

Veileder til bruk av 6-trinnsmodellen i prioriteringsspørsmål



Samarbeid om etisk
kompetanseheving



Innhold

Forord	4
Innledning	5
Om verktøyet	6
Prioritering	8
Prioriteringskriterier for helse- og omsorgstjenesten	8
6-trinnsmodellen til bruk i prioriteringsspørsmål	11
Trinn 1: Hva er det etiske problemet/spørsmålet?	11
Trinn 2: Fakta i saken	13
Trinn 3: Berørte parter og deres syn og interesser	14
Trinn 4: Etske verdier, prinsipper, lovverk og prioriteringskriterier	15
Trinn 5: Aktuelle handlingsalternativer	17
Trinn 6: Helhetsvurdering	17
Kasuistikk 1: Prioritering mellom økt hjemmetjeneste og styrking av lavterskel psykisk helsetilbud	18
1. Hva er det etiske problemet/spørsmålet?	19
2. Fakta i saken	19
3. Berørte parter og deres syn og interesser	20
4. Verdier, prinsipper og lovverk	21
Etske prinsipper	21
Andre aktuelle verdier	22
Prioriteringskriteriene	23
Aktuelt lovverk	23
5. Aktuelle handlingsalternativer	24
6. Helhetsvurdering	26
Kasuistikk 2: Tildeling av tjenesten Hverdagsrehabilitering	28
1. Hva er det etiske problemet/spørsmålet?	28
2. Fakta i saken	28
3. Berørte parter og deres syn og interesser	29
4. Verdier, prinsipper og lovverk	29



Etiske prinsipper	29
Prioriteringskriteriene	30
Aktuelt lovverk	30
5. Aktuelle handlingsalternativer	31
6. Helhetsvurdering	31
Kasuistikk 3: Sykepleier som må prioritere en pasient framfor en annen på kveldsvakt	32
1. Det etiske spørsmålet	33
2. Fakta i saken	33
3. Berørte parter og deres syn og interesser	33
4. Verdier, prinsipper og lovverk	34
Etiske prinsipper	34
Etiske verdier	34
Prioriteringskriteriene	35
Aktuelt lovverk	35
5. Aktuelle handlingsalternativer	36
Alternativ 1	36
Alternativ 2	36
6. Helhetlig drøfting	37
Etikksatsingen og SMEs samlede tilbud til helse- og omsorgstjenestene	38
Refleksjonsguide	40
Hjelpetabell – trinn 4–1	42

Forord

Inntil for få år sidan var alt prioriteringsarbeid i Norge retta mot spesialisthelsetenesta, og sjølv etter 40 år er for lite av dei overordna prioriteringsføringane nådd ned i praktisk helsearbeid. Det at det nå er laga ein reiskap for prioriteringsarbeidet i kommunehelsetenesta, er eit stort framskritt. Det er i kommunehelsetenesta folk lever liva sine, det er her vi veks opp, oftast blir sjuke og her vi oftast treng hjelp og omsorg. At folk blir møtt på ein god og rettferdig måte, og at ressursane kjem mest muleg til nytte, er viktig for tilliten til velferdsstaten og fellesskapet.

Rettferd og likebehandling er sentrale verdiar både i velferdsstaten og i prioriteringsarbeidet. Nytte, alvor og ressursbruk er prinsipp som skal sikre likebehandling og rettferd. Men kva betyr nytte og ressursbruk og alvor/prognosetap i møte med konkrete vanskelege avgjerder? Andre viktige spørsmål som inngår i 6-trinnsmodellen/SME-modellen og som er viktige i prioriteringsarbeidet, er kva veit vi og kva veit vi ikkje om nytte og biverknader og ressursbruk, og kven blir mest berørt positivt eller negativt av dei ulike vala.

At vanskelege val blir drøfta ope og systematisk og ikkje ubevisst og bak lukka dører, sikrar også kvalitet og demokrati. Utfordringa blir å gjere dette hjelpemiddelet kjent og teke i bruk på alle nivåa i kommunehelsetenesta.

Eg ønskjer lukke til med arbeidet.

Reidun Førde, april 2026
Professor emerita
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo



Innledning

Med et økende press på helse- og omsorgstjenestene må ansatte på alle nivåer ha et mer bevisst forhold til prioriteringer. Verktøy for prioriteringer vil være viktig i prosesser som omstilling, arbeidet med å beholde og rekruttere personale, kvalitet i tjenesten, rettferdig fordeling av ressurser og forebygging og reduksjon av moralsk stress.

Norge har en lang historie med føringer for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Også den kommunale helse- og omsorgstjenesten trenger tydelige kriterier for bevisst prioritering, og har samme kriterier for prioritering som spesialisthelsetjenesten: nytte, alvorlighet og ressurser.¹ Helsedirektoratet publiserte i april 2025 prosessveilederen «Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester».² Kommunene har gitt innspill på at de ønsker praktiske eksempler og hjelp for å innføre veilederen. Dette heftet er utviklet for å gi en praktisk veiledning i bruk av 6-trinnsmodellen i sammenheng med prioriteringskriteriene, heretter kalt etikkveilederen. Formålet er å vise hvordan denne modellen kan brukes til å reflektere etisk over prioriteringer og begrunne valg på en åpen og systematisk måte.

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS har sammen et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å støtte kommunenes arbeid med praksisnær etikkrefleksjon i helse- og omsorgstjenestene.

¹ *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>

² Helsedirektoratet (2025). *Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Dette verktøyet er en del av det oppdraget. Heftet er utarbeidet av Senter for medisinsk etikk og Etikksatsingen i KS. Anne Kari Tolo Heggstad og Hanne Norum Hollekim har hatt et særlig ansvar for heftet. Vi takker alle som har bistått med innspill og utprøving underveis.

Vi ønsker tilbakemeldinger på heftet slik at vi kan gjøre eventuelle endringer ut fra erfaringer dere får med bruk av dette heftet.

Vi håper det blir til nytte!³

Om verktøyet

6-trinnsmodellen (også kjent som SME-modellen)⁴ brukes av mange i kommunale helse- og omsorgstjenester, og den er et nyttig verktøy for etikkrefleksjon knyttet til flere ulike typer problemstillinger. Metoden er kunnskapsbasert, forankret i forskning og godt utprøvd. I denne etikkveilederen fokuseres det spesielt på prioriteringsutfordringer, med gjennomgang av modellen og eksempler på hvordan den kan brukes på ulike nivåer. Det er særlig i de mer komplekse prioriteringsspørsmålene at 6-trinnsmodellen kan være til hjelp.

Områder der 6-trinnsmodell med prioriteringskriterier kan være aktuell å bruke

- Ledergrupper og kommunestyremøter
- Refleksjonsgrupper for ansatte
- Planlegging og prioritering av tjenester
- Tildeling av tjenester

Fordeler ved å bruke modellen

- Kan skape oversikt og struktur i prioriteringsprosesser
- Kan bidra til åpenhet rundt prioriteringer
- Kan synliggjøre verdikonflikter
- Kan bidra til etiske og godt begrunnede valg

³ Vi har brukt et korrekturfirma for språkvask, samt KI noen steder for å systematisere store mengder tekst.

⁴ Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (red.) (2025). *Etikk i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Denne veilederen vil ikke gå like grundig inn på hvert av punktene i 6-trinnsmodellen som den generelle veilederen for 6-trinnsmodellen gjør.⁵ Vi vil for eksempel ikke gå i dybden på hvordan man formulerer et etisk spørsmål. I denne veilederen vil vi først og fremst vise hvordan prioriteringskriteriene kan anvendes.

Prioriteringer skjer på ulike nivåer, både på systemnivå, ulike ledernivåer og i konkrete møter med pasienter og brukere. Vi vil derfor prøve å vise hvordan prioriteringskriteriene kan brukes på ulike nivåer.



