

Prioritering er mer enn å rangere behandlinger

*Michael 2024; 21: 43–51
doi: 10.5617/michael.12112*

Prioritering i helsetjenesten blir ofte forstått som å rangere behandlinger etter gitte kriterier. I denne kronikken vil jeg argumentere for at all aktivitet i helsetjenesten, ikke bare behandling, bør bidra til målet om å bruke knappe ressurser best mulig.

Jeg har fulgt diskusjonene om prioriteringer i helsetjenesten siden 1990-årene og har ofte tenkt at det er noe som mangler. Når helsevesenet vurderer om et legemiddel bør godkjennes, beregnes forholdet mellom medisinsk nytte, prisen på legemiddelet og sykdommens alvorlighet. Hvis kostnaden ikke kan forsvares i forhold til nytte og alvorlighet, vil ikke legemiddelet tilbys. Samtidig hører vi nærmest daglig om overskridelser ved nye sykehusbygg eller IT-prosjekter. Ved innføring av nye legemidler handler det om millioner, for bygninger og IT-systemer om milliarder. Mens enkeltpasienters behov for hjelp kan gjøres til gjenstand for grundige vurderinger og nitide beregninger, kan mer ressurskrevende tiltak iverksettes på langt spinklere grunnlag. Jeg mener selvsagt ikke at man skal slutte med å beregne nytte, kostnader og alvorlighetsgrad ved innføring av tiltak. Tvert imot. Etter min mening bør alle tiltak bli vurdert etter samme kriterier. Det må omfatte all fordeling og prioritering av ressurser.

Selve begrepet «prioritering» leder tanken mot en bevisst og villet fordeling av ressurser. Samtidig kan vi si at den faktiske prioriteringen er et resultat av de fordelinger som gjøres, enten de er intenderte og erkjente, eller ikke. Dette gjør at jeg ikke skiller skarpt mellom fordeling og prioritering. God fordeling er den som gir oss mest av det vi ønsker for ressursinnsatsen. Prioriteringskriteriene er ett virkemiddel for å sikre dette.

Ytterligere en presisering er på sin plass. Jeg konsentrerer meg om de delene av helsetjenestens virksomhet som enklest kan vurderes etter priori-

teringskriteriene nytte, kostnad og alvorlighet. Det er klart at både helse-tjenesten som arbeidsplass og utdanningsinstitusjon, beredskapsfunksjoner og forebygging kunne hatt sin plass i diskusjonen, men det ville kreve en lengre artikkel. Det er heller ikke åpenbart at det er fornuftig å vurdere prioritering av disse oppgavene med utgangspunkt i prioriteringskriteriene alene – som også begrunner at jeg ikke diskuterer dem her.

Verdensmester i skrivebordsprioritering

I 2015 skrev jeg en kronikk med denne tittelen (1). Da hadde vi nettopp fått den tredje offentlige utredningen om prioritering i helsetjenesten. Siden har det faktisk kommet enda flere (2, 3), og en ny prioriteringsmelding ble varslet å komme i 2024. Det skorter altså ikke på diskusjoner om prioriteringer av behandlingstiltak. Men er det nødvendig? Er det egentlig slik at mangel på gode prioriteringer i helsetjenesten skyldes at vi ikke har tilstrekkelig gode kriterier?

Allerede i 1997, da Lønning 2-utredningen forelå (4), var kriteriene etter min mening gode. For rangering av tiltak skulle man ta hensyn til nytte, kostnad og alvorlighet. Disse kriteriene ble videreført av andre utvalg og senere innarbeidet i norsk lov. Jeg vil ikke undervurdere betydningen av diskusjoner og presiseringer som ble gjort både før og etter 1997. Men jeg mener fortsatt at det er lagt for mye arbeid i å formulere prinsipper og kriterier, og for lite i å identifisere hva som skjer i praksis.

