

Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/29632-1
Saksbehandler: Hege Wang
Dato: 21.09.2018

Høringsbrev - prioritering på klinisk nivå

Helsedirektoratet inviterer til ekstern høring og ber om innspill på utkast til sluttrapport for prosjektet "Prioritering på klinisk nivå". Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som et ledd i oppfølging av prioriteringsmeldingen¹. I dette prosjektet har vi, ved å gjennomføre strukturerte gruppesamtaler, fått innsikt i klinikerens erfaringer med prioritering. Innspillene er vurdert og lagt til grunn for forslag som kan støtte deres systematiske arbeid med prioritering.

Rapporten er laget i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Klinikere og ledere på ulike nivåer har bidratt i ulike prosjektgrupper, og ikke minst i gruppesamtalene ute i sykehusene. I tillegg har representanter fra allmennmedisin og pasient- og bruker-organisasjoner vært involvert. Vi takker alle som har bidratt i prosjektet.

Høringen er åpen, og dokumentene finnes også på Helsedirektoratets nettside. Alle som ønsker å komme med innspill har anledning til det. Høringssvar merkes med saksnummer 18/29632-1, og sendes til postmottak@helsedir.no. **Frist for innspill er satt til 26. oktober 2016.** Strategien skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet medio november.

Vennlig hilsen

Morten Græsli e.f.
avdelingsdirektør

Hege Wang
Seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Øyvind Antonsen	Sykehusveien 25	1478 LØRENSKOG
Den norske legeforening		Postboks 1152 Sentrum	0107 OSLO
Den norske legeforening, Rådet for legeetikk		Postboks 1152 Sentrum	0107 OSLO
Diakonsykehuset FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON FFO	Cecilie Skule	Mariboesgate 13	0183 OSLO
Haugesund Sjukehus	Torunn Vestbø Gjerde		
HELSE MIDT-NORGE RHF		Postboks 464	7501 STJØRDAL
HELSE MIDT-NORGE RHF	Henrik A. Sandbu	Postboks 464	7501 STJØRDAL
HELSE NORD RHF		Sjøgata 10	8006 BODØ
HELSE NORD RHF	Geir Tollåli	Sjøgata 10	8006 BODØ
Helse Sør-Øst RHF		Postboks 404	2303 HAMAR
Helse Sør-Øst RHF	Jan Christian Frich	Postboks 404	2303 HAMAR
HELSE VEST RHF		Postboks 303	4066 STAVANGER
HELSE VEST RHF	Baard-Christian Schem	Postboks 303	4066 STAVANGER
KREFTFORENINGEN Norlandssykehuset		Postboks 4 Sentrum	0101 OSLO
Norlandssykehuset	Hanne Sofie Andreasson		
Norlandssykehuset	Kristel Marie Engan		
Norsk forening for allmennmedisin		Postboks 1152 Sentrum	0107 OSLO
NORSK PSYKOLOGFORENING		Postboks 419 Sentrum	0103 OSLO
Norsk Sykepleierforbund		Postboks 456 Sentrum	0104 OSLO
St. OLavs Hospital	Helge Haarstad		
STATENS HELSETILSYN		Postboks 231 Skøyen	0213 OSLO
Stavanger	Ottar Bjerkeseth		
Universitetsjukehus			
SYKEHUSET INNLANDET HF	Øyvind Graadal	Postboks 104	2381 BRUMUNDDAL
UNGE FUNKSJONSHEMMEDE UNN		Postboks 4568 Nydalen	0183 OSLO
	Birgith Nerskogen		

Prioritering på klinisk nivå

Prosjektrapport – høringsutkast 24. september 2018



Forord skrives etter høringen, før ferdigstilt rapport sendes Helse- og omorgsdepartementet.

UTKAST

Innhold

Sammendrag	4
Bakgrunn, oppdrag og prosess	5
Bakgrunn	5
Oppdrag	6
Helsedirektoratets forståelse og avgrensing av oppdraget	6
Prosess	6
Oppsummering av innspill fra kliniske fagmiljø	7
Prioriteringskriterier i praksis – og i teorien	8
Noen konsekvenser av dagens praksis	9
Prioritering på sykehus og samarbeid med primærhelsetjenesten	10
Klinisk erfaring, profesjon og prioritering	10
Noen eksempler	10
Drøfting av prosess	11
Drøfting av innspill fra kliniske fagmiljø	11
Anbefalinger – veien videre	15
Vedlegg 1	17
Medlemmer i styringsgruppe	17
Medlemmer prosjektgruppe	17
Referansegruppe	17
Vedlegg 2	18
Samtalguide	18
Referanser	20

Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer et oppdrag Helsedirektoratet fikk av Helse- og omsorgsdepartementet som et ledd i oppfølgingen av prioriteringsmeldingen (1). Oppdraget handlet om prioriteringer på klinisk nivå i sykehusene. Meldingen sier at beslutningstakere på klinisk nivå er helsepersonell, og beslutningene angår enkeltpasienter.

Prioriteringer i helsetjenesten er et stort tema, og vi har måttet ta en rekke avgrensinger i dette prosjektet. Beslutninger på RHF eller HF nivå har ikke vært diskutert i prosjektet. Prosjektet har omfattet vurderinger i spesialisthelsetjenesten etter at pasientens rettighetsstatus er avklart. Prosjektet har ikke hatt dialog med private avtalespesialister. Brukere og allmennleger har deltatt i prosjektet.

