett nytt tag. Då förändrades framförallt synen på svårighetsgrad till att nu tillämpa absolut prognostapp (det vill säga hur många goda levnadsår man förlorar utifrån ett framtida livstidsperspektiv). I samma veva kom även en utredning med fokus på den kommunala vården, som introducerade kriteriet bemästring. Under 2025 kom en ny prioriteringsproposition baserad på tre olika delutredningar, som bland annat föreslog inrättandet av ett norskt prioriteringscentrum likt svensk modell. Propositionen valde dock att inte gå vidare med den idén och uppfattas snarare ge vissa mindre förtydliganden än några nya ställningstaganden.

Inledning

Den Nationella prioriteringskonferensens första dag inleddes med körsång av Umeå studentkör följt av välkomsttal av Lars Sandman, föreståndare för Prioriteringscentrum, och Harriet Hedlund (S), regionfullmäktiges ordförande i Västerbotten. Moderator för konferensen var Elham Pourazar, Region Västerbotten. Under inledningen uppmärksammades den etiska plattformen, med de tre etiska principerna människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, som presenterades av den statliga utredningen för 30 år sedan. Kjell Asplund, Socialstyrelsen, som var en av dem som satt med i utredningen, beskrev tillsammans med Lars Sandman tillkomsten av prioriteringsprinciperna och några av de diskussioner som fördes inom utredningen. De kom även in på frågor om huruvida plattformen fortfarande är relevant. Kjell bedömde att så var fallet, även om han pekade på att vissa aspekter kanske hade misstolkats under vägs gång – exempelvis hur man ska tolka skrivningarna om ålder. Han såg dock inte att det fanns behov av en parlamentarisk översyn, men att det behövs ett utvecklingsarbete med en regelbunden översyn av lagen och principerna.

Plenarsessioner

Plenar 1: En hållbar hälso- och sjukvård över tid

I denna session medverkade Johan Wallin, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), samt Maria Wolodarski, Läkare för Miljön (en del av Svenska Läkaresällskapet). Johan Wallin inledde med att presentera den utredning som SBU gjort kring hur hållbarhetsfrågor med fokus på miljö och klimat tas tillvara inom health technology assessment (HTA). SBU har genomfört en omvärldsanalys som ett första steg och planerar att ta fram och pröva en vägledning inom området. I sin analys har de sett olika angreppssätt som är möjliga för att ta in dessa frågor inom HTA, exempelvis att integrera miljö- och klimatanalyser som en del av den bredare utvärderingen av en viss teknologi, att göra enskilda utvärderingar av specifika miljö- eller klimatproblem, eller att fokusera på möjliga hälsokonsekvenser av klimathändelser. Han presenterade också två olika utvecklingslinjer, en mer kvantitativ ansats där man använder sig av numeriska mått och därmed kan väga olika utfall mot varandra i en livs-cykelanalys eller motsvarande, och en mer kvalitativ ansats som är mer pragmatisk och beskrivande. SBU drar ett antal slutsatser från projektet. Det saknas i dagsläget tillförlitliga metoder för att väga in miljö- och klimataspekter och därför krävs fortsatt analys och metodutveckling. Samtidigt kan större uppmärksamhet på miljö och klimat inom HTA sätta press på vårdens aktörer och därmed påskynda hållbarhetsarbetet.

Maria Wolodarski tog vid och pekade på alla hälsorisker som klimatkrisen kan resultera i, samtidigt som hälso- och sjukvården förstärker problematiken genom att vara en av de som har störst utsläpp. Maria talade om den onda triangeln där hälso- och sjukvården påverkar miljön negativt vilket leder till ökad sjukdom och behov av sjukvård, vilket leder till ökat tryck på sjukvården. Hälso- och sjukvården bedöms stå för cirka 20 procent av utsläppen i Sverige där den största andelen är indirekt påverkan kopplade till inköpta varor och tjänster. För att hantera situationen pekade Maria på behovet av att både minska utsläppen och samtidigt anpassa hälso- och sjukvården för att hantera ett förändrat sjukdomspanorama. I detta arbete lyfte hon fram fyra centrala principer: sjukdomsförebyggande arbete, resurseffektiv ändamålsenlig vård, en grönare hälso- och sjukvårdssektor samt klimatanpassning och beredskap.

