

Sykepleien

ETIKK

Sykepleiere må prioritere mellom pasienter i hverdagen

Sykepleiere må daglig vurdere hvem som trenger hjelp først. Prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressurser gir et faglig og etisk grunnlag for valg i en travel arbeidshverdag.

[Anne Kari Tolo Heggstad](#)

Professor

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

[Prioritering](#)

[Etikk](#)

Sykepleien 2026;114(104521):e-104521

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.104521](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.104521)

Hovedbudskap

Sykepleiere må gjøre prioriteringer hver dag i en helsetjeneste med knappe ressurser. Når prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressurser brukes bevisst og faglig, bidrar de til åpne og rettferdige beslutninger. Kriteriene gir et tydelig etisk og faglig grunnlag for å begrunne vanskelige valg i møte med pasienter, pårørende og kolleger.

Med et økende press på ressursene i helsetjenesten står vi som sykepleiere overfor stadig tøffere prioriteringer.

På ledernivå kan det handle om hvordan ressursene fordeles i en avdeling. På forvaltningsnivå kan det dreie seg om tildeling av sykehjemsplasser eller hjemmetjenester. I den kliniske hverdagen handler det om hvordan vi prioriterer tid og oppgaver, og om hvilke pasienter som trenger oss først.

Prioritering er et sentralt politisk tema i helsetjenesten

I april 2025 kom en ny stortingsmelding, Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle: Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste (1). Den beskriver hvordan vi skal – eller bør – prioritere på de ulike nivåene i helsetjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Dette er ikke det første politiske dokumentet som tar for seg prioriteringer. Siden Lønning-utvalget la frem sin første offentlige utredning i 1987, er det kommet en rekke NOU-er og

stortingsmeldinger om temaet.

Norge er kanskje det landet i verden som har jobbet mest med prioriteringskriterier for helsetjenesten, i hvert fall i teorien. I en artikkel fra 2015 hevdet Berit Bringedal at vi i Norge er mestere i teoretisk prioritering, uten at dette har fått særlig betydning for den kliniske praksisen (2).

De fleste NOU-er og stortingsmeldinger har i hovedsak vært rettet mot spesialisthelsetjenesten. Først i 2018 kom Blankholm-utvalget med en offentlig utredning der de foreslo at de samme prioriteringskriteriene også skulle gjelde for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette sluttet Stortinget seg senere til.

Hva innebærer det å prioritere?

Når vi prioriterer, betyr det at vi setter noe i en bestemt rekkefølge. Vi velger hva vi skal gjøre først og sist, og hva vi eventuelt ikke skal gjøre i det hele tatt (3).

Prioritering oppleves ofte som et etisk dilemma. Det betyr ofte at vi må si nei til noe vi mener pasienten burde få, eller at vi ikke får gitt en så god behandling eller tjeneste som vi skulle ønske, ut fra våre verdier.

«Når vi må si nei til noen, er det viktig at vi har gode begrunnelser og er bevisste på hvordan vi prioriterer.»

Når vi må gi en behandling som ikke er optimal, eller si nei til noen, er det viktig at vi har gode begrunnelser og er bevisste på hvordan vi prioriterer.

Hvis vi ikke er bevisste på hvordan vi prioriterer, kan beslutningene bli styrt av skjulte drivere. Det kan for eksempel være medieoppmerksomhet eller pårørende som «roper høyt» på vegne av sine egne. Det kan også føre til at hensynet til ressurser får for stor plass i beslutningene (4–6).

Likeverd og åpenhet må ligge til grunn

Likeverdige og rettferdige prioriteringer handler om at like tilfeller skal behandles likt. Det vil si at pasienter med de samme utfordringene eller lidelsene har rett på de samme tjenestene. De skal også få tjenester av samme kvalitet, uavhengig av kjønn, sosial status, kulturell bakgrunn eller bosted.

Åpenhet i prioritering betyr at vi er tydelige og åpne om hvordan vi prioriterer, og hvilke begrunnelser som ligger til grunn. Det handler også om at befolkningen vet hvilke prioriteringskriterier som brukes når behandling og tjenester tildeles.

Myndighetene har fastsatt tre prioriteringskriterier

Et virkemiddel for å sikre åpne og rettferdige prioriteringer er kriteriene som myndighetene har fastsatt: nytte, alvorlighet og ressurser.

I det følgende vil jeg forklare hva de tre prioriteringskriteriene innebærer, og vise hvordan de kan brukes i en konkret situasjon.