Oppdragsgiver var tydelig på at oppdraget skulle løses sammen med kliniske fagmiljø. Klinikere og ledere på ulike nivåer har bidratt i ulike grupper, og ikke minst i gruppesamtalene ute i sykehusene. I tillegg har allmennleger og brukere bidratt i prosjektgruppene med gode innspill fra sine perspektiver.

Vi gjennomførte 11 gruppesamtaler ved ulike sykehus og fagmiljø i alle fire helseregioner. Dilemmaene som ble løftet frem varierte. Vi fikk mange gode refleksjoner over dilemmaer og praktiske løsninger.

Hovedinntrykket var at prioritering ikke er ukjent eller fremmed problematikk, men at det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene. Vårt inntrykk er at det generelt mangler systematikk i hvordan prioriteringsutfordringer blir håndtert. En tydelig tilbakemelding er at det mangler en overordnet diskusjon om hva sykehusene ikke skal gjøre. De fleste styringssignaler handler om grupper som skal prioriteres opp, nye tilbud som skal inn osv.

Det bør arbeides bredt og langsiktig med et rammeverk for drøfting av prioriteringskriteriene i klinikken. Rapporten foreslår at et rammeverk bør dekke områdene opplæring, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet. Ved at kriteriene blir bedre kjent og tatt i bruk vil klinikere få et felles språk og modell for prioriteringsbeslutninger. Dette kan bidra til å støtte dem og deres ledere i vanskelige beslutninger og å stå trygt i å si "nei" når det er nødvendig.

Bakgrunn, oppdrag og prosess

Bakgrunn

Den siste stortingsmeldingen om prioritering, Verdier i pasientens helsetjeneste (Prioriteringsmeldingen), forklarer hva prioritering betyr og hvorfor vi må prioritere i helsetjenesten også i Norge. "Prioritering betyr jo at noen får før andre og at noen kanskje ikke får i det hele tatt. Er det virkelig nødvendig? Kan ikke alle få den helsehjelpen de ønsker seg? En grunnleggende utfordring for helsetjenesten er at mulighetene og ønskene overstiger ressursene. Vi kan derfor ikke velge om det skal prioriteres – prioriteringene skjer uansett hvilke intensjoner vi har." (1)

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig prinsipp for den offentlige helsetjenesten. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige, nettopp for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. I Norge ble prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten etablert i 1997, og de har i mange år vært lovfestet. I 2016 endret Stortinget kriteriene. De tre gjeldende kriteriene er: *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet*. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene i helsetjenesten, rettferdig fordelt.

Prioriteringsmeldingen grupperer beslutninger i helsetjenesten i fire nivåer: kliniske-, gruppe-, administrative- og politiske-beslutninger. Meldingen sier at de samme prioriteringskriteriene skal brukes i beslutningssituasjoner på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Til nå har prioriteringskriteriene hovedsakelig blitt brukt på gruppenivå (innføring av nye metoder, faglige retningslinjer), samt til vurdering av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten på individnivå. På klinisk nivå er faglig skjønn og individuelle tilpasninger viktig. Bruk av kriteriene og virkemidler for anvendelse av disse må derfor legges til rette for sammenheng mellom kriterier og kliniske beslutninger.

Prioriteringsmeldingen har en beskrivelse av kriteriene til bruk på klinisk nivå, se tabellen under.

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 helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: - Overlevelse eller redusert funksjonstap - Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring - Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
Ressurskriteriet	Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
Alvorlighetskriteriet	Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: - Risiko for død eller funksjonstap - Graden av fysisk og psykisk funksjonstap - Smerter, fysisk eller psykisk ubehag - 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 helsehjelp.

Oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet følgende oppdrag¹: *Hdir. skal, i samarbeid med kliniske fagmiljøer, utarbeide et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet.*

Helsedirektoratets forståelse og avgrensing av oppdraget

Oppdraget var åpent formulert og kunne dermed forstås og løses på ulike måter. Vi valgte å etablere et prosjekt og å følge Helsedirektoratets modell for gjennomføring av prosjekter. Prosjektets organisering og aktiviteter omtales nedenfor. Det overordnede og langsiktige formålet med prosjektet er å gi støtte til klinisk arbeid med prioritering. Prosjektet definerte derfor to konkrete delmål: 1) å gjennomføre dialog med klinisk fagmiljø og 2) å utarbeide alternativer for mer strukturert samlet vurdering av prioriteringskriteriene i klinikken. Vi har hatt flere møter med oppdragsgiver i prosjektperioden for å avstemme forventninger og diskutere utfordringer.

Prioriteringsmeldingen (1) og prioriteringsforskriften (2) utgjorde bakgrunnen for prosjektet. For å kunne gjennomføre prosjektet innenfor tildelte ressurser, måtte det gjøres flere avgrensinger. Rammen for prosjektet var spesialisthelsetjenesten, i tråd med meldingen og forskriften, og begrenset til klinisk nivå. Meldingen sier at beslutningstakere på klinisk nivå er helsepersonell, og beslutningene angår enkeltpasienter. Prosjektet har omfattet vurderinger i de offentlige sykehusene etter at pasientens rettighetsstatus er avklart. Prioriteringsveilederne har dermed ikke vært et sentralt tema. Brukere og allmennleger har deltatt i prosjektet. Beslutninger på RHF eller HF nivå har ikke vært diskutert i prosjektet. Prosjektet har ikke hatt dialog med avtalespesialister. Prosjektet har ikke hatt dialog med Blankholmutvalget som skal levere sin utredning om prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjeneste til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2018². Avgrensingen mot avtalespesialister og Blankholmutvalg ble gjort etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet. Noen medlemmer av styringsgruppen var uenige i disse avgrensingene.