Plenar 2: Vårdansvarskommitténs betänkande - statlig sjukvård eller inte?

I denna session medverkade Lars Sandman, Prioriteringscentrum; Elisabeth Lann (KD), sjukvårdsminister; och Anna-Lena Hogerud (S), ordförande för sjukvårdsdelegationen på SKR. Lars Sandman inledde med att presentera Vårdansvarskommitténs beslut att inte föreslå en förändrad huvudmannastruktur med statligt huvudmannaskap i stället för det nuvarande regionala huvudmannaskapet. Han lyfte de områden där kommittén föreslagit en ökad statlig styrning: kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård samt luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Han lyfte sedan prioriteringsfrågor kring områdena läkemedel, vaccinationer och screening.

Därefter tog sjukvårdsminister Elisabeth Lann vid och presenterade sin syn på kommitténs arbete och förslag utifrån sin dubbla roll som ledamot i Vårdansvarskommittén och sedermera sjukvårdsminister. Hon tryckte framför allt på de brister som finns när det gäller jämlikhet och styrning i det nuvarande systemet, och pekade på behovet av

ökad statlig styrning generellt (inte endast inom de områden som föreslagits). Anna-Lena Hogerud (S) presenterade sjukvårdsdelegationens syn och bekräftade i mångt och mycket den problembild som kommittén har målat upp, men såg problem med ett förändrat huvudmannaskap. I sessionen lyftes frågor från publiken och diskussion fördes om att minska antalet regioner, där svaret blev att det inte låg på Vårdansvarskommitténs bord att diskutera den frågan. Frågor ställdes också om nationell samordning kring digitalisering, journalsystem och tillgång till hälsodata – där man såg behovet av sådan samordning men verkade vara mer tveksam till just statlig styrning.

Plenar 3: Civilsamhället och offentlig vård - möjligheter och prioriteringsutmaningar

I denna session medverkade Magnus Karlsson, Marie Cederschiölds högskola; Emma Henriksson, Famna - Riksorganisationen för idéburen välfärd; och Ulrika Lundberg, Västra Götalandsregionen. Magnus Karlsson gav en översikt över civilsamhällets utveckling i Sverige och betonade att engagemanget i svenska föreningar är fortsatt starkt, men traditionellt sett mindre organiserat kring vård och omsorg. Han presenterade en modell för brukarsamverkan mellan civilsamhället och det offentliga, där dialog och ömsesidig förståelse är centrala delar för en tillitsfull samverkan.

Emma Henriksson belyste civilsamhällets perspektiv i samverkan med det offentliga och betonade dess förmåga att nå grupper som den offentligt utförda vården inte alltid når eller har ändamålsenliga arbetsmetoder för att stödja. Även här lyftes att idéburna aktörer, trots ny lagstiftning, fortfarande utgör en liten del av utförarna inom välvärden, men att idéburet offentligt partnerskap växer som samverkansform. Ulrika Lundberg beskrev hur Västra Götalandsregionen använder idéburet offentligt partnerskap som komplement till den offentliga vården och lyfte frågor om prioriteringar kopplat till ansvar och balansen mellan sär- och allmänintresse. Avslutningsvis diskuterades hur prioriteringsprinciperna ska tillämpas i samverkan mellan den offentliga vården och civilsamhället, samt hur vi kan tänka kring frågor om styrning, ansvar och rättvisa prioriteringar i samverkan med civilsamhället.

Plenar 4: Prioriteringar i katastrof och krig - svenska prioriteringar i ett internationellt perspektiv

I denna session medverkade Johan von Schreeb och Märit Halmin från Centrum för hälsokriser vid Karolinska institutet. Johan von Schreeb inledde och pekade på att universiteten har en viktig roll i totalförsvaret genom att ta fram kunskap för att möta allt mer komplexa hälsokriser. Han lyfte fram den proposition som regeringen lagt fram kring hälso- och sjukvårdens beredskap men ställde sig också kritisk till skrivningar kopplade till att man förväntas kunna upprätthålla motsvarande kvalitet som under normala förhållanden.

Likaså betonade han att kriser och krig har både direkta hälsoeffekter och indirekta effekter genom att förstörd infrastruktur påverkar hälsoläget och att även hälso- och sjukvårdsstrukturen kan slås ut.