5 Veileder til 6-trinnsmodellen for etikkrefleksjon



Prioritering

Å prioritere handler blant annet om å *rangere*, det vil si å sette noe foran noe annet, eller å ordne noe i en rekkefølge etter bestemte kriterier. I noen tilfeller kan det også handle om å bestemme hva som ikke skal gjøres. Når vi prioriterer, betyr det at noe *nedprioriteres*, og at det viktigste skal prioriteres først. Det vil si at noen enten må vente, for eksempel på en helsetjeneste eller behandling, eller ikke få denne helsetjenesten. Barra mfl. gir en smal definisjon av prioritering: «Å holde tilbake potensielt nyttig helsehjelp fordi begrensede ressurser bør anvendes på noe annet som er viktigere.»⁶

Det å bestemme hvem som ikke kan få, eller som må vente, kan være etisk utfordrende. Derfor kan det også være nyttig å anvende en etisk refleksjonsmodell når man står overfor situasjoner der man må prioritere. 6-trinnsmodellen er en god modell for å analysere og kartlegge situasjonen og mulige løsninger.

Prioriteringskriterier for helse- og omsorgstjenesten

I det følgende forklarer vi kort hva som ligger i kriteriene som skal brukes i prioriteringsspmål: *nytte*, *alvorlighet* og *ressurser*. Kriteriene skal ikke sees isolert, men vurderes samlet.

6 Barra, M., Feiring, E., Magelssen, M., & Aasen, H. S. (2026). *Prioritering i helse-tjenesten. Fra teori til praksis*. Gyldendal Akademisk.

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet, gjennom å gi økt sannsynlighet for

- overlevelse
- forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag⁷

Å vurdere et tiltak (diagnostikk, behandling, pleie- og omsorgsoppgave eller tjeneste) ut fra kunnskapsbasert praksis betyr å inkludere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og ikke minst pasientens/brukerens ønsker og behov. Her må vi bruke både forskning, egne erfaringer og pasientens perspektiv for å vurdere hvordan behandlingen kan bidra til overlevelse, redusert tap av mestring og funksjon, eller mindre fysisk og psykisk smerte og ubehag. Her handler det ikke bare om nytte knyttet til pasientens livslengde, men også pasientens livskvalitet.

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker jo mindre ressurser det legger beslag på.⁸ Her kan ressurser handle om personale, kompetanse, tid eller penger. Ressurskriteriet skal anvendes på tvers av tjenester, og det skal ikke anvendes alene. Det vil si at ressurskriteriet ikke skal overstyre de andre kriteriene.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker jo mer alvorlig tilstanden er. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra

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

⁷ Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>

⁸ Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.⁹

Jo mer alvorlig en sykdom eller lidelse er, desto høyere prioritet skal den ha.

I kriteriene er mestring tatt inn som en faktor som skal tas i betraktning når man vurderer nytten av et tiltak eller alvorligheten av en tilstand. Dersom et tiltak bidrar til økt mestring, taler det for at tiltaket er nyttig, og at man bør prioritere det. Eller, dersom en tilstand fører til redusert mestring, taler det for at den skal regnes som mer alvorlig, og at man bør prioritere helsehjelp for denne tilstanden. Mestring kan for eksempel handle om økt selvstendighet og større mulighet for livsutfoldelse.

I det som følger, vil vi vise hvordan 6-trinnsmodellen kan anvendes spesifikt på etiske problemstillinger knyttet til prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. På slutten av veilederen er det gitt tre detaljerte eksempler på dette. Vi vil også vise til en artikkel som belyser bruk av prioriteringskriteriene på klinisk nivå i kommunale tjenester, gjennom drøfting av fire eksempler¹⁰.

9 *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>

10 Magelssen, M., & Heggstad, A. K. T. (2025). Hvordan kan prioriteringskriteriene anvendes på klinisk nivå i kommunale helse- og omsorgstjenester? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 11(3), 1-9. <https://doi.org/10.18261/tfo.11.3.3>



6-trinnsmodellen til bruk i prioriteringsspørsmål

Ved bruk av 6-trinnsmodellen er idealet en *rasjonell og likeverdig dialog*, der partene viser respekt for hverandres perspektiv og innspill, og hvor så mange relevante perspektiver som mulig blir belyst. Modellen har vist seg å være til god hjelp med å holde oversikt, strukturere dialogen og holde søkelys på verdikonflikten i situasjonen. Modellen bidrar til å identifisere etiske utfordringer, gi faktisk beslutningsstøtte og hjelpe helsepersonell med å ta begrunnede og gjennomtenkte valg.

De seks trinnene i modellen

1. Hva er det etiske problemet/spørsmålet?
2. Fakta i saken
3. Berørte parter, deres syn og interesser
4. Etiske verdier, prinsipper, lovverk og prioriteringskriterier
5. Aktuelle handlingsalternativer
6. Helhetsvurdering

Trinn 1: Hva er det etiske problemet/spørsmålet?

Dette trinnet handler om å identifisere det etiske problemet. Det er viktig fordi det gir retningen for etikkrefleksjonen. Et etisk problem innebærer at vi er i tvil om, usikre på eller uenige om hva som er riktig eller best å gjøre i en bestemt situasjon. I prioriteringsspørsmål kan

det handle om usikkerhet, tvil eller uenighet om hva eller hvem man bør prioritere.

Vi anbefaler at det etiske problemet formuleres som et normativt spørsmål, gjerne ved hjelp av «bør» som spørreord.

Det kan være nyttig å begynne litt på trinn 2 og fakta i saken før man formulerer det etiske spørsmålet.

Her viser vi til noen eksempler på etiske spørsmål knyttet til de ulike tjenestenivåene:

På administrativt ledernivå

Prioriteringer på administrativt ledernivå handler om hvilke oppgaver, tjenester eller pasientgrupper kommunen velger å prioritere.

1. Bør kommunen prioritere flere somatiske sykehjemsplasser framfor plasser for personer med demens i skjermet enhet?
2. Bør kommunen prioritere helsesykepleiere til skolehelsetjenesten eller helsestasjonstjenesten?
3. Bør kommunen prioritere økning av ressurser i hjemmetjenesten eller forebyggende tjenester for barn og unge?

På forvaltningsnivå

Prioriteringer på forvaltningsnivå handler om tøffe prioriteringer ansatte på tildelingskontor må gjøre hver dag, knyttet til tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

1. Hvem bør prioriteres til langtidsplass på institusjon kontra heldøgns omsorg i hjemmet?
2. Bør den sengeliggende pasienten med langtkommet demens flyttes fra skjermet enhet til ordinær institusjonsplass for å frigjøre plass til andre?
3. Bør tildelingskontoret tildele tjenester utover minimumsnivå i et forebyggingsperspektiv når det er knapphet på ressurser?

På klinisk nivå

Prioritering på klinisk nivå handler om prioriteringer som helsepersonell må gjøre i møte med pasientene.

1. Bør jeg prioritere å trene med en pasient som har hatt lårhalsbrudd eller sette meg ned med en med angst?
2. Hvilke oppgaver bør jeg som helsesykepleier i skolehelsetjenesten prioritere i en travel hverdag?
3. Bør jeg som fastlege henvise pasienten videre til spesialist i tråd med pasientens ønske, selv om problemstillingen trolig også kan håndteres i allmennpraksis?

I en etikkrefleksjon har alle et felles ansvar når det gjelder formuleringen av det etiske spørsmålet. Dersom deltakerne er uenige om hva som er problemet/spørsmålet, er dette interessant i seg selv, og det er naturlig at den som leder etikkrefleksjonen, oppfordrer deltakerne til å utforske denne uenigheten nærmere.

Det er greit å starte med en «foreløpig» formulering av det etiske spørsmålet. Spørsmålet kan omformuleres underveis, etter hvert som man kommer til større klarhet i saken.

Trinn 2: Fakta i saken

Dette trinnet handler om å beskrive fakta i saken for å få belyst prioriteringsspørsmålet på en god måte. Den som presenterer det etiske prioriteringsproblemet, kan starte med å si hva saken handler om, nok til at man kan formulere det etiske spørsmålet.