Et par år tidligere foreslo jeg fem tiltak som kunne fjernes fra offentlige helsebudsjetter: mammografiscreening, ultralydscreening under svangerskap, rituell omskjæring av gutter, medikamentell behandling av moderat blodtrykk og generelle helsesjekker (5) (figur 1). Jeg talte for døve ører. Både ultralydscreening av gravide og kreftscreening er blitt utvidet. Man kan gjerne diskutere hvor gode forslagene mine er, men eksempelet illustrerer at det er svært vanskelig å fjerne offentlige tiltak, og at vi mangler systemer for å sammenligne nytten av tiltak som allerede er etablert. Det finnes begrunnelser for alle disse medisinske tilbudene, på samme måte som for mange andre med marginal helseeffekt. Om tiltaket har effekt, er imidlertid feil spørsmål. Vi bør heller spørre om effekten kan forsvares sammenlignet med alt det andre som skal gjøres, burde gjøres eller ønskes gjort.

Bildet er heldigvis ikke helsvart. Gjør kloke valg-kampanjen er et eksempel. Den ble lansert i 2018, og hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk, og det kan ha ført til reduksjon av enkelte unødvendige, kanskje skadelige, tiltak (6).

Selv om både retningslinjer og gode kriterier er viktig, er det mange andre faktorer og mekanismer som fører til de faktiske prioriteringene i helse-

■ ■ ■ En rekke av dagens tiltak bør bort fra de offentlige helsebudsjettene. Viktigere helsetjenester må prioriteres, skriver seniorforsker **Berit Bringedal**.

Tid for prioritering

INNLEGG Helse

Den politiske diskusjonen får en ofte inntrykk av at alle tiltak som har en potensiell helseeffekt bør tilbys av det offentlige helsevesenet. Men et slikt synspunkt er moralsk ufor-svarlig, fordi ethvert tilbud samtidig fortrenger noe annet. Oppgaven er å sikre at viktige tiltak kommer foran mindre viktige.

Her er fem tiltak som bør fjernes fra offentlige budsjetter – uansett hvem som sitter med regjeringmakten:

■ **Mammografiscreening:** Det er godt dokumentert at mammografiscreening i liten grad bidrar til redusert dodelighet samtidig som det medfører mange unødige inngrep og mye angst for dem som feilaktig får påvist brystkreft. Likevel får de fleste kvinner over 50 år mammografi jevnlig. Argumentet om at det kan avverge dødsfall, er vanskelig å stå imot, ikke bare for den enkelte kvinnen, men også for politikere.

At tiltaket kan redde liv, er dog ikke tilstrekkelig informasjon når vi skal ta stilling til om det er god ressursbruk. Vi må også vite hvilke negative effekter det har og om alternativ ressursbruk vil gi mer helseeffekt, f.eks. om flere for tidlige dødsfall kan avregnes ved andre tiltak. Da er argumentet for mammografiscreening svakt, og derfor bør kvinner betale det av egen lommebok.

■ **Ultrasjering under svangerskap:** Generell ultrasjering av gravide er ikke først og fremst begrunnet i at det er vesentlig for å redusere sykkelighet eller dodelighet hos mor og barn, men i fastsette termin dato. Ultralydbildene kan avdekke forhold som har helsemessig betydning, men også på dette området er helseeffekten svært liten sammenlignet med alternativ ressursbruk.

Et ultralydbilde kan i de aller fleste tilfeller sammenlignes med å gå til fotografor for å ta et portrett av barnet.

■ **Rituell omskjering av gutter:** Det er argumenter for at rituell omskjering av gutter bør tilbys i medisinsk forsvarlige rammer, men ikke for at det skal dekkes av det offentlige. Dette tilbudet er ikke motivert av helseforbedring overhodet, selv om det kan argumenteres for at det vil ha negative helseeff-



TØFFE VALG. Politikerne må tørre å velge hva helsepengene skal brukes til, skriver Berit Bringedal.

feroker om det tas ut. Selv om det opprettholdes, er det imidlertid vanskelig å se at det bør dekkes av det offentlige.