Prioritering i helsetjenesten er komplekse beslutninger som påvirkes av mange forhold. Det viste seg ved flere anledninger at tema som var definert utenfor prosjektrammen var relevante, og dermed dukker opp i rapporten.

Prosess

Prosjektet etablerte en styringsgruppe, en referansegruppe og en prosjektgruppe. Medlemmene i disse gruppene er listet opp i vedlegg 1. I tråd med oppdraget utgjorde kliniske fagmiljøer store deler av alle gruppene. Vi diskuterte brukerinvolvering før prosjektoppstart, og inkluderte brukere i referanse- og prosjektgruppe.

Oversikt over faser i prosjektet:



¹ Omtalt i Prioriteringsmeldingen og i tillegg gitt i Tildelingsbrevet for 2017.

² <http://www.blankholmutvalget.no/>

Prosjektgruppen har hatt fire møter. Den har vært involvert i utarbeidelse av styringsdokumentet for prosjektet, i planlegging av prosjektets aktiviteter og i utarbeidelsen av prosjektrapporten. Dialog med klinisk fagmiljø har i all hovedsak blitt gjennomført og oppsummert av prosjektleder og de to prosjektmedarbeiderne fra Helsedirektoratet. Styringsgruppen vedtok styringsdokumentet 12. januar 2018, og har styrt prosjektet i henhold til det. Styringsgruppen har hatt fire møter. Referansegruppen har kommet med innspill i to møter.

Delmål 1: Dialog med klinisk fagmiljø

Prosjektet ønsket innsikt i klinikerens holdninger og erfaringer med prioritering. Dette er problemstillinger som ikke enkelt lar seg kvantifisere. En kvalitativ tilnærming ble derfor valgt. Prosjektgruppen utarbeidet en innledning om prosjektet (kort PowerPoint presentasjon), og en mal til en semistrukturert gruppesamtale (Se vedlegg 2). Før vi kontaktet klinikken ble innledningen og samtaleguiden testet i Helsedirektoratet.

Prosjektgruppen drøftet innledningsvis forhold som kan peke på at man har prioriteringsutfordringer. Eksempler på dette kan være tiltak med begrenset nytte, mange rehenvisninger, høy ressursbruk, variasjon i tilbudet eller lange ventelister. Basert på dette hadde gruppen forslag til ulike fagområder som burde involveres i prosjektet: som intensiv, onkologi, ortopedi, nevrologi og psykiatri.

Styringsgruppen ønsket at vi hadde samtaler med klinisk fagmiljø i alle fire RHF. Prosjektgruppen ønsket at både store og små sykehus skulle involveres. Dette fikk vi til gjennom samarbeid med fagdirektørene i RHF'ene. Totalt har prosjektet hatt 11 gruppesamtaler ved åtte sykehus, hovedsakelig gjennomført juni 2018. Samtaleguiden utgjorde et utgangspunkt for samtalene, men ble ikke fulgt systematisk. I forkant av samtalene ble det sendt ut en kortfattet agenda. Samtalene varte i omtrent to timer, og ble ledet av prosjektmedarbeiderne fra Helsedirektoratet. Vi har snakket med ulike profesjoner, flest leger og sykepleiere. Noen har vært ledere på avdelingsnivå, men de fleste har en arbeidshverdag med pasientbehandling.

Delmål 2: Utarbeide alternativer for mer strukturert samlet vurdering av prioriteringskriteriene i klinikken

Prosjektgruppen har vurdert innspillene fra de kliniske fagmiljøene. Disse har dannet grunnlag for forslag til alternativer for mer strukturert samlet vurdering av prioriteringskriteriene i klinikken. Både referansegruppe og styringsgruppe har gitt innspill i denne prosessen.

Oppsummering av innspill fra kliniske fagmiljø

Prosjektet oppsøkte kliniske miljø hvor vi hadde en forventning om at det ville være prioriteringsutfordringer, og det fikk vi bekreftet. Dilemmaene varierer mellom ulike fagområder, og vi fikk mange gode refleksjoner over praktiske løsninger og dilemmaer som vedvarer. En praktisk løsning kan for eksempel være å legge flere pasienter på samme rom, eller å jobbe ekstra lenge. Eksempler

på vedvarende dilemmaer er hvordan og når forløp i spesialisthelsetjenesten blir avsluttet, enten det dreier seg om langvarige kontrollopplegg ved en poliklinikk eller tiltak i livets slutfase.

Eksempler på prioriteringsdilemma:

Pasienten foran meg, eller de som venter?

Flere fagområder har slike utfordringer, for eksempel nevrologi, revmatologi, pediatri og psykiatri. Skal nyhenviste eller kroniske pasienter prioriteres? Hvor lenge skal et kontrollopplegg i sykehus vare når det er lange ventelister? Hvordan balansere krav fra myndighetene med prioriteringskriteriene?

Beslutninger i livets slutfase

Dette er vanskelige og sensitive tema som både geriatri, onkologi og intensivavdelinger var opptatte av. Hvordan få til gode prosesser for å avslutte krevende behandling når livet snart er slutt?

Hovedinntrykket var at prioritering ikke er ukjent eller fremmed problematikk. Vi fikk i samtalen raskt etablert en felles forståelse av hva vi ønsket å høre om. Ingen ga inntrykk av at dette var for kontroversielle problemstillinger, tvert imot ble det flere steder sagt at "Vi prioriterer hele tiden". På den annen side var det er liten kjennskap til prioriteringsmeldingen og de offisielle prioriteringskriteriene. Vårt inntrykk er også at det mangler systematikk i hvordan prioriteringsutfordringene blir håndtert.