I prosessen med kartlegging av fakta i saken bør vi unngå å tolke, men konsentrere oss om det som er objektive fakta. Her bør man avgrense fakta til det som er relevant for det aktuelle problemet. Det er ikke nødvendig å få fram alle detaljer. De som deltar i etikkrefleksjonen, men som ikke kjenner saken, kan stille utdypende spørsmål underveis.

Viktige fakta knyttet til prioriteringsspørsmål for kommunale ledere kan være:

- Pasient- eller brukergrupper man har ansvar for som leder
- Tjenester man tilbyr i kommunen eller i tjenesten
- Kompetanse man har tilgjengelig i kommunen eller på tjenestestedet
- Organisatoriske og ressursmessige rammer

Viktige fakta knyttet til prioriteringsspørsmål for saksbehandlere og helsepersonell kan være:

- Hva kunnskapsgrunnlaget forteller oss om alvorligheten av diagnosen, og om funksjon, atferd, forventet forløp, symptomer og nytten av aktuelle tiltak.
- Boforhold og kontekst (hvor pasienten mottar tjenester).
- Sosialt nettverk.
- Hva man har gjort hittil, og hvilken nytte det har hatt.
- Hvor mye og hva slags ressurser de aktuelle tiltakene krever.

Når vi beskriver fakta i prioriteringsutfordringer, bør både nytten av behandlingen eller tjenesten, alvorlighet knyttet til diagnose/prognose og nødvendige ressurser tas med. Her kan man også beskrive hvordan man mener at et tiltak vil påvirke pasientens mestring.

Det er ekstra viktig å være oppmerksomme på «fakta som mangler». I prioritering kan det være nødvendig å innhente flere fakta knyttet til hvert av de tre prioriteringskriteriene.

Trinn 3: Berørte parter og deres syn og interesser

Dette trinnet dreier seg om hvordan saken berører de ulike partene, og hvilket syn de berørte partene har på saken.

Det bidrar til å se saken og problemet fra flere perspektiver. For å være sikker på at alle perspektiver blir forstått og kommer fram, er det positivt om flest mulig av de berørte partene selv kan delta i refleksjonen. Det er viktig at perspektiver og verdier hos berørte parter som ikke er til stede, bringes inn i refleksjonen uten å tillegge partene meninger man ikke har fått bekreftet.

Refleksjon på dette trinnet handler om å få fram hva som er viktig og hva som står på spill. Ved å etterspørre partenes opplevelser, følelser og syn på saken, tydeliggjør man hvilke verdier som er under press. Dette er grunnlaget for resten av refleksjonen.

I prioriteringsspørsmål kan det være spesielt relevant å ta med eventuelt indirekte berørte parter, for eksempel samfunnet rundt, andre tjenester eller andre pasienter. En av hensiktene med prioriteringsveile-

deren er at vi skal få bevisste, åpne og etterprøvbare prioriteringer. Når vi prioriterer en pasient eller tjeneste foran en annen, betyr det som regel at en annen eller andre pasienter og tjenester får mindre. Det vil si at flere parter berøres når vi prioriterer. I prioriteringsveilederen er pårørende nevnt spesielt som en berørt part.

Trinn 4: Etiske verdier, prinsipper, lovverk og prioriteringskriterier

Dette trinnet handler særlig om etiske verdier, prinsipper og lovverk som aktualiseres i det etiske problemet. En verdi handler om et gode i menneskers liv, eller noe som er viktig for oss for å kunne leve et godt og meningsfylt liv. Eksempler på verdier som kan være viktige i prioriteringsspørsmål, er åpenhet, likeverd og rettferdighet. Ofte kan det hjelpe å identifisere verdier ved å se dem fra de berørte partenes perspektiver, for eksempel: «Hva er rettferdig behandling for denne brukeren?» eller «Hvordan kan jeg være åpen overfor pasient og pårørende om hva jeg prioriterer?»

Prioriteringskriteriene **nytte, ressurser og alvorlighet** vil også være aktuelle under dette punktet i refleksjonsmodellen.

Ved mange etiske problemer knyttet til prioriteringer, er det nyttig å bruke de fire helseetiske prinsippene *autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet*¹¹. Etiske problemer dreier seg ofte om en konflikt mellom to eller flere av disse prinsippene:

- **Autonomi** – innebærer en plikt til å ta hensyn til pasientens rett til å være med på å bestemme over sitt eget liv.
- **Velgjørenhet** – innebærer at helsepersonell har plikt til å forebygge skade og fremme det gode for pasienten.
- **Ikke-skade** – innebærer at helsepersonell har plikt til å unngå å påføre pasienten mer skade og lidelse enn det hen allerede har.
- **Rettferdighet** – innebærer at helsepersonell har plikt til å fordele rettferdig, dvs. like tilfeller behandles likt.

11 <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kompetanseheving/fireprinsippsetikken-morten-magelssen.pdf>

Selv om det ofte er *rettferdighetsprinsippet* som gjør seg gjeldende i prioriteringsspørsmål, kan de andre prinsippene også være aktuelle. Samtidig ser vi at de andre prinsippene, for eksempel pasientens autonomi, aktualiseres i de mer komplekse sakene om prioritering.

Under punktet om verdier og prinsipper kan det også være aktuelt å løfte fram skjulte verdier. Dette er verdier som er med på å prege valgene våre, men som vi kanskje ikke er bevisste på. Ofte kan dette handle om at *holdninger eller fordommer* kan bidra til at det er vanskelig å ta gode valg. Her er det viktig at det er våre egne skjulte verdier vi må være oppmerksomme på under refleksjonen. Vi skal være forsiktige med å tillegge andre berørte parter skjulte verdier. Åpenhet er i seg selv en viktig verdi når vi prioriterer. Det er derfor viktig å identifisere skjulte verdier, eller det vi kan kalle *skjulte drivere*, i prioriteringsspørsmål. Det kan for eksempel være når vi prioriterer en pasient fordi vi liker denne pasienten bedre enn andre pasienter, eller når ressurssterke pårørende bidrar til at fordelingen av helse- og omsorgstjenester ikke blir rettferdig.

Aktuelle lover og forskrifter i prioriteringsspørsmål kan være:

Kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten, folkehelse-
loven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

Lovteksten må fortolkes og knyttes til den aktuelle konteksten. Slik fortolkning kan være vanskelig. Hva innebærer for eksempel forsvarlig og omsorgsfull hjelp i en gitt situasjon? Det kan dessuten være utfordrende når ulike lover settes opp mot hverandre. Dette er også en viktig grunn til at vi trenger etikken i tillegg til lovverket.

I tillegg til lovverk har vi også ulike retningslinjer å forholde oss til, som for eksempel yrkesetiske retningslinjer og ulike normerende retningslinjer og veiledere som Helsedirektoratet har utarbeidet, for eksempel veilederen for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Trinn 5: Aktuelle handlingsalternativer

Dette trinnet handler særlig om hvilke handlingsalternativer som kan være aktuelle. Her kan man gjerne begynne med en kreativ idémyldring over mulige handlingsalternativer, uten å være kritisk vurderende. Det er viktig å huske at de ulike handlingsalternativene skal svare på det etiske problemet/spørsmålet, og knyttes til berørte parter samt verdiene og prinsippene, prioriteringskriteriene, normene og lovverket som tidligere er identifisert.

Trinn 6: Helhetsvurdering

Dette trinnet handler om å foreta en vurdering av handlingsalternativene og en vekting av verdiene som taler for og imot hvert alternativ.

Her bør man prøve å knytte de ulike handlingsalternativene til de berørte partenes syn på saken, og til konkrete verdier, prinsipper, prioriteringskriterier og lover. En måte å gjøre det på er å spørre hvordan disse momentene forholder seg til de ulike handlingsalternativene. For hvert handlingsalternativ — hva taler for og imot? I prioriteringsspørsmål blir det spesielt viktig å drøfte handlingsalternativene i lys av prioriteringskriteriene. Her er det en viktig del av refleksjonen å undersøke om det er noen tiltak man kan iverksette for å avhjelpe ulempen for den/de som blir nedprioritert.

