
Prioritering – og andre bidrag til bedre ressursbruk

KRONIKK

MORTEN MAGELSSSEN

mortemag@uio.no

Morten Magelssen er professor og senterleder ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Arbeidet med denne artikkelen ble utført i prosjektet Etikk i helsetjenesten, som er finansiert av Helsedirektoratet.

MATHIAS BARRA

Mathias Barra er professorkompetent forsker ved Helsetjenesteforskningssenteret (HØKH), Akershus universitetssykehus og professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELI FEIRING

Eli Feiring er statsviter, professor i helsepolitikk og medisinsk etikk ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo og visedekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HENRIETTE SINDING AASEN

Henriette Sinding Aasen er professor i rettsvitenskap ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når ressursene er knappe, må helsetjenesten bruke dem godt. Prioritering, Gjør kloke valg-kampanjen, behandlingsbegrensning og effektivisering er fire strategier som alle kan bidra til bedre ressursbruk.

Ofte skilles det ikke skarpt mellom de fire tilnærmingene, og alle fire omtales iblant som «prioritering». Etter vår mening er det viktig å kjenne definisjonene og forstå hvordan de fire overlapper og skiller seg fra hverandre.

Knappe ressurser

Helsetjenestens ressurser har alltid vært, og vil alltid være, for knappe til å kunne tilby *all* helsehjelp som er nyttig og/eller ønskelig. Med økte muligheter for diagnostikk og behandling øker gapet mellom ønskelig og bærekraftig ressursbruk ytterligere. Alle helsetjenestens viktigste ressurser er knapphetsgoder: fagfolk og deres kompetanse, tid og oppmerksomhet (1), apparat-tid, sengeplasser og penger.

«Helsetjenestens ressurser har alltid vært, og vil alltid være, for knappe til å kunne tilby all helsehjelp som er nyttig og/eller ønskelig»

Ressursbruken i helsetjenesten bidrar ikke alltid til bedre helse. Det finnes helsehjelp som har liten eller ingen nytteverdi. Helsehjelpen kan også gis på en unødvendig ressurskrevende måte. Det er anslått at 20 % av ressursbruken i sykehusene kunne vært sløffet uten at det hadde gått ut over pasienters helse (2). Overdiagnostikk og overbehandling er en betydelig utfordring.

Uavhengig av størrelsen på helsebudsjettene er det helt nødvendig å bruke tilgjengelige ressurser på en god måte. I tillegg til effektivisering mener mange at tydeligere *prioriteringer* er en nødvendig del av løsningen. Men selve prioriteringsbegrepet brukes upresist. Politikere og ledere snakker ofte om prioritering som det å gi økt oppmerksomhet og flere ressurser til noe (opp-prioritering), mens de sjeldnere snakker om hva som skal prioriteres ned (3). Begrepet benyttes ofte i en bred forstand om alle beslutninger om hvordan ressurser skal brukes i helsetjenesten. Men *prioritering* har en kjernebetydning som handler om å si *nei* til noe for å kunne si *ja* til noe annet. Vi mener det er nyttig å skjerpe forståelsen og bruken av prioriteringsbegrepet og å skille det fra beslektede begreper som Gjør kloke valg, behandlingsbegrensning og effektivisering (tabell 1) (4–6).

Tabell 1

Fire tilnærminger for bedre ressursbruk

Tilnærming	Hovedprinsipp	Definisjon	I pasientens interesse?	Typisk verdikonflikt
Prioritering	Rettferdig fordeling av knappe helseressurser	Å holde tilbake potensielt nyttig helsehjelp fordi begrensede ressurser bør anvendes på noe annet som er viktigere (4)	Nei ¹	Pasientens ønske og behov mot rettferdig fordeling
Gjør kloke valg	Unngå unyttig helsehjelp	Å avstå fra undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade (5)	Ja	Vanligvis ingen verdikonflikt
Behandlingsbegrensning	Unngå overbehandling ved livets slutt	Å avslutte, eller ikke starte, en potensielt livsforlengende behandling for en alvorlig syk pasient (6)	Ja	Usikkerhet eller uenighet om pasientens beste
Effektivisering	Mer for det samme eller det samme for mindre	Å endre utformingen av et tiltak for å oppnå større helsegevinster og/eller lavere ressursbruk	Nøytral eller ja	Økt belastning på personell