En tydelig tilbakemelding på et mer overordnet nivå er at det mangler en overordnet diskusjon om hva sykehusene ikke skal gjøre. De fleste styringssignaler handler om grupper som skal prioriteres opp, nye tilbud som skal inn osv.

Prioriteringskriterier i praksis – og i teorien

Det var liten kjennskap til de etablerte prioriteringskriteriene, og de ble ikke brukt på noen systematisk måte i klinisk arbeid. En tilbakemelding var at ord og begreper som brukes av forvaltningen også må kunne brukes i dialog med pasienter og pårørende.

Informantene ble også presentert for de offisielle kriteriene og reflektere over egen praksis i forhold til dem. De la generelt mest vekt på alvorlighet, deretter nytte. Diskusjoner av ressurskriteriet dreier seg ofte om personalressurser og sengeplasser eller fordeling av rom. Det var stor variasjon i om fagmiljøene åpent diskutere kostnader forbundet med behandlingstiltak. På noen avdelinger var dette helt vanlig, mens ved andre avdelinger ble det opplevd som svært vanskelig.

Mange fortalte om andre kriterier som ble tillagt vekt. Eksempler på dette er pasientenes alder (barn og unge prioriteres), nettverk og familiesituasjon. Mange fortalte at pasienter med kreft blir prioritert foran pasienter med andre sykdommer og like alvorlige tilstander. Pasienter og pårørende oppleves som mer informerte og kravstore nå enn tidligere. Ressurssterke pårørende var et tema i

mange samtaler. Noen informanter mente at begrepet "pasientens helsetjeneste" blir oppfattet som at pasientene bestemmer. Flere opplever at press fra pårørende kan påvirke behandlingsvalg og oppmerksomhet.

Noen konsekvenser av dagens praksis

Mange av innspillene handlet om at ressursene blir brukt på tiltak (diagnostikk eller behandling) med mindre nytte enn ønskelig. Noen har fortalt om tiltak som vurdert i ettertid kanskje ikke var til pasientens beste.

Informantene var tydelige på at det er lettere å se behovet til den pasienten man ser foran seg, enn de man ikke har sett - men som er på ventelisten. Det kan være vanskelig å avslutte et kontrollopplegg, eller overføre en pasient til primærhelsetjenesten. Samtidig nevnte flere at de har ansvar for en populasjon, og derfor ikke kan bruke uendelige ressurser på enkeltpasienter. Det ble sagt at dette var en forståelse som har utviklet seg over tid. Det var også en bevissthet rundt at de som er nærmest pasientene har vanskeligst for å avslutte behandlingsforløp.

Mange informanter fortalte fra sin arbeidshverdag om diagnostikk og behandling som de opplevde hadde liten nytte. Dette gjaldt for eksempel enkelte kontroller ved ulike poliklinikker, hvor mye opplevdes å bli gjort for sikkerhetsskyld. Billediagnostikk ved henvisning av pasienter med uspesifikke ryggsmertor kan være et annet eksempel på dette. Enkelte fagområder opplevde stor økning i henvisninger, selv om de i mange tilfeller opplevde ikke å kunne tilby nyttige tiltak. Mange av informantene reflekterte over usikker nytteverdi av intensiv kreftbehandling og livsforlengende organ-understøttende behandling i livets slutfase.

Flere tok opp tidspress som en faktor som øker risiko for at man setter i gang med eller fortsetter behandlingstiltak som ikke nødvendigvis er til pasientens beste. Det å "ikke gjøre" krever involvering av kollegaer (både innenfor og utenfor avdeling og sykehus), pasienter og pårørende. Det er ikke alltid tid til store prosesser og informasjonsdeling før beslutninger må tas. Noen hadde erfart at slike samtaler med pasient/pårørende og kollegaer fører til endringer i planlagte tiltak for pasienter i livets slutfase.

Det oppleves som mye systematikk knyttet til hvordan pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, men lite knyttet til avslutning av kliniske forløp.

Det kom mange innspill på at ulike føringer som retningslinjer, aktivitetsbasert finansiering, kvalitetsindikatorer og pakkeforløp har som mål å iverksette et diagnostisk- eller behandlingstiltak, gjerne innen en frist og gjerne med en "straff" om et tiltak ikke blir gjennomført. Det ble opplevd som at ingen insentiver eller takster stimulerte til å tenke seg om, innhente informasjon og revurdere en plan. Flere sa at det oppleves som enklere å gjøre som man pleier heller enn å stoppe opp og gjøre en vurdering. Det oppleves som mye systematikk rundt hvordan pasientene kommer inn i spesialisthelsetjenesten, men lite knyttet til avslutning av kliniske forløp.

Prioritering på sykehus og samarbeid med primærhelsetjenesten

Vi fikk ulike innspill om samhandling med primærhelsetjenesten. Noen etterlyste bedre dialog rundt henvisninger og opplevde at de fikk mange henvisninger for tilstander som viste seg å være lite alvorlige. Dette la beslag på ressurser som kunne vært utnyttet bedre. Andre fortalte om godt samarbeid med primærhelsetjenesten knyttet til utskriving fra sykehus eller ved livets slutfase, noe som ga bedre pasientbehandling og god bruk av ressursene. Flere var opptatte av at slik samhandling er viktig og tar mye tid, men at det ikke "belønnes" med egne takster.

Klinisk erfaring, profesjon og prioritering

Flere mente at yngre leger gjorde andre prioriteringer enn de med mer erfaring. Informantene fortalte at yngre og uerfarne leger har lettere for å velge offensive testregimer og behandlingstiltak. Sykepleierne fortalte at fordi de jobber tettest på pasientene gjør de ofte andre vurderinger enn legene, kanskje særlig i livets slutfase. Noen sykepleiere hadde erfaring med å stille kritiske spørsmål til nytten av planlagt behandling, og å bli hørt i slike diskusjoner.