Därefter tog Märit Halmin över och presenterade en behovspyramid med basala behov i botten och specifika skador i toppen och hur resursbehovet är omvänt dessa behov, där vi med ganska små resurser kan tillgodose basala behov medan specifika skador kan kräva (alltför) mycket resurser för att vara motiverat. Hon pekade på hur vi normalt har ett individperspektiv där vi ser till det individuella medicinska behovet, medan vi i en kris eller ett krig behöver bredda perspektivet och inta mer av ett samhälls- och grupperspektiv. Genom exempel från sina erfarenheter av att verka både i Gaza och Libanon lyfte hon vikten av att förbereda sig, vara villig att sänka kvaliteten och undvika vård som kräver långa vårdtider när resurserna är ansträngda. Vidare diskuterade hon de prioriteringsprinciper som Socialstyrelsen tagit fram för fredstida katastrofer och krig, och kritiserade dessa för att delvis vara för abstrakta. Hon saknade även det som kallas aktiveringstriggers, det vill säga vad som ska utlösa att dessa principer tillämpas. Hon beskrev att det är oklart vem som ska fatta besluten och menade att den medicinska professionen behöver ta fram prediktionsverktyg för att kunna bedöma sådant som medicinsk prognos för olika patienter. Avslutningsvis pekade hon på vikten av beredskap och att vi lär oss systematiskt och utnyttjar erfarenheter från andra kriser och katastrofer.

Parallella sessioner

A. Alternativkostnaden i hälso- och sjukvården

I denna session medverkade Martin Henriksson, Linköpings universitet; Emelie Heintz, Region Stockholm; och Kaspar Meili, Umeå universitet. Ett centralt budskap som alla tre talarna lyfte var att varje resursförbrukning inom vården har en alternativkostnad, varje krona som spenderas på en viss åtgärd innebär att motsvarande summa inte kan spenderas på en annan åtgärd. Talarna belyste också att alternativkostnaden varierar beroende på vilken nivå beslutsfattande sker, uppdelat på statlig, regional och kommunal nivå. Martin Henriksson talade bland annat om att det är i linje med den etiska plattformen att inte optimera hälsan, vi är villiga att ge upp hälsa till förmån för att hjälpa de som har de svåraste tillstånden. Hur mycket hälsa vi är villiga att ge upp är dock oklart. Emelie Heintz diskuterade bland annat behovet av att göra horisontella prioriteringar och att det då krävs information om tillståndens svårighetsgrad och insatsernas kostnadseffektivitet för att göra det i enlighet med den etiska plattformen. Kaspar Meili lyfte att alternativkostnaden borde mätas i termer av värdet av det vi verkligen vill åstadkomma, och menade att det vanliga måttet kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) ofta inte är optimalt inom kommunal verksamhet. Han lyfte i stället fram bredare varianter av livskvalitet.

Den efterföljande diskussionen lyfte många frågor. Ett av exemplen som togs upp och diskuterades var det nyligen framtagna vårdförloppet för hypertoni. Införande av det vårdförloppet antas innebära kostnadsökningar på flera miljarder kronor årligen och omfattande extra tidsinsatser av primärvårdspersonal, faktorer som leder till betydande alternativkostnader. Några av de framåtblickande kommentarerna i diskussionen handlade om vikten av bättre underbyggda horisontella prioriteringar.

B. Kloka kliniska val i ett prioriteringsperspektiv
I denna session medverkade Alexander Nordgren Selar, Socialstyrelsen; Elmir Omerovic, Västra Götalandsregionen; Fredrik von Wowern, Region Skåne; och Oskar Lindfors, Region Jämtland Härjedalen. Sessionen modererades av Eva Arvidsson, Prioriteringscentrum och Region Jönköpings län samt Lise-Lotte Risö Bergerlind, Prioriteringscentrum och Västra Götalandsregionen. Eva Arvidsson lyfte inledningsvis att det sedan många år funnits processer för att utmönstra lågvärdevård, till exempel STRAMA och Socialstyrelsens ”icke-göra” i Nationella riktlinjer. Hon ställde sedan följande frågor till de medverkande: Hur kan Kloka Kliniska Val (KKV) bidra till jämlik vård? Hur passar KKV in i systematiska och transparenta prioriteringar? Hur hanterar man patientmedverkan/personcentrering?