¹Annet enn ved at pasienten har en egeninteresse av å være borger av et samfunn der helsetjenesten forvalter sine ressurser godt og fordeler dem rettferdig.

Prioritering

Her følger tre tenkte eksempler på prioritering i den kliniske hverdagen.

Det er fullt på intensivavdelingen, og ansvarlig lege vurderer hvilke pasienter som har minst behov for overvåkning og derfor kan flyttes til en sengepost, slik at nyankomne pasienter med større behov får plass.

På legevakten får en pasient med nyoppstått, kraftig smerte i magen høy prioritet og kommer inn til legen etter mindre enn 15 minutters ventetid mens tre andre som sitter på venterommet med mindre akutte symptomer rykker ned i køen.

Overlegen som vurderer nye henvisninger til poliklinikken, gir pasienter time innen en tidsfrist som settes i lys av prioriteringsveilederen. Noen vurderes til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp i henhold til prioriteringskriteriene og får dermed avslag.

Prioritering i den kliniske hverdagen innebærer ofte at pasienter får *god (nok)* helsehjelp i stedet for *optimal* helsehjelp. I alle de tre eksemplene er det pasienter som ikke får det som, isolert sett, ville vært den optimale helsehjelpen for dem. Valgene er begrunnet i at det er begrensede ressurser og at disse heller bør brukes på andre pasienter med større behov. Eksemplene passer altså med den smale definisjonen av prioritering i tabell 1.

«Prioritering i den kliniske hverdagen innebærer ofte at pasienter får god (nok) helsehjelp i stedet for optimal helsehjelp»

For å gi beslutningsstøtte i vanskelige prioriteringsavgjørelser har helsemyndighetene presisert prioriteringskriteriene *nytte*, *ressurs* og *alvorlighet*, som er lovfestet for spesialisthelsetjenesten. Stortinget har gitt sin tilslutning til at disse skal brukes i hele helsetjenesten (ramme 1). Etter vår oppfatning trengs mer kunnskap om prioritering blant leger, ledere og andre (7), og vi har nettopp utgitt en lærebok om temaet (4).

Ramme 1 De tre prioriteringskriteriene (8).

*Nytte*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket.

*Ressurs*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

*Alvorlighets*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.

Prioriteringskriteriene er utviklet for at helsetjenesten skal yte så god helsehjelp som overhodet mulig innenfor rammene av helsetjenestens tilgjengelige ressurser.

Gjør kloke valg-kampanjen

Kampanjen Gjør kloke valg er den norske modellen av den amerikanske *Choosing wisely*, på initiativ fra Den norske legeförening. Overdiagnostikk og overbehandling settes på dagsordenen, og kampanjen gir støtte til å unngå diagnostikk og behandling som har liten eller ingen nytte og som samtidig medfører risiko for å skade pasienten med bivirkninger og komplikasjoner.

Sentralt står evidensbaserte råd fra de fagmedisinske foreningene. For eksempel har Norsk forening for allmennmedisin formulert rådet: «Friske mennesker uten symptomer eller kjent risikotilstand behøver ikke regelmessige helseundersøkelser, men kan ha nytte av samtaler om helse». Norsk ortopedisk forening anbefaler å «unngå å henvise middelaldrende og eldre pasienter med kne- og hoftesmerter til MR som første billediagnostiske utredning».