■ **Medikamentell behandling av moderat forhøyet blodtrykk:** Det er ingen god dokumentasjon på at medisiner for mennesker med moderat forhøyet blodtrykk (under 160/100) reduserer dodelighet av hjerte- og karsykdom, tvert imot viser de beste studiene at det er bortkastet ressursbruk. Det står imidlertid sterke interesser bak ønsket om at så mange som mulig trenger medikamentene – det er store penger å tjene for legemiddelfirmaene.

■ **Generelle helsejekker:** Ingenting tyder på at friske mennesker bør helsejekkes, det har ingen betydning for sykkelhets- eller dodelighetstall i befolkningen. Det er mange grunner til at friske folk har ønske om slik sjekk; antagelig

77 Mammografi-screening og blodtrykksmedisinering bør ut av det offentlige helsevesenet

er utrygghet eller ønsket om å være på den «sikre» siden vesentlig. Det er ikke helsejekenestens oppgave å undersøke friske mennesker.

Kostnader er ikke bare det et tiltak koster – det er også hva vi oppgir av alternative tiltak. Og kostnaden ved det vi tapte, kan være svært høy sammenlignet med det vi vant.

Denne listen er en liste over tiltak med svært høy alternativkostnad. De er gode eksempler på tilbud som det er rimelig å krevne at folk betaler fra sin egne lommebok. Slik kan ressursene overføres til områder som er viktigere å realisere:

- Flere levær.
- Mindre smerter.
- Mer omsorg for dem som trenger det mest.

Å diskutere ressursbruk er å sammenligne. Dersom mammografiscreening redder en kvinne fra å dø av brystkreft, vil

manne oppleve at vi ikke tar hennes skjebe alvorlig når vi henviser til alternativkostnaden. Å sammenligne verdien av tiltak er imidlertid en uunn-gjælig del av ansvaret til de som skal fordele ressuser i helsevesenet.

Men har vi ikke råd til alt dette?

Det er riktig at Norge har et av verdens mest generøse helsebudsjett, men det er ikke riktig at vi slipper å sammenligne og rangere.

Selv med store budsjett må en sikre at det viktigste kommer først, og vi har viktige oppgaver som godt kunne trenge de ressursene som i dag brukes på helsemessig marginale tiltak.

Det er vanskelig å tenke seg en politiker så politisk mynt på å si nei til tiltak som allerede tilbys. Det er likevel slik at manglende prioritering av offentlige midler innebærer at viktige oppgaver ikke får de ressursene de kunne fått dersom lederne var mer handlekraftige. Slik svakhet koster andre dyrt.

■ *Berit Bringedal, dr.polit., seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet (LEFO)*

■ **BØR BORTPRIORITERES.** Ultralydsundersøkelser er en av fem helsetjenester artikkelforfatteren mener bør fjernes fra offentlige budsjetter. Foto: Tore Meek, NTB Scanpix

FLERE INNLEGG Side 28–29



Gjestekommentar

Problemløsning

Sofrda Mykland, Kåre Hansen og Marianne Sobakk

Innlegg

Nye spilleregler

Tor W. Andreassen

Start med Plan- og bygningsloven

Mathias Sellag

Figur 1. En rekke av dagens tiltak bør bort fra de offentlige helsebudsjettene. Viktigere helsetjenester må prioriteres. Faksimile fra kronikk i Dagens næringsliv 16. september 2013 (5).

tjenesten. Det som kalles prioritering, utgjør bare en liten del. De samme pasientgruppene kommer alltid dårlig ut (7, 8). Omfattende reorganisering settes i verk uten tilstrekkelig kunnskap om konsekvensene. Både diagnostikk og behandling uten effekt tilbys fortsatt. Alt dette skyldes ikke manglende prioriteringskriterier. Det er andre og mektigere krefter i spill.

Vi kan sløse

Når en ser på det norske helsevesenet utenfra, blir en slått av hvor omfattende og komplekst det er i forhold til befolkningens størrelse. Antall innbyggere i Norge er lavere enn i byområdet rundt Barcelona og bare halvparten av innbyggertallet i London. Var det nødvendig å gjøre det så vanskelig? Selvsagt undervurderer jeg betydningen av mange forhold her, ikke minst geografi og demografi. Men både hvor mye vi bruker på helse-tjenesten og hvordan den er organisert, har med økonomi å gjøre.