Alexander Nordgren Selar berättade om regeringsuppdraget till Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om att identifiera och fasa ut lågvärdevård. Delredovisning lämnades i december 2024 och slutredovisning sker december 2025. KKV är ibland en otillräcklig grund när det gäller kvalitetsgranskad forskning. Därför tar SBU fram en översikt av systematiska översikter. Socialstyrelsen har haft många kontakter i landet och lyfte Region Jönköpings län som ett gott exempel med minskad användning av röntgen, lab och läkemedel. Socialstyrelsen arbetar med ett verksamhetsnära stöd. Elmir Omerovic lyfte problem med evidens, då randomiserade kontrollerade studier inte speglar hela den kliniska verkligheten. Systematiska uppföljningar, till exempel i nationella kvalitetsregister, kan ge underlag för att initiera och följa upp KKV-arbete. Fredrik von Wowern påpekade att KKV delvis handlar om självklarheter. Han gav exempel från Skånes universitetssjukhus sedan 2015 och framhöll vikten av patienternas delaktighet, till exempel genom ”shared decision making”. Oskar Lindfors delade erfarenheter från primärvård i glesbygd. Ibland är det livet som ger besvär, inte sjukdom. Han menade att KKV handlar om att ta bort lågvärdevård, inte om prioritering. I den efterföljande diskussionen lyftes olika sätt att utbyta erfarenheter nationellt, regionalt och lokalt. Lise-Lotte Risö Bergerlind uppmuntrade fortsatt samverkan och deltagande i arbetet som Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och andra bedriver.

C. Att göra verkstad av etiska principer - prioriteringsarbete i praktiken
I denna session medverkade Barbro Krevers, Prioriteringscentrum; Birgitta Westring, Region Västerbotten; och Eva Sandvall, Region Östergötland. Efter en kort introduktion kring prioriteringar av Barbro Krevers presenterades två prioriteringsarbeten av ansvariga verksamhetschefer. Birgitta Westring redogjorde för det som genomförts vid Rehabcentrum, Skellefteå sjukhus, som ger rehabilitering för patienter från sjukhusets kliniker. Eva Sandvall presenterade det som startats vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Linköpings universitetssjukhus, som bedriver specialiserad rehabilitering. Båda verksamheterna har flera olika yrkesgrupper.

Bakgrunderna till prioriteringsarbetena var olika men i båda fallen fanns en önskan om klinikövergripande prioriteringar för att använda resurserna optimalt, säkerställa rättvis vård och minska etisk stress för personal. Målet var att prioriteringsarbetet skulle ge stöd i vardagen och för klinikens resursfördelning. I båda arbetena tillämpades ett systematiskt arbetssätt med utgångspunkter i vision, mål och verksamhetsplan, och med stöd av Nationell modell för öppna prioriteringar (se Prioriteringscentrums rapport 2017:2). Det fanns en ledningsgrupp som ledde arbetet med beskrivning av tillstånd och åtgärder och kvalitetsgranskning av kunskapsunderlag. Arbetet förankrades löpande bland medarbetarna genom utbildning, dialoger och diskussioner. Kliniken i Linköping sätter för närvarande arbetet på paus på grund av en kliniksammanslagning som adderar smärtverksamhet. De har gjort ett viktigt grundarbete och intensionen är att fortsätta inom den utvidgade kliniken. Det kommer då att läggas på en mer övergripande nivå och med bred förankring. I Skellefteå har medarbetarna utvecklat arbetet och det finns nu prioriteringslistor med fokus på funktionsgrupper i stället för diagnoser. Genom omprioriteringar kan även patienter med cancer få rehabilitering, vilket de inte fått förut. Medarbetarna menar att de har fått ett helhetsperspektiv och en vi-känsla. Utmaningen är att hålla arbetet levande och prioritera i vardagen. Planen är att skapa nyckeltal med tidsstudier för att utveckla prioriteringar och resurssättning.