Ved avslutning av refleksjonsprosessen er det viktig å avklare hvem som har ansvaret for å følge opp det som er kommet fram i refleksjonen. Hva bør gjøres, av hvem, og hvorfor?

Videre vil vi presentere tre konstruerte eksempler på prioriteringsutfordringer og vise hvordan 6-trinnsmodellen og prioriteringskriteriene kan anvendes på ledernivå, forvaltningsnivå og klinisk nivå. Eksempelene er kun for å vise metodikken, ikke gi råd eller føringer. Handlingsalternativene og helhetsvurderingene som presenteres, er kun ment som eksempler og illustrasjoner på hvordan modellen kan brukes. Drøftingene er heller ikke ment å være uttømmende.



Kasuistikk 1:

Prioritering mellom økt hjemmetjeneste og styrking av lavterskel psykisk helsetilbud

En mellomstor kommune står overfor betydelige økonomiske innstramninger i kommende budsjettår. Kommunalsjef for helse og omsorg er pålagt å holde seg strengt innenfor sektorens budsjett-ramme, samtidig som behovene i befolkningen fortsetter å øke. Ledergruppen må derfor vurdere prioriteringer som vil få konsekvenser både for innbyggere, ansatte og kommunens langsiktige bærekraft.

Etter en gjennomgang er det særlig to tjenesteområder som aktualiseres:

- **Hjemmetjenesten** er under sterkt press på grunn av en økning i antallet eldre med omfattende og sammensatte behov. Flere brukere mottar allerede kun minimumstjenester, og ansatte rapporterer om tidspress, etisk stress og bekymring for tjenestenes forsvarlighet. Tjenesten har rekrutteringsutfordringer og opplever stadig oppsigelser. En styrking av hjemmetjenesten vurderes som nødvendig for å sikre trygghet og grunnleggende hjelp til de mest hjelpetrengende.
- **Lavterskel psykisk helsetilbud for barn og unge** har de siste årene vist svært gode resultater, spesielt innen tidlig innsats, mestring og forebygging av mer alvorlig psykisk sykdom. Tilbudet er ikke direkte lovpålagt, noe som gjør det sårbart i en situasjon med stramme budsjettammer.

For å møte budsjettkrav og samtidig ivareta lovpålagte tjenester foreslås det å omprioritere midler fra barn og unge-tiltaket for å styrke hjemmetjenesten.

1. Hva er det etiske problemet/spørsmålet?

Bør kommunen prioritere styrking av hjemmetjenesten for eldre med omfattende behov, selv om dette innebærer reduksjon eller avvikling av et forebyggende psykisk helsetilbud for barn og unge som fremmer mestring og selvstendighet?

2. Fakta i saken

- Kommunen har svært begrenset økonomisk handlingsrom.
- Antall innbyggere over 80 år øker raskt.
- Kommunalsjefens anbefaling får stor betydning for politisk beslutning.

Hjemmetjenesten:

- manglende tid til helhetlig og forsvarlig behandling og omsorg
- økende sykefravær
- rekrutteringsutfordringer og ubesatte stillinger
- lovpålagt tjeneste

Lavterskel psykisk helsetilbud (barn og unge):

- retter seg mot milde til moderate psykiske vansker
- bidrar til økt mestring, funksjon og deltakelse i skole/fritidsaktiviteter
- forebygger behov for spesialisthelsetjenester
- tjenesten er ikke direkte lovpålagt
- dokumentert gode resultater

Fakta som mangler:

Konsekvenser, kvalitet og effekt:

- Hjemmetjenesten: avvik, uønskede hendelser, ev. tilsynssaker?
- Kvalitet i hjemmetjenesten (f.eks. brukerundersøkelser)?
- Lavterskeltilbudet: redusert henvisning til BUP/DPS, effekt på skolefravær og funksjon?

Økonomi:

- Faktiske kostnader per bruker i begge tjenester?
- Minimumsnivå for forsvarlig drift?
- Mulige alternative finansieringskilder for lavterskeltilbudet (tilskudd, interkommunalt samarbeid)?

3. Berørte parter og deres syn og interesser

Eldre brukere av hjemmetjenesten: Behov for trygghet, verdighet og mulighet til å mestre eget liv hjemme. Bekymret for redusert funksjon, økt avhengighet og risiko for institusjonsplassering. Avhengige av stabile, forsvarlige og forutsigbare tjenester.

Barn og unge som mottar lavterskel psykisk helsehjelp: Behov for tidlig hjelp og støtte før problemer eskalerer. Behov for et lokalt tilbud. Risiko for økt psykisk belastning, skolefravær/fracfall og utenforskap dersom tilbudet faller bort.

Pårørende (begge grupper): Bekymring for belastning ved redusert offentlig støtte og dermed følelse av økt ansvar. Bekymring for både eldre familiemedlemmer og barn/unge. Behov for trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet.

Ansatte i hjemmetjenesten: Opplever moralsk stress og høyt arbeidspress. Ønsker å gi forsvarlige tjenester. Opplever utfordringer med arbeidsmiljø, sykefravær og rekrutteringsproblemer. Behov for tilstrekkelige ressurser og faglig støtte.

Ansatte i lavterskeltilbudet: Behov for forutsigbarhet og videreføring av faglig begrunnede tiltak. Bekymring for barn og unge som mister et velfungerende tilbud.

Kommunalsjef og kommuneledelse: Ansvar for helhetlig prioritering, rettferdig fordeling og langsiktig bærekraft. Må balansere lovkrav, faglige råd, politiske forventninger og økonomiske rammer. Beslutningene får direkte konsekvenser for risiko og tjenestekvalitet.

Innbyggere i kommunen: Uttrykker bekymring i leserinnlegg og sosiale medier om hvordan det blir å bo og eldes i kommunen framover. Opplever usikkerhet om framtidige tjenester og kommunens prioriteringer.

Politikere: Utfordres på å fatte beslutninger som veier økonomi, lovverk og hensyn til innbyggerne opp mot hverandre.

4. Verdier, prinsipper og lovverk

Etiske prinsipper

Autonomi

I hjemmetjenesten risikerer brukere med omfattende behov å miste muligheten til å påvirke egen hverdag når tjenestene er så presset at de kun mottar minimumshjelp. Å styrke tjenesten vil derfor støtte deres praktiske autonomi. For barn og unge tilbyr lavterskeltilbudet et trygt rom for å uttrykke følelser og mestre utfordringer, noe som på sikt kan styrke deres utvikling av autonomi. Et kutt vil redusere denne muligheten. Dermed står kommunen overfor et valg mellom å beskytte autonomien til en svært sårbar gruppe her og nå, eller til barn og unge som trenger støtte for å utvikle sin framtidige selvbestemmelse.

Ikke-skade

Manglende styrking av hjemmetjenesten kan føre til direkte skade, eksempelvis utrygge situasjoner, feilmedisinering eller utilstrekkelig hjelp knyttet til grunnleggende behov. For lavterskeltilbudet vil et kutt øke risikoen for at barn og unge utvikler mer alvorlige psykiske plager, som igjen kan føre til framtidig skade både for individet og samfunnet. Mens skaden i hjemmetjenesten kan være akutt og konkret, er skaden ved kutt i forebyggende tjenester mer langsiktig, men potensielt omfattende.

Velgjørenhet

Hjemmetjenesten gir umiddelbar og helt nødvendig hjelp som direkte påvirker brukernes helse, trygghet og livskvalitet. Å styrke denne tjenesten vil kunne ha en tydelig og rask velgjørende effekt. Lavterskel psykisk helsehjelp til barn og unge gir også betydelige helsegevinster, men i større grad på lang sikt enn hjemmetjenesten, gjennom forebygging og mestring som kan forhindre mer alvorlige psykiske plager. Begge tjenestene gjør godt, men effekten utspiller seg til dels over ulike tidshorisonter.