I 2022 brukte Norge ca. 830 000 kroner per innbygger på helsetjenester (9). Det betyr at vi ligger på fjerdeplass i verden, bare USA, Sveits og Tyskland bruker mer per hode. Sverige og Danmark ligger på henholdsvis 9. og 13. plass. Vi bruker mye fordi vi har råd til det. Jo knappere ressurstilgangen er, desto bedre utnytter man ressursene. Jo mer vi har, desto mindre problematisk er det å gjøre noen feilinvesteringer. 50 år med oljesmurt økonomi gjør at vi tillater oss mer.

Komplekse systemer representerer store styringsutfordringer. Det er ikke lett å få de ulike delene i store systemer til å samvirke godt. Intensjonene er de beste, både styringsstrukturen og styringsverktøyene er etablert for å gi god pasientbehandling. Men gode intensjoner er som kjent ikke tilstrekkelig.

Hva får vi ut av helsebudsjettet?

Norge bruker altså mer per innbygger enn de fleste land det er naturlig å sammenligne seg med. Har vi en bedre helsetjeneste enn dem? Gir helsetjenesten i Norge mer helseforbedring enn i våre naboland? Det er ikke enkelt å svare på. Vi mangler data både over hvor mye helsetjenesten gir i form av helseforbedring og om den samlede fordelingen er rettfærdig. Vi kommer neppe til å få fullstendige data heller. Ingen land har denne oversikten. Det er litt av et paradoks for dette er jo det grunnleggende spørsmålet.

La meg presisere at «helseforbedring» må forstås som mer enn å produsere friske leveår. Alt som bidrar til å forbedre et menneskes helsetilstand bør inkluderes, enten det lindrer fysisk eller psykisk smerte eller bidrar til lengre liv. Det betyr at både pleie og palliasjon bidrar til helseforbedring, slik jeg forstår begrepet. Med utgangspunkt i prioriteringskriteriene er det ikke vanskelig å definere «nytte» til å inkludere smertelindring, for eksem-

pel. Og prioritet for pallisjon kan både gjøres på basis av nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet. Dersom en ønsker å prioritere omsorg eller smertelindring høyere, kan nytteverdien vektes mer enn varigheten.

Vi må antakelig nøye oss med indirekte mål på hvor god helsetjenesten er. Det finnes mange kvalitetsindikatorer. Noen av dem brukes i internasjonale sammenligninger (9). Disse gir en pekepinn, men sammenligninger på tvers av land er vanskelig, fordi både målemetoder, registre og helsesystemer er ulike (10). Det er dokumentert at Norge har god tilgang til helsetjenester, ettersom det er få finansielle hindre for pasienter og at helsevesenet er godt utbygd. Norge er på andreplass når det gjelder antall leger i forhold til antall innbyggere i OECD-området (9). Men verken tilgangen til helsetjeneste eller antall leger er gode mål på hva vi får igjen i helseforbedring.