D. Hållbara läkemedelsprioriteringar

I denna session medverkade Jörn Schneede, Region Västerbotten; Douglas Lundin, Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV); och Karolina Antonov, Läkemedelsindustriföreningen. Jörn Schneede fokuserade på cancerområdet utifrån den statusrapport som Region Västerbotten medverkat till att ta fram. Han utgick från de rapporter som visar att Sverige tar tid på sig att introducera nya läkemedel, men pekade på att deras analys visar att 80 procent av godkända cancerläkemedel har användning i Sverige. Han pekade också på att vi ligger i den högsta ligan när det gäller canceröverlevnad i Europa, trots att vi ligger i mellanskiktet när det gäller hur mycket resurser vi spenderar på läkemedel. Vidare lyfte han att palliativ vård i vissa fall kan leda till bättre överlevnad än ytterligare läkemedelsbehandling. Han pekade även på risken för undanträngning av annan hälsa om vi introducerar läkemedel utan tydlig analys.

Douglas Lundin presenterade TLV:s nya sätt att bedöma läkemedel för sällsynta tillstånd, med en höjd betalningsvilja för läkemedel som har en låg betalningsstyrande prevalens. Utöver en liten prevalens ska det handla om tillstånd med mycket hög svårighetsgrad och kliniskt relevant patientnytta. Även osäkerheten ska vägas in. Han lyfte att det finns vissa skäl att tro att man kan behöva betala mer för att även sällsynta tillstånd ska få tillgång till läkemedel. I andra änden av spektrumet lyfte han hur TLV nu ska begränsa försäljningsvärdet av storsäljare. Slutligen tog han upp att vissa läkemedel, exempelvis antibiotika, kan behöva helt andra finansieringsmodeller för att kunna finnas tillgängliga på marknaden.

Karolina Antonov gav den forskande läkemedelsindustrins syn på hållbara läkemedelsprioriteringar. Hon pekade på att den förändrade totalkostnaden framför allt kan tillskrivas större volymer för mer vanliga tillstånd, snarare än försäljning av nya läkemedel. Även läkemedelsprisutvecklingen ligger långt under utvecklingen av konsumentprisindex. Hon lyfte också att vi har lägst prisnivåer på generikaförskrivningen. Slutligen beskrev hon hur USA:s utveckling kan komma att påverka Europa med krav på höjda priser för att kompensera planerade prissänkningar för den amerikanska marknaden.

E. Att vilja prioritera som politiker - känsla av makt eller maktlöshet? (workshop)
Denna session leddes av Daniel Boëthius och Emma Bergstedt, Prioriteringscentrum. Workshopen utfick från tre teman: beslutsunderlag, samarbete och beslutsamhet. Utifrån dessa tre teman fick deltagarna diskutera citat och frågor om politikers ansvar och förutsättningar att göra prioriteringar. Samtalen rörde bland annat vad politiker kan och bör kräva av beslutsunderlag, vilken information som är relevant och hur den kan göras begriplig. Vidare diskuterades behovet av samsyn över partigränser, vikten av kontinuerlig dialog och om det finns en gräns mellan politiska och medicinska prioriteringar. Slutligen behandlades frågor om ansvarstagande och beslutsamhet, särskilt hur politiker kan agera trots osäkra underlag och beslutsamhet i relation till gränssättande. Workshopen avslutades med att Emma Bergstedt presenterade erfarenheter från sin forskning om hur en regional politisk beredning skulle kunna verka som ett mellanled för att hantera svåra beslut som gäller prioriteringar i hälso- och sjukvård. Hon presenterade en figur som illustrerar varför det kan vara bra för politisk styrning av en organisation att göra öppna prioriteringar. Den kan bistå med att förklara politikens och politikers roll i prioriteringsarbetet.

F. Jämlik vård i glesbygd och stad: Utmaningar och möjligheter?
I denna session medverkade Anette Edin Liljegren och Andreas Lundqvist, Centrum för hälsa i glesbygd, Region Västerbotten; Toni Dedeu, tidigare WHO Europa (på engelska); och Anna Nergårdh, Regeringskansliet. Anette Edin Liljegren inledde med att förklara vad som särskiljer glesbygdens och landsbygdens förutsättningar, och belyste skillnader mot urbana miljöer samt sammanfattade aktuell forskning på området. Anna Nergårdh gav en översikt av nationella prioriteringar med utgångspunkt i de statliga utredningar hon arbetat med, med särskilt fokus på utvecklingen av nära vård. Seminariet avslutades med att Toni Dedeu presenterade internationella perspektiv och jämförande exempel från olika länder. Diskussionen betonade behovet av anpassade lösningar för att uppnå jämlik vård oavsett geografi.