Rettferdighet

Brukere av hjemmetjenesten har ofte store og grunnleggende behov der tjenester er lovpålagte, noe som normalt gir høy prioritet. Samtidig er barn og unge en gruppe som ikke kan ivareta egne interesser i samme grad, og som derfor lett taper i budsjettprosesser, selv om

tjenesten deres kan bidra til like muligheter og forebygging av framtidig utenforskap. Rettferdighetsprinsippet viser dermed et spenn mellom lovpålagte, akutte behov og mer langsiktige tiltak som sikrer sosial bærekraft.

Andre aktuelle verdier

Åpenhet: I prioriteringsspørsmål er det viktig med transparente og åpne prosesser. Åpenhet er derfor en aktualisert verdi.

Tillit: Å svekke viktige tjenester kan undergrave innbyggernes tillit til kommunen. Tydelige og begrunnede prioriteringer er avgjørende for å opprettholde denne tilliten.

Verdighet: Begge tjenesteområdene berører menneskers rett til å bli møtt med respekt. Et for svakt hjemmetjenestetilbud truer brukernes grunnleggende verdighet, mens kutt i lavterskeltilbudet kan svekke barns og unges opplevelse av å bli tatt på alvor.

Bærekraft: Beslutningen har langsiktige konsekvenser. Å styrke hjemmetjenesten sikrer dagens akutte behov, mens å bevare psykisk helsehjelp for barn og unge bidrar til framtidig sosial og økonomisk bærekraft.

Trygghet: Eldre og kronisk syke trenger stabile og forsvarlige tjenester for å føle seg trygge. Barn og unge trenger trygge arenaer for psykisk støtte. Begge grupper kan miste trygghet dersom tjenester svekkes.

Ansvarlighet: Kommunen må balansere ansvar for lovpålagte tjenester, for sårbare grupper og for konsekvensene av forebyggende arbeid på lang sikt. Et tydelig ansvar for både nåtid og framtid aktualiseres.



Prioriteringskriteriene

Tiltak/kriterium	Alvorlighet	Nytte	Ressurs
Styrke hjemme-tjenesten.	Svært høy alvorlighet; svikt kan føre til akutte og alvorlige hendelser.	Gir umiddelbar og høy nytte for sårbare brukere med store behov.	Ressurskre- vende, men målrettet mot lovpålagte tjenester. Kan utsette eller forebygge dyrere tiltak som sykehjemsplass eller syke- hus-innleggelser.
Videreføre lavterskel psykisk helse- tilbud for barn og unge.	Middels til høy alvorlighet, men hovedsakelig langsiktige konsekvenser.	Gir høy forebyg- gende nytte og styrker mestring og psykisk helse.	Kostnadseffek- tivt tilbud, men ikke lovpålagt, og dermed sårbart i priorite- ring.

Aktuelt lovverk

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)

Kommunen har ansvar for nødvendige tjenester (§ 3-1) og et forsvarlig tjenestenivå (§ 4-1) med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (§ 4-2). For denne saken er det også sentralt at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester (§ 3-2 første ledd nr. 1), herunder helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette gir et lovgrunnlag for å ivareta lavterskel psykisk helsetilbud for barn og unge som del av kommunens forebyggingsoppdrag, samtidig som hjemmetjenesten er sentral i de nødvendige og forsvarlige tjenestene kommunen må sikre.

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)

Innbyggere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (§ 2 1 a), rett til medvirkning (§ 3 1) og tilpasset informasjon (§ 3 2). Dette aktualiserer krav til både trygg og forsvarlig hjemmetjeneste og til å høre barn og unge når forebyggende tilbud vurderes endret.

Helsepersonelloven (hpl.)

Helsepersonell plikter å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (§ 4), og ledelsen skal tilrettelegge for at pliktene kan oppfylles (§ 16). Ved varig underbemanning eller utrygge rammer kan forsvarligheten utfordres.

Folkehelseloven (fhl.)

Kommunen skal fremme folkehelse (§ 4), ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (§ 5) og iverksette målrettede tiltak (§ 7). Dette kan understøtte opprettholdelse av forebyggende lavterskeltiltak for barn og unge.

Barnekonvensjonen

Når barn og unge berøres av prioriteringer, må barnets beste vurderes sammen med prioriteringskriteriene alvorlighet, nytte og ressurs. Dette følger av Barnekonvensjonen art. 3, som gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 4 og Grunnloven § 104 andre ledd har forrang i norsk rett. Kommunen er derfor forpliktet til å vurdere barnets beste på en forsvarlig måte, veie det mot andre hensyn og synliggjøre vurderingen i beslutningene som fattes. Dette er også presisert i Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En etikkrefleksjon kan være et ledd i en slik barnets beste-vurdering.

5. Aktuelle handlingsalternativer

Handlingsalternativ 1:

Styrke hjemmetjenesten ved å omdisponere midler fra lavterskel psykisk helsetilbud for barn og unge.



Handlingsalternativ 2:

Videreføre lavterskel psykisk helsetilbud uten å styrke hjemmetjenesten.

Alternativ	Fordeler	Ulemper
Alternativ 1	Styrker en lovpålagt og akutt presset tjeneste med høy alvorlighetsgrad.	Forebygging svekkes, og barn og unge mister et viktig tilbud.
Alternativ 2	Kommunen opprettholder et effektivt forebyggende tiltak og ivaretar barnets beste.	Hjemmetjenesten forblir underbemannet og risikerer å ikke oppfylle forsvarlighetskravet.

Det er også nyttig å se på alternative handlingsalternativer eller «mellomløsninger». Det kan i denne kasuistikken være:

a) Delvis omdisponering + målrettet styrking av hjemmetjenesten

I stedet for et fullstendig kutt i lavterskeltilbudet, kan det omdisponeres en mindre andel av midlene, kombinert med tiltak som gir mer effektiv drift i hjemmetjenesten (f.eks. bedre turnus og velferds- og helseteknologiske løsninger).

Effekt: Hjemmetjenesten får tiltrengte ressurser, mens lavterskeltilbudet bevares i redusert, men fungerende form.

b) Midlertidig styrking av hjemmetjenesten (1–2 år) med tidsavgrenset justering av lavterskeltilbudet

Kommunen kan gjøre midlertidige prioriteringer med krav om evaluering etter en periode.

Effekt: Hjemmetjenesten stabiliseres, og man unngår varige kutt i forebyggende tjenester.

c) Effektivisering og omprioritering internt i sektoren uten å ta midler fra barn og unge

Kommunen kan se på andre utgiftsområder i helse og omsorg som har mindre alvorlighetsgrad, eksempelvis justering av administrative funksjoner, samlokalisering og samorganisering av tjenester og reduksjon i ikke-lovpålagte tjenester / aktiviteter med lavere effekt

Effekt: Man skåner både hjemmetjenesten og tilbudet til barn og unge.

d) Økt bruk av samarbeid med frivilligheten og ideelle aktører

Lavterskeltilbudet kan delvis støttes av frivillige eller ideelle organisasjoner innen psykisk helse, mens kommunen beholder fagansvaret.

Effekt: Avlaster økonomien uten å fjerne et viktig tilbud, og frigir ressurser til økt hjemmetjeneste.

e) Ekstern finansiering eller prosjektmidler for barn og unge

Kommunen kan søke ulike tilskuddsordninger, som midlertidig kan dekke deler av lavterskeltilbudet.

Effekt: Man beholder forebygging uten å belaste driftsbudsjettet fullt ut.

f) Prioritere de mest utsatte i begge tjenester gjennom målrettede innstramminger

Lavterskeltilbudet kan spisses til barn og unge som har størst behov (tidlig innsats og høyrisiko). Hjemmetjenesten kan bruke prioriteringsverktøy for å sikre ressursbruk der risiko er størst.