Kampanjen og rådene der er eksplisitt *ikke* begrunnet i hensynet til ressursbruk. Like fullt vil tankegangen ha gunstige konsekvenser for ressursbruken i helsetjenesten. Ved å avstå fra unyttig diagnostikk og behandling kan ressurser i stedet komme andre pasienter til gode. Kloke valg gagnar pasienten, som slipper lite nyttig og/eller potensielt skadelig helsehjelp. Samtidig gagnar det helsetjenesten, som får frigjort ressurser.

«Kloke valg gagnar pasienten, som slipper lite nyttig og/eller potensielt skadelig helsehjelp. Samtidig gagnar det helsetjenesten, som får frigjort ressurser»

Behandlingsbegrensning

En tredje tilnærming er behandlingsbegrensning. I mange sykdomsforløp kommer man til et punkt der det spørres om «nok er nok», og om det er best for pasienten å fokusere på livskvalitet i tiden som gjenstår, heller enn livsforlengelse. Behandlingsbegrensning er et generelt begrep som dekker alt fra beslutninger om «HLR minus» og avslutning av intensivbehandling til avståelse fra kreftbehandling eller antibiotika. Et par tenkte eksempler er: En pasient med multiorgansvikt mottar avansert intensivbehandling, men man har kommet til at sannsynligheten for overlevelse med akseptabel livskvalitet nå er så liten at det er rett å avslutte behandlingen. En pasient med langt kommet demenssykdom har sluttet å ta til seg næring, og sykehjemslegen bestemmer at kunstig tilførsel av væske og ernæring skal avsluttes for ikke å forlenge dødsprosessen.

Behandlingsbegrensning kan overlappe både med prioritering og med kloke valg, men dreier seg altså spesifikt om beslutninger for alvorlig syke pasienter og pasienter i livets siste fase. Når behandlingen kan tenkes å ha noe nytte, men nytten ikke står i forhold til ressursbruken, vil beslutningen om behandlingsbegrensning også per definisjon være en prioriteringsbeslutning. Men vanligst er det at behandlingsbegrensning *ikke* er begrunnet i ressursbruk, men i hensynet til pasientens beste, pasientens verdier og preferanser, og hva som er medisinsk mulig og faglig forsvarlig. Da kan vi si at behandlingsbegrensning er et «klokt valg» om livsforlengende behandling. Like fullt kan slike beslutninger ha store konsekvenser for ressursbruk, slik de to eksemplene over viser.

Effektivisering

Effektivitet handler om å bruke minst mulig ressurser for å oppnå best mulig resultat. Effektivisering leder til at man oppnår det samme resultatet med lavere ressursinnsats, et bedre resultat med samme ressursinnsats, eller – enda

bedre – et bedre resultat med lavere ressursinnsats. Eksempler kan være overgang til dagkirurgi for pasienter med ukompliserte tilstander, eller at billigere, men like effektive medikamenter eller utstyr tas i bruk.

«Oppgaveglidning» kan illustrere hvor grensen går mellom prioritering og effektivisering. Hvis helsepersonell med lavere lønn og kompetanse kan ta over legeoppgaver og utføre dem med samme (eller bedre) kvalitet for pasienten, er det en effektivisering. Hvis pasienten derimot hadde vært best tjent med å treffe en lege, og tjenestekvaliteten dermed er litt lavere, er det per definisjon en prioritering.

Ulike begrunnelser og verdikonflikter

I praksis kan det være vanskelig å skille skarpt mellom prioritering, effektivisering, kloke valg og behandlingsbegrensning, og som vist kan begrepene overlappe. Likevel mener vi at leger bør holde de fire begrepene fra hverandre, fordi de er tilnærminger som bygger på ulike prinsipper og som dels begrunnes ulikt (tabell 1).

Prioritering i smal forstand er i utgangspunktet ikke til (denne) pasientens beste – ressursene gis til noen andre som trenger det mer. Her står derfor de etiske prinsippene autonomi og velgjørenhet mot rettferdighet. Den etiske begrunnelsen for prioritering ligger i likebehandling og i ansvaret for forvaltning av fellesskapets ressurser.