Nyttekriteriet

Et tiltak får høyere prioritet jo større nytte det forventes å ha for pasienten. Den forventede nytten vurderes ut fra kunnskapsbasert praksis, og om tiltaket kan bidra til å øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet. Det handler om økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- bedre eller bevart mestring og fysisk eller psykisk funksjon
- mindre smerter og fysisk eller psykisk ubehag

Alvorlighetskriteriet

Et tiltak får høyere prioritet jo mer alvorlig tilstanden er. Alvorligheten vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring, fysisk eller psykisk funksjon, smerter og ubehag

Både pasientens nåsituasjon, hvor lenge tilstanden varer, og tap av fremtidige leveår har betydning. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltak.

Ressurskriteriet

Et tiltak får høyere prioritet jo mindre ressurser det legger beslag på. Når nytte vurderes ut fra kunnskapsbasert praksis, betyr det at vurderingen skal baseres på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap.

I vurderingen av alvorlighet ligger det også et tidsaspekt. Et tiltak som koster lite i form av tid, kompetanse eller penger, og som samtidig har nytte for pasienten, bør derfor prioriteres. Motsatt bør svært ressurskrevende tiltak med begrenset nytte ha lavere prioritet.

De tre prioriteringskriteriene må alltid vurderes i en sammenheng, og ikke brukes hver for seg. For eksempel kan et tildelingskontor ikke bare begrunne et avslag på sykehjemsplass med kommunens økonomi alene.

Sykepleiere må prioritere mellom pasienter i praksis

I det følgende vil jeg prøve å vise hvordan prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressurser kan brukes i en helt konkret situasjon på klinisk nivå.

Eksempelet er hentet fra et sykehjem og representerer ikke nødvendigvis et etisk dilemma, men en typisk hverdagssituasjon der sykepleiere må prioritere mellom pasienter.

Konsekvensen er at den ene pasienten må vente litt lenger på hjelp fra sykepleieren.

Anna er alene som sykepleier på kveldsvakt ved et sykehjem med tre avdelinger: én skjermet avdeling for personer med demens og to somatiske avdelinger. Når hun kommer på jobb, får hun rapport om to pasienter hun må se litt ekstra til.

«Anna føler seg dratt mellom de to pasientene og er usikker på hvem hun skal prioritere først.»

Den ene pasienten har et sår som skulle vært stelt tidligere på dagen, men sykepleieren på dagvakt har ikke hatt tid til å stelle det. Såret har vært stygt de siste dagene, og det er mistanke om infeksjon. Pasienten har feber. Datteren er på besøk, og hun er svært bekymret for såret til moren. Hun vil at Anna straks skal komme og se på såret.

Den andre pasienten har svært dårlig regulert diabetes og har hatt et svingende blodsukker de siste dagene. Anna må derfor være ekstra oppmerksom på blodsukkeret til denne pasienten.

Anna føler seg dratt mellom de to pasientene og er usikker på hvem hun skal prioritere først. Dersom hun skal bruke prioriteringskriteriene i vurderingen, kan hun ikke la datteren til pasienten med sårinfeksjonen styre beslutningen. En viktig hensikt med å ha tydelige kriterier er nettopp å unngå at de som «maser mest», eller krever mest oppmerksomhet, får forrang.

Alle kriteriene må vurderes før sykepleieren kan velge

Når Anna skal vurdere alvorligheten hos de to pasientene, må hun ta utgangspunkt i sykepleiefaglig kunnskap og egne erfaringer. Begge pasientene har alvorlige tilstander. En sårinfeksjon kan være farlig og i verste tilfelle føre til blodforgiftning. Samtidig er dårlig regulert diabetes med svingende blodsukker også alvorlig.

Tar hun med tidsaspektet i vurderingen av alvorlighet, kan konsekvensene av svært lavt eller høyt blodsukker oppstå raskt. Det kan tilsi at diabetespasienten har et mer akutt behov. Samtidig kan også en sårinfeksjon raskt forverres dersom pasienten utvikler sepsis. Basert kun på alvorlighetskriteriet er det derfor vanskelig for Anna å avgjøre hvem hun bør prioritere først.

Ser hun på nyttekriteriet, og nytten av hennes kompetanse som sykepleier, vurderer Anna at begge pasientene vil ha like stor nytte av den observasjonen og behandlingen hun kan gi. Også her synes hun det er vanskelig å vurdere hvem hun skal prioritere, uten å ta inn det siste kriteriet, ressurser.