Effekt: Høyest mulig kvalitet opprettholdes for de mest sårbare.

6. Helhetsvurdering

Hjemmetjenesten står i umiddelbar fare for å yte uforsvarlige tjenester. Alvorlighetsgraden er høy, og prioriteringskriteriene peker derfor mot at tjenesten må styrkes. Samtidig er lavterskel psykisk helsetilbud for barn og unge et viktig forebyggende tiltak, og barnets beste skal veie tungt når beslutninger påvirker barn og unge.

Når etikk, lovgrunnlag og prioriteringskriteriene veies samlet, kan en kombinert løsning bli aktuell: **Hjemmetjenesten styrkes målrettet**, særlig gjennom delvis (eller midlertidig) økt bemanning for å sikre forsvarlig drift, bedre organisering og arbeidsflyt, bruk av velferdsteknologi og digitale tilsyn samt kompetansestøtte og tiltak for å redusere etisk stress og turnover. Dette kan gi rask forbedring i en tjeneste med høy alvorlighet og akutt sviktfare. Samtidig **oppretholdes lavterskeltilbudet for barn og unge i en kjerneversjon** ved å prioritere barn og unge med høy risiko og tidlig innsats, sikre tilgjengelighet via skolehelsetjeneste/helsestasjon og tilby korte, virkningsfulle intervensjoner. Dette ivaretar kommunens forebyggingsansvar og hensynet til barnets beste.

Det kan være viktig å vurdere tilleggstiltak for å unngå et rent kutt, som å hente ut effektiviseringsgevinster i sektoren før man omdisponerer, søke eksterne tilskuddsordninger og samarbeide med frivillige/ideelle aktører om støtteaktiviteter.

Denne mellomløsningen kan gi balanse mellom akutte behov, forebyggende effekt, lovkrav og etiske hensyn.





Kasuistikk 2:

Tildeling av tjenesten *Hverdagsrehabilitering*

Bruker i 80-årene med Parkinsons sykdom (progredierende sykdom). Bruker har redusert gangfunksjon og flere fall. Ektefelle bistår pasienten mye i ADL (dagliglivets aktiviteter). Bruker har nå søkt om tjenesten Hverdagsrehabilitering. Har tidligere i år hatt to runder à 6 uker oppfølging av Hverdagsrehabilitering. Har begge runder hatt god effekt av tiltak og trening. Dette understøttes også av objektive tester av funksjon som blir tatt. Bruker klarer imidlertid ikke å opprettholde treningen og effekten av den på egen hånd. Dermed forfaller hun fort mellom intervensjonene. Tjenesten Hverdagsrehabilitering er svært presset på ressurser, og de har mange brukere som vil kunne nyttiggjøre seg tjenesten.

1. Hva er det etiske problemet/spørsmålet?

Bør bruker tildeles ny oppfølgingsperiode fra Hverdagsrehabilitering?

2. Fakta i saken

- Bruker er i 80-årene med progredierende Parkinson, redusert gangfunksjon og falltendenser.
- Bruker har hatt to runder med oppfølging fra Hverdagsrehabilitering tidligere, med god effekt av tiltak og trening.
- Bruker klarer ikke å opprettholde trening på egen hånd og hun reduseres når hun ikke får oppfølging.
- Det er ikke vanlig å tilby varig fysioterapi gjennom Hverdagsrehabilitering.

3. Berørte parter og deres syn og interesser

Bruker: Ønsker tjenesten fra Hverdagsrehabilitering, og det er i brukers interesse å få tjenesten, men hun er lite motivert for å følge opp trening på egen hånd.

Pårørende: Ønsker at kona skal få oppfølging fra Hverdagsrehabilitering for å kunne opprettholde gangfunksjon.

Ansatte i Hverdagsrehabilitering: Ser at bruker har nytte av oppfølging, men er frustrert over at bruker ikke klarer å opprettholde funksjonsnivået på egen hånd, da dette tar opp tid som de kunne brukt på andre brukere.

Andre brukere: Det er mange brukere som har behov for oppfølging av Hverdagsrehabilitering. Dersom man tilbyr enda en runde for denne brukeren, vil det kunne gå utover andre brukere som har et like stort behov, og som muligens er mer motivert for egentrening enn den aktuelle brukeren.

4. Verdier, prinsipper og lovverk

Etiske prinsipper

Autonomi

I denne situasjonen kan ikke bruker tvinges til egentrening, men kan heller ikke kreve å få oppfølging av Hverdagsrehabilitering. For at bruker skal kunne ha reell medvirkning, må helsepersonell informere om valget bruker har. I situasjonen som er beskrevet, er ikke bruker motivert for å trene på egen hånd for å opprettholde funksjon. Det er imidlertid uklart om bruker er godt nok informert om konsekvensene av ikke å trene på egen hånd.

Ikke-skade

I denne situasjonen er ikke dette prinsippet aktuelt.

Velgjørighet

Å tilby trening og behandling fra Hverdagsrehabilitering vil komme bruker til gode. Å ikke tilby tjeneste fra Hverdagsrehabilitering vil kunne føre til at bruker får dårligere funksjon og opplever mindre

mestring både fysisk og psykisk. Å fortsette å gi denne brukeren behandling vil derfor være i tråd med velgjørhetsprinsippet. Velgjørhetsprinsippet kan også knyttes til nytte-kriteriet.

Rettferdighet

Dersom bruker tildeles tjenesten, vil det kunne påvirke andre brukere som har et like stort behov. Dersom det er andre brukere som har større behov og utbytte, vil det ikke være rettferdig å prioritere denne brukeren opp mot disse.

Prioriteringskriteriene

Alvorlighet	Nytte	Ressurs
Kortsiktig: Nedsatt gangfunksjon og økt risiko for fall. Dårligere livskvalitet og fysisk og psykisk funksjon. Langsiktig: Ved nedsatt gangfunksjon og økt falltendens vil bruker ha større risiko for blant annet lårhalsbrudd, som er forbundet med økt dødelighet.	Kortsiktig nytte: Avlastning for pårørende. Utsette behov for mer omfattende hjemmetjeneste og sykehjem. Langsiktig nytte: Dersom bruker får tilbud om tiltak, vil bruker kunne oppleve økt mestring og økt livskvalitet både fysisk og psykisk ved at hun får opprettholdt gangfunksjon. Uten egeninnsats vil ikke nytten holde seg over tid.	Ressursene som kreves for å tilby tjenesten til denne brukeren, handler både om tid og kompetanse. Dersom man må gå mange runder med oppfølging, og bruker ikke klarer å følge opp selv, vil det kunne bli ressurskrevende over tid. Man kan stille spørsmål ved om bruker opptar for mye ressurser i forhold til nytten av tiltaket.

Aktuelt lovverk

Helsepersonelloven § 4. Forsvarlighet

- Helsepersonell skal yte faglig forsvarlig helsehjelp.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (hol.)

- Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det står blant annet at kommunene skal «ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer» (§ 3-1).
- Videre skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte der pårørende har et særlig tyngende omsorgsarbeid (§ 3-6). I denne situasjonen er det usikkert hvor tyngede ansvaret er for den pårørende, men det bør vurderes.

5. Aktuelle handlingsalternativer

Alternativ	Fordeler	Ulemper
Tildele ny oppfølgingsperiode.	- Bruker har hatt effekt av tidligere oppfølgingsperioder. - Bruker opprettholder gangfunksjon. - Det blir mindre ADL-oppfølging fra pårørende.	- Andre brukere vil få mindre tid. - Effekten av tiltakene er kort fordi hun ikke klarer å vedlikeholde funksjonen på egen hånd. - Ingen får innvilget varig/konstant hverdagsrehabilitering. - Andre potensielle brukere vil kanskje ha like stort kortsiktig utbytte av oppfølgingen, og i tillegg klare å vedlikeholde funksjonen selv etter endt oppfølging.