Noen eksempler

Informantene hadde flere eksempler på arbeidsmåter og organisering som ga bedre pasientbehandling, prioriteringer og tid til refleksjon og læring. Dette er på ingen måte hverken utfyllende beskrevet eller en systematisk oversikt, og det finnes sikkert mange flere eksempler på forbedringsarbeid eller tjenesteinnovasjon som kan overføres til andre avdelinger eller sykehus.

Et prosjekt ved Stavanger universitetssykehus har utviklet kurskonseptet "Klinisk ledelse i team" for å styrke operativ klinisk ledelse. Det innebærer en ny måte å organisere, samhandle og arbeide på som øker effektiviteten og kvaliteten i tjenesten (3)³.

Mange sykehusavdelinger opplever perioder hvor det er **veldig** hektisk. Ett sykehus har utviklet «Plan for høy aktivitet»⁴. Dette er et beslutningsstøtteverktøy som gir ansvarshavende klinikere (leger og sykepleiere) beslutningsstøtte når «det koker» på posten, i avdelingen eller i klinikken. En avdeling ved et annet sykehus hadde utviklet et system hvor de kunne "sette avdelingen" i grønt, gult eller rødt. De ulike fasene utløste tilhørende tiltak, og det var begrensinger på hvor lenge en avdeling kunne være "i rødt". Samtidig hadde det en verdi i seg selv at alle medarbeidere lett kunne se hva slags fase avdelingen var i.

Organisering er viktig for god ressursutnyttelse, og vi har blitt presentert for to ulike modeller som kanskje er litt uvanlige. En nyfødt intensivavdeling har tilbud om hjemmesykehus for pasienter som er kommet i en fase der spisetrening er viktig. Dette tilbudet er godt mottatt og det øker kapasiteten ved avdelingen. Pasientene som får dette tilbudet må ikke bo for langt unna sykehuset, både i tilfelle akutte hendelser og av hensyn til tidsbruk og kostnader ved at personale reiser ut. Avdeling for revmatologi ved St. Olavs hospital har for utvalgte pasienter innført pasientstyrt oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom (PORS). Dette innebærer at mange pasienter ikke innkalles til rutinemessige kontroller, men selv tar kontakt ved behov. I tillegg har arbeidsfordelingen mellom revmatologer, sykepleiere og fastleger blitt endret. Ordningen er evaluert med gode resultater og tilbakemeldinger fra helsepersonell og pasienter (4).

³ Ingrid Miljeteig, førsteamanuensis ved UiB, presenterte et prosjekt på konferansen Priorities 2018. Ved Haukeland Universitetssykehus er det utviklet et kurs om prioritering for ledere på alle nivå.

⁴ basert på Cook og Rasmussens artikkel «Going Solid» og IHI sitt dokument «Achieving Hospital Wide Patient Flow».

To andre eksempler angikk akutte og alvorlige pasientforløp. Ett sted hadde de et system for "time out" hvor pasientens tilstand og videre behandlingsplan ble vurdert straks den akutte fasen var over. Et annet sykehus hadde god nytte av tverrfaglig samarbeid i form av mobilt intensivt team⁵.

For pasienter med alvorlig sykdom kan et system for tidlige avklarende samtaler om tilrettelegging for livets slutfase være nyttig. En intensivavdeling hadde ukentlige tverrfaglige møter om langliggere på avdelingen hvor pasientens tilstand og videre behandlingsplan ble vurdert.

Vurdering av prosess og ramme for prosjektet

Arbeidet med dette oppdraget har vært utfordrende og spennende. Det var utfordrende å få et så åpent oppdrag, og vi brukte lang tid på å planlegge prosjektet og etablere de ulike gruppene. Deltagerne i prosjekt-, styrings-, og referansegruppe har alle vist stort engasjement for prosjektet. Det tyder på at prioriteringsspmåler er aktuelle både for ledere på ulike nivå, for klinikere og for brukere. Prosjektgruppen var tydelig på at brukere samt fagområdene psykiatri og allmennmedisin måtte inkluderes i gruppen. Det var gode innspill som har beriket diskusjonene og resultatene.

Vi har hatt 11 møter med kliniske fagmiljø. Det er selvsagt ikke mulig å trekke bastante konklusjoner basert på dette. Likevel mener vi det er nyttig å gjøre slike innsiktsarbeid, og innspillene peker samlet sett på flere områder for videre arbeid. Drøftinger med i styrings-, prosjekt- og referansegruppe har i stor grad gitt støtte til innspill og tanker rundt oppfølging.

Vi ble tatt veldig godt imot på sykehusene, og samtalene var generelt veldig interessante og givende for prosjektet. Vi fikk også inntrykk av at klinikerne syntes det var spennende å reflektere over egen praksis opp mot et teoretisk rammeverk. Særlig der hvor kollegaer ble samlet på tvers av avdelinger ble det gode diskusjoner. Våre informanter var engasjerte og veltilpasse med å diskutere prioritering og helsetjenesten i et større perspektiv.