G. Vilka prioriteringsprinciper kan gälla i kris och krig i kommunal vård och omsorg
I denna session medverkade Maria Carlund, Socialstyrelsen; Carina Yngvesson, Länsstyrelsen Kronoberg; och Barbro Krevers, Prioriteringscentrum. Maria Carlund inledde med en presentation av Socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap och civilt försvar. Socialstyrelsens roll är bland annat att ge nationella inriktningar, ta fram underlag för prioritering, kunskapsstöd och att samordna. Ett viktigt budskap är att samma etiska principer för prioritering gäller i krig och fredstida katastrofer som i ett normalläge. Nästa år införs regler om att regioner och kommuner ska ha beredskap för händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, bland annat skyldighet att ge vård som är nödvändig för liv och hälsa, lagerskyldighet och

skyldighet att hjälpa andra huvudmän. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har 2021–2025 haft ett uppdrag om att stödja kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänstens beredskap (KHOSS). Carina Yngvesson redogjorde för huvudmännens roller samt det arbete som skett inom KHOSS. Länsstyrelsen är högsta civila totalförsvarsmyndighet i länet inför och i krig. Kommuner och regioner ska upprätthålla sina ordinarie verksamheter så långt som möjligt och beredskap ska vara en del i verksamhetsplaner och ledningssystem. Genom KHOSS lyftes vikten av samverkan och kunskap, samt att kommuner och regioner behöver ha likartad kunskapsgrund avseende roll inom totalförsvaret, kapacitetsökningsverktyg och prioriteringsgrunder. En utmaning är att många olika vårdgivare ska säkerställa vårdkedjan i kris och krig.

Barbro Krevers presenterade en ny studie, Prioriteringscentrums rapport 2025:1 ”Rättvis resursfördelning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård vid kriser och i krig”. Syftet med studien var att i fokusgruppsintervjuer undersöka om de tre etiska principerna som gäller i hälso- och sjukvård även kan tillämpas inom socialtjänstens område, som saknar prioriteringsprinciper. Studiens resultat ger stöd för att de tre principerna skulle kunna tillämpas inom socialtjänst med rådande lagar. De svårigheter som kan finnas utgörs snarare av hinder i organisering, logiker och system som kan inskränka handlingsutrymmet för dem som måste ta beslut och ansvar.

H. Jämföra vården på tvären - om horisontella prioriteringar (workshop)

Denna workshop leddes av Joar Björk och Lars Sandman, Prioriteringscentrum. Tanken bakom workshopen var att horisontella prioriteringar är nödvändiga men mycket svåra att genomföra. Det finns flera skäl till att dessa är svårare jämfört med vertikala: prioriteringsobjekten vid horisontella prioriteringar är mer olika än vid vertikala prioriteringar, och det finns en vedertagen modell och erfarenhet kring vertikala prioriteringar som saknas för horisontella prioriteringar. Den modell för horisontella prioriteringar som Prioriteringscentrum skapat, rapport 2023:2 ”Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård” är som namnet antyder ett arbete under utveckling. Med detta i åtanke gavs de närvarande vid workshopen den svåra uppgiften att jämföra ett antal högt rankade tillstånds-åtgärdspar från flera av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Målet med uppgiften var att involvera och aktivera deltagarna samt ge dem inblick i de normativa och proceduriella svårigheterna som föreligger.

Deltagarna hade mycket animerade diskussioner. Eftersom de hade olika bakgrunder bidrog de med olika kompetenser, åsikter och insikter. Särskilt stora utmaningar tycktes avvägningen mellan preventiva och (potentiellt) kurativa insatser bereda. Vissa tyckte att prevention bör ses som viktigare än kurativt syftande behandling eftersom det genom prevention kan vara möjligt att undvika vissa sorters lidande (snarare än att åtgärda detsamma), medan andra ansåg att det är viktigare att svara an mot existerande lidande (och andra behov). Flera deltagare upplevde att övningen gav mersmak, och uttryckte avsikten att göra något liknande i den egna verksamheten. Workshopledarna betonade att svårighetsgradsverktyget från rapport 2023:2 kan ge värdefull hjälp för den/de som vill gå vidare med horisontella prioriteringar. Prioriteringscentrum kan också bistå med metodstöd för de som vill ta detta viktiga arbete vidare.