6. Helhetsvurdering

Ut fra en helhetsvurdering vil man kunne forsvare å nedprioritere brukeren til fordel for andre brukere som vil kunne ha større og mer varig nytte av tilbudet om hverdagsrehabilitering.





Kasuistikk 3:

Sykepleier som må prioritere en pasient framfor en annen på kveldsvakt

Kasuistikken vi bruker her er hentet fra et sykehjem. Den representerer ikke nødvendigvis et dilemma, men en typisk hverdagssituasjon hvor sykepleiere må prioritere den ene pasienten framfor den andre. Hensikten er først og fremst å illustrere hvordan kriteriene kan forstås på klinisk nivå.

Anna er alene som sykepleier på kveldsvakt på et sykehjem med tre avdelinger — en 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. Den ene pasienten er klar og orientert, men har svært dårlig regulert diabetes og har hatt svingende blodsukker de siste dagene. Hun er en pasient som ellers gjør lite ut av seg, og sier sjelden fra om hun trenger hjelp. Anna bør derfor være ekstra oppmerksom på blodsukkeret til denne pasienten. Den andre pasienten har langt-kommet demens og et sår som skulle vært stelt tidligere på dagen, men sykepleier på dagvakt har ikke hatt tid til å stelle det. Såret har vært stygt de siste dagene, og man mistenker en infeksjon i såret. Pasienten har feber. Datteren, som er enebarn, er på besøk, og er svært bekymret for såret til moren. Hun vil at Anna straks må komme og se på såret, og sier hun ikke stoler på kompetansen til helsefagarbeiderne. Det er i utgangspunktet et utfordrende samarbeid med datter, som tidligere har truet med å gå til pressen fordi hun mener moren får for dårlig oppfølging. Anna føler seg dratt mellom disse to pasientene og er usikker på hvem hun skal prioritere først.

1. Det etiske spørsmålet

Hvem bør Anna prioritere først på kveldsvakten?

2. Fakta i saken

- **Fakta om pasient 1:** Har diabetes type 1 som krever tett medisinsk oppfølging, er til vanlig klar og orientert. Pasienten har hatt veldig svingende blodsukker de siste dagene, og har også vært noe forvirret på dagvakten.
- **Fakta om pasient 2:** Har langtkommet demens, mangler beslutningskompetanse når det gjelder medisinsk behandling, men motsetter seg heller ikke sårstell. Har en datter som uttrykker engstelse, og som også tidligere har truet med å gå til pressen fordi hun mener moren ikke får tett nok oppfølging.

3. Berørte parter og deres syn og interesser

Pasient med diabetes: Pasienten uttrykker sjelden egne ønsker, og sier ikke fra når hun trenger hjelp, men det vil helt klart være i hennes beste interesse at Anna ser til henne raskt.

Pasient som trenger sårstell: Pasienten uttrykker ikke hva hun ønsker fordi hun ikke er i stand til å følge opp egne behov på grunn av sykdom / kognitiv svikt, men det er i pasientens interesse at Anna følger opp såret.

Pårørende til pasient 2: Pårørende uttrykker at hun er svært engstelig for utviklingen av morens sår, og ønsker at Anna straks skal komme og se på såret til moren.

Anna (sykepleier): Kjenner seg dratt mellom pasientene. Begge har viktige behov.

Annet helsepersonell: De vil påvirkes av at Anna må bruke mye av tiden sin på de to pasientene som er dårlige.

Andre pasienter på avdelingen blir berørt dersom Anna må bruke mye tid hos disse pasientene.

4. Verdier, prinsipper og lovverk

Etiske prinsipper

Velgjørenhet

Velgjørenhet tilsier at brukerne sikres forsvarlig og omsorgsfull hjelp. For begge pasientene vil en rask oppfølging fra Anna ivareta velgjørenhetsprinsippet.

Rettferdighet

Her blir vurderingen av hvem som har mest nytte av sykepleiertilsyn viktig. Rettferdighet handler også om å unngå å la «skjulte drivere» (slik som sterke pårørende eller media) avgjøre hvem man prioriterer. Det rettferdige vil være å gå først til den pasienten det haster mest med. Medisinsk sett kan det tale for at Anna bør prioritere å gå først til pasienten med diabetes, og ikke la seg styre av pårørende som presser på for at hun skal prioritere den andre pasienten.

Ikke-skade

Dette prinsippet er ikke så aktuelt i denne saken (å forebygge forverring og komplikasjoner kommer inn under velgjørenhetsprinsippet).

Autonomi

Her er det først og fremst pasienten som har rett til å medvirke, men dersom pasienten ikke selv kan uttrykke sine ønsker, for eksempel på grunn av kognitiv svikt, skal nærmeste pårørende ha mulighet til å medvirke. Pårørende kan imidlertid ikke styre hvem Anna skal prioritere først.

Etiske verdier

Tillit: De ansatte opplever at datter ikke har tillit til andre enn sykepleier, og de strever generelt med å få tillit hos henne. Ikke å følge opp kravet til denne datteren vil muligens bryte ned tilliten enda mer.

Åpenhet: Åpenhet rundt hvordan Anna prioriterer vil derfor være viktig, også for at pårørende skal forstå, og for å unngå at «skjulte drivere» styrer våre valg.

Prioriteringskriteriene

Alvorlighet	Nytte	Ressurs
En dårlig regulert diabetes type 1 kan være svært alvorlig, og livstruende dersom pasienten ikke får rask nok oppfølging. Hvis vi skal ta inn tidsaspektet og hva som haster mest, haster det ofte mest å følge opp blodsukker. Samtidig vil det kunne oppstå alvorlige situasjoner dersom en pasient med et infisert sår ikke får behandling. Det kan i verste fall utvikle seg til blodforgiftning	Begge pasientene vil ha nytte av at Anna følger dem opp på kveldsvakten. Her kan man tenke seg at pasienten med diabetes har mest nytte av raskt tilsyn og ev. behandling, for behandling vil kunne forhindre alvorlige tilstander, samtidig som behandlingen kan gi rask nytte. For pasient 2 vil det gi nytte både for pasienten og pårørende. Det er nyttig for pasienten å forebygge komplikasjoner av såret, for en infeksjon kan gjøre pasienten svært urolig. Høy prioritet kan være nyttig for en pårørende som er svært engstelig, men dette bør tillegges mindre betydning.	Begge pasientene vil kreve Annas kompetanse. Å gå innom pasienten med diabetes, gjøre en rask vurdering, og eventuelt måle blodsukkeret, vil i utgangspunktet ikke ta lang tid. Dersom pasienten har veldig lavt eller veldig høyt blodsukker, vil det imidlertid kreve mer av tiden til Anna, noe som kan innebære at pasienten med såret må vente lenger. I og med at det er såpass mange usikre faktorer, er det vanskelig å vurdere tidsbruken hos diabetespasienten. Sårstell tar normalt lenger tid enn for eksempel å måle blodsukkeret.

Aktuelt lovverk

Helsepersonelloven (hpl.)

Vi har som helsepersonell plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette kan også knyttes til alvorlighetskriteriet.

Anna har plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp for begge pasientene, men siden det trolig haster mest med tilsyn til pasienten med diabetes, kan det argumenteres for at faglig forsvarlighet tilsier at denne blir sett til først.

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.):

Pasienter og brukere har rett på nødvendig helsehjelp. I dette caset har står begge pasientene likt, de har begge denne retten.

Videre har pasienter og brukere rett til å medvirke. Pasients og pårørendes synspunkter og egne ønsker bør derfor tillegges vekt, men de kan ikke kreve en bestemt behandling/oppfølging, og pårørende kan ikke kreve eller true for å få helsehjelp eller kreve prioritet framfor andre.

5. Aktuelle handlingsalternativer

Alternativ 1:

Prioritere å gå først til diabetespasienten, og si til pårørende at moren hennes må vente. Vær åpen overfor pårørende om at det er en annen pasient som har større behov for sykepleie akkurat nå.