Prosjektet har hatt en klinikknær ramme og fokusert på situasjoner hvor den enkelte kliniker er beslutningstaker. Både informanter og referansegruppen var tydelig på at tilbudet på klinisk nivå også er avhengig av beslutninger som tas på mer overordnet nivå, både nasjonalt, RHF, HF eller på avdelingsnivå. Prioritering på administrativt og politisk nivå blir dermed av stor betydning også for kliniske prioriteringer. Et annet moment som referansegruppen tok opp, var at mye av det som tilbys i norske sykehus i dag ikke har vært gjennom en metodevurdering. Det er viktig å se kritisk på etablerte tilbud, og få på plass systemer for "disinvestement". Denne tankegangen møtte vi i klinikken også, hva skal spesialisthelsetjenesten slutte å gjøre? Dessverre var dette for omfattende problemstillinger for dette prosjektet, men her er det behov for mer diskusjon på mange nivåer.

Drøfting av innspill fra kliniske fagmiljø.

Klinikere tar mange beslutninger som innebærer prioritering hver dag. Det er lite systematisk kunnskap om hvordan disse beslutningene gjøres i praksis, og beslutningsprosessene blir heller ikke systematisk dokumentert i journalsystemene. Det er derfor vanskelig å si noe om hvilke

⁵ Dette er en etablert modell hvor samarbeid mellom leger og sykepleiere og mellom intensiv avdeling og pasientenes "moravdeling" er sentralt. Personale fra intensivavdeling tilkalles til moravdelingen ved gitte hendelser/kriterier. Denne måten å jobbe på kan potensielt blant annet føre til mindre behov for intensivbehandling.

konsekvenser slike beslutninger får på et aggregert nivå. Fra våre samtaler har vi imidlertid fått inntrykk av at det er manglende systematikk, noe som kan føre til uønsket variasjon. Vi har fått høre historier om tiltak med liten nytte. Det antyder at utydighet rundt hvordan prioritering gjøres kan bidra til ulikhet i tilbudet til pasientene, dårligere utnyttelse av ressursene og i noen tilfeller behandling som ikke er til pasientens beste.

En viktig forskjell på beslutninger på overordnet nivå, og kliniske beslutninger er at beslutningstageren ofte har en behandler- eller legerolle og kjenner den beslutningen angår. Reidun Førde skrev for mange år siden at den moderne legerollen stiller store og tilsynelatende motstridende krav til legerollen: legen må mestre forholdet til den enkelte pasient og samtidig ta hensyn til viktige samfunnsinteresser (5). Legeforeningens etiske regler ivaretar begge perspektiver (6). Likevel argumenteres det stadig for at legen skal være den enkelte pasients advokat, og utelukkende bry seg om den pasienten hun har foran seg. Dette kalles privilegiering av egen pasient, og er drøftet i Norheim utvalgets offentlige utredning (7). Det står blant annet: "Dersom legen ikke tar hensyn til andre pasienter, vil hun eller han lett kunne handle på en måte som går urettmessig ut over andre pasienter, som også er enkeltindivider med reelle behov. For å oppnå en rettferdig helsetjeneste må leger og annet helsepersonell avveie behovet den aktuelle pasienten har, opp mot andre pasienters behov." Det er interessant at flere av våre informanter snakket om disse dilemmaene, og at noen uttrykte at bevisstheten om hensynet til "de andre pasientene" øker.

Hovedinntrykket var altså at prioritering er velkjent og en del av arbeidshverdagen, samtidig som de formelle kriteriene er lite kjent. Det er tankevekkende at kriteriene er så lite kjent i tjenesten, de første kriteriene ble etablert for omtrent 20 år siden og er innbakt i forskrifter som regulerer pasientenes tilgang til spesialisthelsetjenester og legemidler. De reformulerte kriteriene innarbeides nå i lover og forskrifter, og Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg foreslått at de tre prioriteringskriteriene skal innarbeides i spesialisthelsetjenesteloven⁶. Av de formelle kriteriene, var informantene i stor grad samstemte om at alvorlighet er viktigst, deretter nytte og tilslutt ressurs. Ressurskriteriet var nok det mest kontroversielle. Vårt inntrykk var at i praksis brukes alvor og nytte kriteriet, til dels ressurskriteriet – selv om klinikere bruker andre ord⁷ eller kaller det for "klinisk skjønn". I tillegg er det andre kriterier som vektlegges, slik som alder, familiesituasjon og sykdomstype. At andre kriterier brukes, og også kan være relevante, er tidligere omtalt blant annet innen psykiatri (8) og i beslutninger tatt av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (9).

Flere nevnte at kreftpasienter ble høyt prioritert. Kan det være slik at gitte diagnoser i noen tilfeller overstyrer prioriteringskriteriene? Et annet tema var at ressurssterke pårørende påvirker prioriteringer. En fersk studie av Elstad fant at kreftpasienter med høy utdanning fikk mer helsetjeneste enn de med lav utdanning (10). Dette er problematisk når målet er en rettferdig fordeling. Det pågår en diskusjon i Dagens Medisin om begrepet "pasientens helsetjeneste" med utgangspunkt i fastlegenes prioriteringsutfordringer⁸. Helseministeren understreker at det menes at pasientens skal involveres i alle beslutninger om seg selv. Dette er en tolkning av begrepet som prosjektgruppen, også brukerrepresentantene, deler. Likevel har noen av våre informanter fortalt om at begrepet blir misforstått.

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---juridisk-oppfolging-av-forslag-i-prioriteringsmeldingen-og-presiseringer-av-regelverket-om-helsehjelp-i-utlandet/id2604609/>

⁷ Ord som: prognose, liten sannsynlighet for å behandle pasienten til et liv med adekvat livskvalitet, plager ved behandling, pasientens forhåndsønsker og nåtidige preferanser.