I. PrioTrio - Tre regioners samarbete kring verksamhetsnära stöd för horisontella prioriteringar

I denna session medverkade Rebecca Oskarsson, Västra Götalandsregionen; Anna-Karin Magnusson Falck, Region Skåne; och Johan Bratt, Region Stockholm. Rebecca Oskarsson inledde med att betona vikten av systematiska och öppna prioriteringar i vården med stöd i verksamheterna för detta. Organisationens uppbyggnad och mandat i Västra Götalandsregionen är anpassat för detta. Prioriteringscentrums rapport 2023:2 ”Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård” stödjer verksamheterna med ett positivt engagemang. Den används och utvärderas nu systematiskt inom prioriteringsbedömningar i remissfasen av nya nationella kunskapsstöd. Västra Götalandsregionen har sedan länge ett väl fungerande program- och prioriteringsråd som hanterar ordnat införande av läkemedel och av nya metoder. Program- och prioriteringsrådet har nyligen fått en beredningsgrupp för dessa horisontella prioriteringar som också hanterar utmönstring och Kloka Kliniska Val (KKV).

Anna-Karin Magnusson Falck påpekade att prioriteringar görs hela tiden i vården även om vi inte alltid benämner det så. Idag är dessa prioriteringar inte alltid systematiska och transparenta. Region Skåne arbetar med behovsstyrning där den aktuella organisationen för kunskapsstyrningen startade år 2019. Region Skåne har ett metod- och prioriteringsråd som en del i detta och ger stöd till hela Södra sjukvårdsregionen. Kunskapsstyrningsrådet fattar rekommenderande beslut i alla frågor om införande eller utmönstring och verksamheterna fattar sedan bindande beslut. Snabbspår finns för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp om lokala programområden finner att det inte innebär så stora förändringar. Region Skåne arbetar systematiskt med utmönstring av lågvärdevård sedan länge och Skånes universitetssjukhus arbetar sedan 2015 med KKV i ökande omfattning. Man kan öka lokal förankring genom att utse lokala kunskapssamordnare.

Johan Bratt beskrev att Region Stockholm utarbetat en modell för vårdbehovsanalyser sedan år 2023. Detta arbete är nu i full gång inför budget 2026 och innebär att beslutsfattarna får väl underbyggda underlag. I denna process ingår att man bedömer många olika faktorer utifrån demografi, ekonomi, ohälsa samt aktuell vårdkonsumtion. Socioekonomiska faktorer utgör en viktig del i dessa underlag som ligger till grund för ett kontinuerligt arbete med systematiska och transparenta prioriteringar. Region Stockholm har också ett prioriteringsråd som är rådgivande till beslutsfattarna. Inom kunskapsstyrningen är arbetet med regionala programområden (RPO) en viktig resurs för att identifiera lågvärdevård och att arbeta med utmönstring. I det efterföljande samtalet med panelen under sessionen beskrevs det värdefulla utbyte av erfarenheter och kunskaper som sker inom PrioTrio-samverkan.

Flera åhörare uttryckte ett stort intresse för att flera regioner skulle kunna komma med i denna samverkan. Prioriteringscentrum lovade att ta med sig detta förslag till det fortsatta arbetet inom PrioTrio.

Postervandring

Under konferensen hölls en postervandring där deltagarna fick möjlighet att samtala om pågående forskningsprojekt hos Prioriteringscentrum. 8 medarbetare vid Prioriteringscentrum ställde ut postrar om exempelvis hur prioriteringar görs i primärvården, etiska dilemman vid ransonering av medicinska behandlingar och politikers roll i prioriteringsarbete.

Avslutning

Konferensen avslutades med tal av Pia Näsvall, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Västerbotten och Lars Sandman, föreståndare vid Prioriteringscentrum. Lars Sandman presenterade att nästa konferens, den 14:e Nationella prioriteringskonferensen, kommer att hållas hösten 2027 i Uppsala, i samverkan med Region Uppsala. Neil Ormerod (V), hälso- och sjukvårdspolitiker och Marianne von Roijen, sjukhusdirektör från Region Uppsala välkomnades upp på scen för att ta emot konferensens stafettpinne.