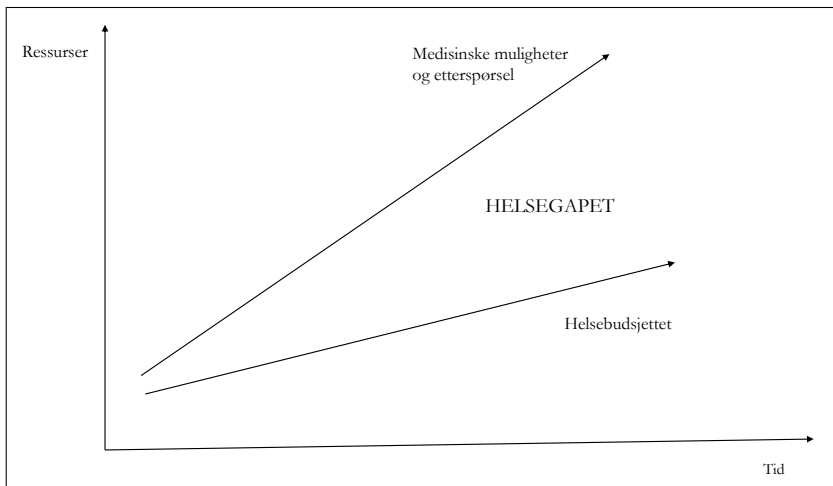
Mesteparten av helsetjenestens ressurser går til spesialisthelsetjenesten. Mer enn to tredeler av helsebudsjettet brukes i sykehusene. Det dekker drift, personell, bygninger, tjenester, utstyr og så videre. Alle vurderinger av om sykehuset bruker ressursene sine best mulig, er et spørsmål om rett prioritering. Er fordelingen, altså ressursfordelingen, slik at alternativkostnaden er lavest mulig?

Selvsagt er lederne i spesialisthelsetjenesten opptatt av effektiv drift. Det står trolig øverst på agendaen deres. Effektivitet betyr at man får mest og best mulige helsetjenester for de knappe ressursene. I tillegg skal fordelingen være rettferdig. Et sykehus som ikke driver slik at man får mest mulig helseforbedring rettferdig fordelt for budsjettet sitt, driver ikke effektivt. Men helse-tjenestene er store og komplekse. Det er vanskelig å overskue hvordan virksomhetene samlet sett fungerer. Men selv om det er vanskelig, må vi forsøke.

Et begrep som brukes mye i diskusjonen om prioritering, er helsegapet (figur 2). Det betegner forholdet mellom tilgjengelige ressurser på den ene siden og medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den andre. Figuren illustrerer at etterspørselen øker mer enn ressurstilgangen (helsebudsjettet), og spriket mellom de to betegnes som helsegapet. At avstanden mellom ressurser og etterspørsel øker, skyldes både medisinske fremskritt og befolkningens forventninger til helsetjenesten.

Også helsegap-begrepet leder oppmerksomheten mot at ressursbruken kun dreier seg om pasientbehandling, men vi bør også se på annen etterspørsel etter ressursene, for eksempel nye bygg, teknologiske løsninger, administrative ordninger og strukturreformer. Disse faktorene gjør store innhugg i helsebudsjettene. Helseplattformen er ett eksempel.

Selv om det kan argumenteres for at jeg skiller for skarpt mellom innsatsfaktorer og pasientbehandling, siden alt dreier seg om å sikre god behandling, er det nødvendig å se eksplisitt på innsatsfaktorene. Fordelingen mellom



Figur 2. Helsegapet er en illustrasjon på den økende avstanden mellom medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den ene siden, og ressurstilgangen på den andre siden.

de ulike postene i budsjettet er uttrykk for prioriteringer. Det er viktig å diskutere om man skal tilby et legemiddel på bakgrunn av kostnadseffektivitet og alvorlighetsgrad, men det er også nødvendig å diskutere om en reform bør iverksettes. Er den kostnadseffektiv i lys av dens betydning for å gi god behandling?

Det samme gjelder resten av helsetjenesten. Enhver bruk av ressursene innebærer samtidig at man velger å ikke bruke dem på noe annet. Har vi et system som gir gode muligheter for å sørge for at alternativkostnaden er så lav som mulig?

Et system som stimulerer til overforbruk?

Alle systemer gir føringer for noen tilpasninger og begrenser andre. Helsetjenesten som styringsstruktur har mange slike. Noen påvirker aktørene i riktige retninger, andre ikke. Jeg skal nevne to enkle eksempler.