⁸ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/20/bent-hoie-avviser-kritikk/>

En tydelig tilbakemelding som er interessant fra et myndighetsperspektiv var tilbakemeldingene om at "alle insentiver" er drivere for å iverksette tiltak. Nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp, kvalitetsindikatorer og finansieringssystem – det handler mye om aktivitet. Mye blir målt, publisert og sammenliknet. Kan også dette i noen tilfeller overstyre prioriteringskriteriene? Kanskje burde retningslinjer for eksempel i større grad også omtale eksplisitt når det ikke er nødvendig å gjøre noe? Dette har også sammenheng med at mange fortalte om tiltak med liten nytte. Ryggdekning for "å ikke gjøre" kan være viktig, risiko for klagesaker, kritikk og i verste fall rettssaker opplevdes som høyst reell. En annen viktig tilbakemelding som henger sammen med dette, er at det mangler "tid til å si nei". Å tenke seg om, ta diskusjoner som involverer bruker, pårørende og kollegaer litt bredt tar tid – og koster penger. Samtidig blir det i noen tilfeller suboptimal pasientbehandling og ressursbruk når disse vurderingene og beslutningene ikke tas. Et dårlig samarbeid med primærhelsetjeneste og fastleger kan også bidra i denne retningen. Hvis man tenker på ulike incentivordninger som "gass og brems" kan det virke som om samfunnet har mest oppmerksomhet rundt gassen. Kan hende er det på tide å rette oppmerksomhet på bremsemekanismer? Legeforeningens kampanje, Kloke valg (11), kan sees på som et uttrykk for dette. I forbindelse med innføring av meget dyre legemidler for sjeldne sykdommer etterlyses det at fagmiljøene må ta en større rolle i prioriteringsbeslutningene. Terje Rootwelt sier: "Like viktig som å starte en behandling, er å avslutte den. Det er touchy, men riktig"⁹

Innspillene fra informantene pekte samlet sett på at det både er behov for opplæring og deling av kunnskap. Læring skjer både i studietiden og i yrkeslivet. Selv om oppmerksomheten i helseutdanningene naturlig nok er rettet mot kliniske ferdigheter, er det viktig at studentene og helsearbeidere i spesialisering også lærer noe om prioritering. Når de blir yrkesutøvere vil de raskt møte en helsetjeneste hvor man ikke kan eller bør gjøre alt som kan gjøres for alle. Det er interessant at legestudentene vil lage sin egen kampanje knyttet til overbehandling og overdiagnostikk (12). Mange snakket om at yngre leger tar andre valg enn eldre og mer erfarne, her gjelder det å snakke sammen for å få trygge beslutningstagere på alle nivå. Det må være et ledelsesansvar å skape en kultur hvor man kan ha åpne prioriteringsdiskusjoner. Kliniske etikk komiteer finnes i alle helseforetak, og har et potensiale til å fremme kunnskap og høyne refleksjonsnivået om prioritering i klinikken. Deres rolle og ansvar er nylig beskrevet i en artikkel (13).

⁹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/09/05/like-viktig-som-a-starte-en-behandling-er-a-avslutte-den.-det-er-touchy-men-riktig/>

Kliniske prioriteringsbeslutninger er komplekse. Ingen pasienter er like og mange ulike forhold spiller inn. Samtidig har vi et nasjonalt rammeverk som skal bidra til rettferdig fordeling og lik tilgang. Figuren under illustrerer kompleksiteten.

Nytte

Ressurs

Alvorlighet

Kliniske prioriteringsbeslutninger i sykehus



Helsetjeneste -
overordnet administrativt:
RHF-ledelse, HF-ledelse,
sykehusledelse

Nasjonale myndigheter:
lovverk,
finansieringsordninger,
retningslinjer

Pasient og pårørende

Helsetjeneste –
lokalt administrativt:
fagområde,
avdelingens kultur og ledelse

Samfunn:
politikk, media,
brakerorganisasjoner,
industri

Klinikerens personlige
holdninger og verdier

Helsetjeneste –
Fastlege,
kommunehelsetjeneste

Anbefalinger – veien videre

Basert på innspillene fra kliniske fagmiljø må målet være å øke kjennskap til - og bruk av - prioriteringskriteriene og tankegodset de bygger på. Ved at kriteriene blir bedre kjent og tatt i bruk vil klinikere få et felles språk og modell for prioriteringsbeslutninger. Dette kan bidra til å støtte dem og lederne i vanskelige beslutninger og å stå trygt i å si "nei" når det er nødvendig. Det bør arbeides bredt og langsiktig med et rammeverk for drøfting av prioriteringskriteriene i klinikken. De fleste elementene i figuren som illustrerer kompleksiteten bør adresseres. Vi presenterer her en skisse til et rammeverk som bygges på områdene **opplæring, ledelse, myndighetsstyring og informasjonsvirksomhet**. Vi understreker at forslagene vi presenterer må utredes og jobbes videre med før de implementeres i stor skala, men håper at de er nyttige for oppdragiver.

Opplæring

Grunnlaget for gode prioriteringsbeslutninger er god klinisk kompetanse.

I tillegg bør prioritering inn som tema i helseutdanningene. Det nye systemet for spesialistutdanning av leger bør legge mer vekt på prioritering, både i beskrivelse av læringsmål og tilhørende aktiviteter. Læringsaktiviteter kan for eksempel være digitale undervisningsopplegg som raskt bringer studentene over fra teori til refleksjon over aktuelle kasuistikker. Andre opplæringsarenaer i sykehusene er forskriftsfestet internundervisning (70 timer) og obligatorisk administrasjons og ledelseskurs.