Det er først når hun tar med ressurskriteriet, at prioriteringen blir tydeligere. Her er det Annas tid og kompetanse som er de mest aktuelle ressursene. Å stelle et sår tar lengre tid enn å måle et blodsukker, og krever altså mer ressurser. Ved å starte med diabetespasienten kan Anna raskt gjennomføre tiltaket, og deretter gå videre til sårstellet.

Små forskjeller kan avgjøre prioriteringen

Anna vurderer derfor, ut fra alvorlighet, nytte og ressurser, at hun bør prioritere diabetespasienten først, fordi det er det minst ressurskrevende der og da.

Samtidig kan hun be en helsefagarbeider gå inn til pasienten med sår for å gjøre en rask observasjon og informere datteren om at hun kommer så snart hun kan. Da kan helsefagarbeideren også melde fra til Anna dersom pasienten viser tegn til forverring, for eksempel ved å observere puls, respirasjon og endret bevissthet.

«Anna vurderer derfor at hun bør prioritere diabetespasienten først, fordi det er det minst ressurskrevende der og da.»

Denne situasjonen viser at det ikke alltid er lett å prioritere mellom pasienter med tilsynelatende like behov for sykepleie. Ofte kan små forhold, som tidsaspektet, bli avgjørende.

Samtidig viser eksempelet hvordan prioriteringskriteriene kan hjelpe sykepleieren til å begrunne valgene sine, slik at hun ikke lar seg styre av pårørende som er «på» og krever ekstra oppmerksomhet.

Større forskjeller gjør valget enklere

Dersom valget hadde stått mellom pasienter med svært ulike behov, ville det vært lettere å prioritere. Hvis pasienten med sår for eksempel ikke hadde hatt andre symptomer, ville det ut fra prioriteringskriteriene vært enda tydeligere hvem hun burde prioritert, fordi alvorlighetsgraden da hadde vært mer forskjellig.

Ved å bruke prioriteringskriteriene blir Anna mer bevisst på valgene hun gjør. De gir henne også et grunnlag for å forklare og begrunne hvordan hun prioriterer tid og pasient, for eksempel i møte med pasientens datter.

I vurderingene tar hun samtidig i bruk sin sykepleiefaglige kompetanse. Slik kan prioriteringskriteriene bidra til åpne og rettferdige prioriteringer, samtidig som beslutningene bygger på faglig kunnskap.

Prioritering er en del av sykepleierens hverdag

Som sykepleiere gjør vi prioriteringer hver eneste dag. For at disse prioriteringene skal være så åpne og rettferdige som mulig, har myndighetene fastsatt kriteriene alvorlighet, nytte og ressurser. I denne artikkelen har jeg vist hvordan kriteriene kan brukes i en helt konkret situasjon.

Eksempelet viser hvordan en sykepleier, med utgangspunkt i kriteriene, kan vurdere hvilken pasient hun bør prioritere først. Det viser også at vi som sykepleiere er avhengig av fagkunnskap for å kunne gjøre gode prioriteringer.

En bevisst og dokumentert bruk av prioriteringskriteriene kan derfor både synliggjøre behovet for sykepleiefaglig kompetanse og bidra til mer åpne og rettferdige prioriteringer.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



TRE KRITERIER: Prioriteringskriteriene er fastsatt av myndighetene for å sikre åpenhet og rettferdighet i helsetjenesten. De gir sykepleiere støtte i krevende prioriteringer. *Illustrasjon: Monica Hilsen*

1. Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025 [hentet 22. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>
2. Bringedal B. Verdensmester i teoretisk prioritering. *Nytt Nor Tidsskr.* 2015;32(1):79–86. DOI: [10.18261/ISSN1504-3053-2015-01-08](https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2015-01-08)
3. Aasen HS, Bringedal B, Bærøe K, Magnussen AM. Styring, prioritering og likebehandling – om bokens innhold. I: Bærøe K, Bringedal B, Aasen HS, Magnussen AM, red. *Prioritering, styring og likebehandling: Ufordringer i norsk helsetjeneste.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
4. Hagen TP. Statlige prioriteringer, kommunal respons: Analyse av pleie- og omsorgstjenestene 1972–2022. *Tidsskr Omsorgsforsk.* 2024;10(2):90–107. DOI: [10.18261/tfo.10.2.7](https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.7)

5. Heggstad AKT, Førde R. Pårørendes roller i tildelingen av langtidsplass på sykehjem. Sykepl Forsch. 2021;16(83882):e-83882. DOI: [10.4220/sykepleienf.2021.83882](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2021.83882)
6. Øydgard G. Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator. Tidsskr Velferdsforsk. 2018;21(3):193–207. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-03-01](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-03-01)