I den politiske diskusjonen snakkes det ofte om forholdet mellom offentlig helsetjeneste og kommersielle tilbydere. Intensjonen er god. Private tilbydere kan avlaste den offentlige helsetjenesten og kanskje bidra til å prøve ut nye og bedre løsninger. Men det kan også slå feil: En ung mann hadde et arr på armen etter en operasjon og ønsket å rette på det. Sykehuset opplyste at denne tilstanden ikke ga rett til nødvendig helsetjeneste, og at ventetiden dermed ville bli lang. Samtidig ble han informert om at sykehuset

hadde avtale med alternative tilbydere. Han kontaktet derfor et av de private sykehusene og fikk tilbud om behandling etter en uke. På denne måten fikk dette lavt prioriterte inngrepet høy prioritet.

Private helsetilbud kan også øke risikoen for større sosiale ulikheter i helse. Dersom ressurssterke mennesker kan kjøpe seg forbi helsekøer, kan det bidra til å øke sosiale helseforskjeller. Det forutsetter at behandlingen har effekt. Hvis intervensjonen har marginal helseeffekt, eller det forekommer overaktivitet hos private tilbydere, står vi bare igjen med at systemet tapper det offentlige helsevesenet for personell.

Også formelle krav kan bidra til overforbruk. I de siste tiårene har det kommet en sverm av nye pasientrettigheter (11). Selv om kravene hver for seg vil kunne bidra til målet, er det ikke sikkert at samvirket av dem fungerer slik. Et eksempel er endringen fra tidligere tiders paternalisme, der legen hadde all makt og pasienten ingen. Selvsagt skal pasienten være med i beslutninger om egen helse. Samtidig er det en innebygd spenning mellom retten til å medvirke i beslutninger og prioritering. Hvis en person oppsøker fastlegen med moderate smerter i kneet, vil fastlegen gjerne foreslå konservativ behandling, tilpasset trening og smertestillende legemidler. Hvis pasienten ønsker MR-undersøkelse, vil legen kanskje lykkes i å overbevise om at det er unødvendig, men uansett kan pasienten bytte fastlege.

Eksempelene med den unge mannen med arret og kvinnen med kne-smertene viser at gode intensjoner kan stå i motsetning til hverandre. Her står pasientrettigheter i motstrid til effektiv og god utnyttelse av ressursene. Vi har altså et system som både kan stimulere til forbruk av unødvendige eller marginalt nyttige tiltak og gi urettferdig fordeling.

Pengene eller pasienten?

Hovedargumentet i denne kronikken er at prioritering bør favne alle ressursene i helse- og omsorgstjenesten, inkludert offentlig kjøp av private helsetjenester, og at god prioritering er å fordele ressurser effektivt, for å få mest mulig av det vi ønsker, altså kostnadseffektiv drift. Dette begrepet har uheldige konnotasjoner hos mange. Hva betyr egentlig kostnad? I stedet for å tenke på det som en pris, slik som prisen på et legemiddel (1), kan det ses som den delen av de samlede ressursene som tiltaket (f.eks. legemiddelet) krever. Da blir det tydeligere at det dreier seg om hva som fortrenses, altså hva ressursene alternativt kunne vært brukt til.

For mange betyr kostnadseffektiv drift effektivitet for sparingens skyld. Problemet er at sparing ofte går på bekostning av god pasientbehandling. Mange er derfor kritiske til at de som styrer helsetjenesten, snakker for mye om penger (12). Gjør kloke valg-kampanjen er nøye med å presisere at den

ikke er motivert av å spare penger, men av å fjerne dårlig pasientbehandling. Kanskje har de rett de som hevder at mange ledere er for opptatt av spare, men jeg tror ikke problemet ligger der. Det ser heller ut til at uenighet oppstår fordi aktørene snakker forskjellige språk. Befolkningen og helsepersonell vil snakke om god kvalitet på behandlingen og at vi må starte der. Ledere er selvsagt enige i at målet er god pasientbehandling, men er samtidig ansvarlige for budsjettene, og de snakker dermed om økonomi. Sånt blir det kommunikasjonsproblemer av.

Avslutning

Bør ressursene i helsetjenesten fordeles på andre måter for å få mer igjen for dem? Jeg er ganske sikker på at svaret er ja, men det er flere hindre for å få til en slik omprioritering.