Alternativ 2:

Prioritere pasienten som trenger sårstell. Be en helsefagarbeider måle blodsukkeret til diabetespasienten og be henne rapportere til Anna.

Alternativ	Fordeler	Ulemper
Alternativ 1	Dette kan potensielt være livreddende dersom pasienten har veldig høyt eller lavt blodsukker som krever raske tiltak. Anna lar seg ikke styre av «skjulte drivere» som sterke pårørende.	Pårørende bli enda mer misfornøyd med oppfølgingen av moren, og kan i verste fall gjøre alvor av trusler om å gå til media. Det kan oppstå en alvorlig situasjon dersom infeksjonen raskt skulle forverre seg.
Alternativ 2	Anna bidrar til å opprettholde tilliten til datteren, og vil slippe at datter er «på» gjennom hele vekten.	Dersom pasienten med diabetes ikke får rask oppfølging, kan det få veldig alvorlige konsekvenser. Selv om en helsefagarbeider kan måle blodsukker, har Anna mer kompetanse dersom det skulle oppstå komplikasjoner, og pasienten trenger videre oppfølging. En ulempe er også at hun da lar seg styre av sterke pårørende, som igjen kan gjøre at pasient 1 blir den tapende part.

6. Helhetlig drøfting

Ut fra det vi vet om saken, kan det synes som at det beste vil være at Anna prioritere å gå først til pasienten med diabetes. Begge pasientene vil ha nytte av tilsyn fra Anna, men vurdert ut fra alvorlighet kan det haste mer å få tilsyn for en pasient som har hatt veldig ustabil blodsukker de siste dagene. Anna kan argumentere overfor datteren til pasienten med såret hvorfor hun måtte prioritere slik, og ivaretar da prinsippet om åpenhet. Hun må da også være oppmerksom på at hun ivaretar taushetsplikten overfor pasienten med diabetes.



Etikksatsingen og SMEs samlede tilbud til helse- og omsorgstjenestene

Etikksatsingen i KS er en nasjonal satsing som bistår kommunenes arbeid med etisk kompetanseheving tett knyttet til fagutviklings- og kvalitetsarbeid. Etikksatsingen har regionale etikkrådgivere som bistår kommunene regionalt og lokalt. De kan bistå ledere og ansatte med metodekurs, lederkurs, forankringsarbeid, innlegg på fagdager m.m. Etikksatsingen utvikler praksisnære verktøy i samarbeid med etikkveiledere i kommunen og ulike fagmiljøer for å være tett på aktuelle utfordringer og behov. Etikksatsingen deler ut den årlige etikkprisen. Kommunene kan ta direkte kontakt når de ønsker bistand fra etikksatsingen. Nettsiden til KS er oppdatert og viser det aktuelle tilbudet. Her finner man også alle verktøyene digitalt. Se <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo samarbeider med KS om etikkarbeidet for kommunal helse- og omsorgstjeneste, og har i tillegg et ansvar overfor helseforetakene. Gjennom undervisning, veiledning og forskning søker SME å styrke etikk-kompetanse og etisk bevissthet i helsetjenestene. SME driver koordinering og fagutvikling av de kliniske etikk-komiteene i helseforetak og kommuner. SMEs arbeid med klinisk etikk er finansiert av Helsedirektoratet. Se <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/>

SME og KS samarbeider for å bruke felles ressurser til det beste for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskning, evalueringer og erfaringer vi har fra dette arbeidet gjennom mange år, gjør oss trygge på at systematisk bruk av den kunnskapsbaserte metodikken vi har delt med dere gjennom denne veilederen, vil gi bedre helse- og omsorgstjenester].

Relevant forskning og evaluering ligger på nettsidene som er lenket i teksten over.

Refleksjonsguide

TRINN 1: DET ETISKE PROBLEM / SPØRSMÅL:

Beskriv problemet kort i en setning. Start gjerne med ordet «Bør...»

TRINN 2: FAKTA	TRINN 3: BERØRTE PARTER
Hva er fakta i saken? Viktig å bli enige om hva som er objektive fakta og hva som eventuelt er tolkning.	Hvem er de berørte parter og på hvilken måte er de berørt – Hva er viktig for de ulike partene og hva er deres syn på saken?
SKRIV NED FAKTA <i>Gruppedeltakerne kan stille utdypende /oppklarende spørsmål om fakta hvis behov.</i> <i>Hva sier kunnskapsgrunnlaget oss?</i> <i>Hvordan påvirker annen spesifikk fagkunnskap saken? Relatert til eks: funksjon, adferd, forventet forløp og symptomer osv.?</i> <i>Hva har man gjort hittil?</i> Fakta som mangler: <i>Er det noen relevante fakta vi ikke har?</i>	<i>Eksempel: Pasient, pårørende, medarbeidere, andre?</i> <i>Hvordan opplever de ulike parter situasjonen? – Hva står på spill for den enkelte?</i> <i>Hvordan blir den som opplever det etiske problemet selv berørt?</i>

Eksempelskjema og skjema til utfylling kan lastes ned her:
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/verktoy-og-metoder2/hovedmodeller-for-etisk-refleksjon/>

TRINN 4: VERDIER, PRINSIPPER OG LOVERK		TRINN 5: HANDLINGS- ALTERNATIVER
- Hvilke verdier/prinsipper aktualiseres eller utfordres? - Skjulte verdier?	Hva sier relevante lover og retningslinjer ?	
<i>Eksempel: de fire helseetiske prinsipper</i> <i>Rettferdighetsprinsippet</i> <i>Ikke-skade-prinsippet,</i> <i>Velgjørhetsprinsippet</i> <i>Autonomiprinsippet (selvbestemmelse/medbestemmelse),</i> <i>Organisasjonens verdier</i> <i>Andre verdier?</i> <i>Hvis verdikonflikt: hvilke verdier eller prinsipper kommer i konflikt og på hvilken måte?</i> <i>Hvilke skjulte verdier (eks tradisjoner, kultur, vaner og antagelser) kan tenkes å påvirke våre holdninger og valg?</i>	<i>Eksempel på aktuelle lover og forskrifter:</i> <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i> <i>Lov om helse- og omsorgstjenester</i> <i>Helsepersonelloven</i> <i>Serviceerklæringer, etiske retningslinjer osv.</i> <i>Veiledere fra helsedirektoratet</i> <i>Forskrifter</i>	<i>Hvilke mulige handlingsalternativer finnes?</i> <i>Viktig å ta med alle mulige alternativ. Det hender det bidrar til å finne gode løsninger som ingen så i forkant.</i>

TRINN 6: HELHETSVURDERING.

HVILKET HANDLINGSALTERNATIV ER BEST, ALT TATT I BETRAKTNING:

Helhetlig drøfting. Videre: *Hvordan bør vi håndtere dette, og hvordan følger vi opp nå? Bør noe gjøres for å redusere ev. skadevirkninger?*

Hjelpetabell – trinn 4–1

TILTAK, PASIENTGRUPPE(R), ENKELTPASIENT(ER) (som skal vurderes prioritert / prioriteres mellom)	ALVORLIGHET ● risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon ● graden av tap av mestring og/eller fysisk funksjon ● smerter, fysisk eller psykisk ubehag

	NYTTE ● overlevelse ● mestring ● fysisk eller psykisk funksjon ● reduksjon av smerter ● reduksjon av fysisk eller psykisk ubehag ● livskvalitet	RESSURS ● Et tiltaks prioritet øker jo færre ressurser det legger beslag på (tid, utstyr, arealer, personell og pårørende).

Samarbeid om etisk kompetanseheving er en nasjonal satsing som støtter kommunenes arbeid med praksisnær etikkrefleksjon regionalt og lokalt. Satsingen har et formelt samarbeid med Senter for medisinsk etikk.

Satsingens nettside:
<http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

2026:
Trykk: ISBN 978-82-93866-91-6
Nett: 978-82-93866-92-3