Kloke valg er derimot primært begrunnet i pasientens eget beste. Både velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet taler for å avstå fra helsehjelpen. Med mindre pasienten fastholder et ønske om å få helsehjelpen likevel, er det ikke noen verdikonflikt her.

Beslutninger om behandlingsbegrensning forekommer hyppig i helsetjenesten. Ofte er de entydig til pasientens beste, ved at overbehandling unngås og det legges til rette for en god død. Noen ganger oppstår det etiske problemer, når det er usikkerhet eller uenighet om hva som faktisk er til pasientens beste. Iblant kan helsepersonell og pårørende ha ulike oppfatninger. Denne typen etiske problemer er noe av det som aller hyppigst drøftes i klinisk etikk-komiteer [\(9\)](#).

Mer effektiv bruk av helseressursene kan i utgangspunktet framstå som et udelt gode og derfor som «lavthengende frukt» i arbeidet med ressursstyring i helsetjenesten. Men i praksis kan medaljens bakside være forventninger om at leger skal behandle flere pasienter og strekke seg lenger enn rimelig.

Prioritering er uunngåelig

Prioritering, kloke valg, behandlingsbegrensning og effektivisering bidrar på ulike måter til bedre ressursbruk i helsetjenesten. De er ulike i definisjon, motivasjon, hovedprinsipp og begrunnelse. Derfor er det også nyttig å holde

dem fra hverandre. Blandes de sammen, kan det lede til misforståelser og tap av tillit.

«Prioritering, kloke valg, behandlingsbegrensning og effektivisering bidrar på ulike måter til bedre ressursbruk i helsetjenesten. De er ulike i definisjon, motivasjon, hovedprinsipp og begrunnelse. Blandes de sammen, kan det lede til misforståelser og tap av tillit»

Et eksempel er når pårørende oppfatter at behandlingsbegrensning ikke besluttes for pasientens beste, men for å spare ressurser (prioritering). Et annet eksempel er når et sparetiltak som innebærer en reduksjon i kvaliteten på helsehjelpen, blir omtalt av ledelsen som en «effektivisering». Dette er uheldig dersom det egentlig dreier seg om en prioritering og betegnelsen effektivisering tilslører at kvaliteten går ned.

Mens prioritering innebærer å «si nei til nytte», betyr kloke valg å «si nei til unytte». I motsetning til prioritering, er kloke valg til alle involverte parters beste. Derfor er nok kloke valg lettere å få aksept for, både hos helsepersonell og hos pasienter, enn det prioritering er.

Men, selv når alle hjul er smurt, alle tidstyvene arrestert, og alle kloke valg er fattet, vil det være ressursknapphet. Prioritering er uunngåelig, både for ledere og for leger i den kliniske hverdagen (4).

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/> Lest 26.2.2026.
2. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing, 2017. https://www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en.html Lest 26.2.2026.
3. Melberg A. Open and opaque? The performativity of open priorities in a Norwegian hospital. Soc Sci Med 2024; 361: 117383. [PubMed][CrossRef]
4. Barra M, Feiring E, Magelssen M et al. Prioritering i helsetjenesten. Fra teori til praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2026.
5. Den norske legeforening. Gjør kloke valg. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> Lest 26.2.2026.
6. Magelssen M, Førde R. Etikk ved livets slutt. I: Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al, red. Etikk i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2025: 117–28.

7. Bringedal BH, Rø KI, Bååthe F et al. Guidelines and clinical priority setting during the COVID-19 pandemic - Norwegian doctors' experiences. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1192. [PubMed][CrossRef]
 8. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 21 (2024-2025). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/> Lest 26.2.2026.
 9. Kalager G, Førde R, Pedersen R. Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 118–21. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 23. mars 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0132
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.