Det første er at vi mangler oversikten. Vi vet hva vi bruker ressursene på, men ikke hvilken effekt dette har på omfanget av helseforbedringen, og hvor rettferdig fordelingen er. Her kan helseøkonomene bidra mer ved å flytte oppmerksomheten og beregningene bort fra teknisk effektivitet og over til den effektiviteten som faktisk betyr noe. De målene vi har for effektivitet i helsetjenesten, er i hovedsak aktivitetsmål eller innsatsfaktorer som antall konsultasjoner, operasjoner eller liggedøgn. Slike mål står sentralt både i nasjonale og internasjonale indikatorer for hvordan vi bruker ressursene, først og fremst fordi de er relativt enkle å måle. Det er langt vanskeligere å måle hva vi får ut av innsatsen. Det er jo hvilken virkning konsultasjonen, operasjonen eller liggetiden har på helsetilstanden til pasienten, vi burde ha informasjon om. Først da har vi et ordentlig grunnlag for å vurdere om vi fordeler ressursene riktig.

Det andre hinderet er at vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om samspillet mellom ulike styringsverktøy. Eksemplene jeg brukte, gjaldt motsetninger mellom pasientrettigheter og prioritering, men en analyse av samtlige styringsverktøy, både finansieringsmåter, retningslinjer og rapporteringskrav, vil trolig avdekke mange flere. For eksempel er omfanget av kliniske retningslinjer så stort at det er umulig å følge opp i praksis, og mange av dem er innbyrdes inkonsistente (13). Her må flere enn helseøkonomene bidra, både medisinerne, samfunnsvitere og jurister trengs for å få innsikt i samspillet mellom styringsverktøyene. I hvilke deler av helsetjenestene drar virkemidlene i ulik retning?

Vi har også manglende innsikt i hvordan beslutningssystemet samvirker. Det er mange aktører, mange nivåer og mange ulike motivasjoner. Hvordan er maktfordelingen mellom dem? Kanskje trengs det en egen maktutredning for helsetjenesten. Den ville være nyttig for å få vite om beslutningssystemet

og maktfordelingen er hensiktsmessig for å få mest mulig helseforbedring igjen for pengene.

Litteratur

1. Bringedal B. Verdensmester i skrivebordsprioritering. *Aftenposten* 2.3.2015: 10–11. <https://www.nb.no/items/a6e6686df3cb0aa6928dc3ba39d9c674?page=41> (18.6.2024)
2. *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. 4.11.2015. *På ramme alvor - regjeringen.no* (25.6.2024)
3. NOU 2018: 16. *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. *NOU 2018: 16 (regjeringen.no)* (25.6.2024)
4. NOU 1997: 18. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. *NOU 1997: 18 – regjeringen.no* (25.6.2024)
5. Bringedal B. Tid for prioritering. *Dagens næringsliv* 16.9.2013: 3. <https://www.nb.no/items/e3c5c30b2aea9e087954e8ca016b800e?page=1> (18.6.2024)
6. Størdahl K, Hjørleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0627>
7. Bringedal BH, Rø KI, Bååthe F et al. Guidelines and clinical priority setting during the COVID-19 pandemic – Norwegian doctors' experiences. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 1192. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08582-2>
8. Stokes J. Inequalities exacerbated: an all-too-familiar story. *BMJ Quality and Safety* 2022; 31: 561–564. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014422> OECD Health at a Glance 2023. *Health at a Glance 2023 - OECD* (25.6.2024)
9. Saunes IS. Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden. *Michael* 2024; 21: 71–78. <https://doi.org/10.5617/michael.10953>
10. Kjønstad A. Er helselover og rettsprinsipper helsebringende? *Michael* 2013; 10: Supplement 13, 71–102.
11. Nilsen SM, Asheim A, Tøndel G. Helsepersonells opplevelse av kapasitetspress i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2019; 139. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0219>
12. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380: e072953. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet. Hennes doktoravhandling omhandlet prinsipper for rettferdig fordeling av helsetjenester (1997), og hun var sekretær i Rådet for prioritering i norsk helsetjeneste 2002–2005.