Det er også behov for kompetanseheving og arenaer for erfaringsutveksling og diskusjon i klinikken, både på leder- og klinisknivå. Det er et poeng med tverrfaglighet i slike arenaer. Her kan de kliniske etikkomiteene spille en rolle, ved å utarbeide og tilby undervisnings- og refleksjonsopplegg. Et digitalt undervisningsopplegg for studenter, kan trolig også være nyttig for klinikere.

Kompleksiteten i en klinisk hverdag tilsier at man ikke kan regne seg fram til utfallet av et gitt prioriteringsspørsmål, eller at det alltid finnes en fasit man kan sette to streker under. Til tross for rask utvikling av kunstig intelligens og kliniske beslutningsverktøy, tror vi et IKT verktøy for komplekse prioriteringsbeslutninger ligger lang fram i tid. Våre informanter ytret heller ikke ønske om å registrere flere data i IKT-systemer, selv om slike data fra et myndighets- eller forskningsperspektiv kunne vært interessant.

Ledelse

Prioritering bør være en viktig del av ulike lederoppføringsarenaer, som Norsk topplederprogram. Prosjektet ved Haukeland sykehus retter seg også mot ledere på ulike nivå (se fotnote 3, s 10). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan være relevant for å implementere arenaer for systematisk prioriteringsdiskusjoner i tjenesten. Det er et lederansvar, på alle nivå, å legge til rette for og stimulere til systematiske, gode, tverrfaglige prioriteringsdiskusjoner og beslutninger samt å støtte klinikere i vanskelige valg. Også pasienter (der det er mulig), pårørende og primærhelsetjenesten bør involveres i slike beslutninger. Noen av våre informanter ønsker "noe skriftlig å vise til", eller en slags sjekklister, og kanskje bør dette lages lokalt. Den offentlige utredningen om palliasjon "På liv og død" (14) kom i 2017 og har vært på høring våren 2018. Den diskuterer overbehandling ved livets slutt, og foreslår blant annet at alle sykehus skal ha en plan for å forebygge overbehandling mot livets slutt.

Myndighetsstyring

Signalene fra helsemyndighetene til sykehusene, for eksempel i retningslinjer og finansierings-systemer, har stor oppmerksomhet mot tilgang og aktivitet. Tilsynsmyndighetene bør også reflektere

over prioriteringskriteriene i sitt tilsynsarbeid. Kan hende bør man i støtte grad også innarbeide føringer for å avslutte forløp, vurdere nytten av tiltak, unngå diagnostikk og behandling med liten nytte og stimulere til tverrfaglig diskusjon. Her kan legeforeningens planlagte kampanje "kloke valg" være en samarbeidspartner.

Informasjonsvirksomhet

For at prioriteringsbeslutninger skal være legitime i befolkningen, må det finnes nøktern informasjon om ulike forhold nyttet til prioritering. Hvorfor må vi prioritere? Hvilken effekt kan man forvente av ulike tiltak? Hva kan fastlegene håndtere og hva krever sykehuskompetanse? Det er nok behov for informasjonsaktiviteter eller en kommunikasjonsstrategi overfor generell befolkning som kan adressere en del av disse problemstillingene.

UTKAST

Vedlegg 1

Medlemmer i styringsgruppe

Navn	Organisasjon
Prosjekteier Marit Endresen/Morten Græsli (fra 1.4.18)	Helsedirektoratet
Torunn Janbu	Helsedirektoratet
Anette Fosse	Norsk forening for allmennmedisin
Anita Schumacher	Akershus universitetssykehus HF
Hans Kristian Stenby	Helse Vest RHF
Siv Cathrine Høymork	Helse Nord RHF

Medlemmer prosjektgruppe

Navn	Organisasjon
Prosjektleder Hege Wang	Helsedirektoratet
Sverre Harbo	Helsedirektoratet
Tove Ringerike	Helsedirektoratet
Anne Gina Lie-Pedersen	Brukerutvalg, St Olavs hospital HF
Espen Storeheier	Norsk forening for allmennmedisin
Erik Rødevand	St. Olavs hospital HF
Frode Lindemark	Haukeland Universitetssjukehus
Geir Bjørsvik	UNN Tromsø
Øyvind Haaseth	Akershus universitetssykehus HF DPS Nedre Romerike
Synne Lerhol	Unge Funksjonshemmede

Referansegruppe

Navn	Organisasjon
Agnar Berland	Brukarutvalg, Haukeland universitetssjukehus
Bjørn-Anders Kroken	UNN Tromsø
Cato Kjærvik	Nordlandssykehuset HF
Eli Feiring	Universitetet i Oslo
Else Støring	Kreftforeningen
Geir Bråthen	St. Olavs hospital HF
Lilly Ann Elvestad/ Berith Therese Larsen	FFO
Marte Mellingsæter	Akershus universitetssykehus HF
Mirjam Alsasaker	St. Olavs hospital HF
Morten Magelsen	Universitetet i Oslo, Kliniske etikkomiteer
Ole Tjomsland	Helse Sør-Øst RHF
Per Arne Holman	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Trygve Ottersen	Folkehelseinstituttet - FHI
Øystein Olsen	Stavanger universitetssjukehus

Vedlegg 2

Samtaleguide

Innledning 15 min	
	▪ Velkommen / agenda ▪ Presentasjonsrunde (alle) Helsepersonell: Bakgrunn, stilling og fartstid i nåværende rolle ▪ Kort presentasjon av oppdrag og prosjektet ▪ Praktisk - Samtalen vil vare i inntil 2 timer

Del 1 – Innledende spørsmål 15 min		
	Erfaringer I litteraturen beskrives ofte prioritering som å rangere, eller sette noe foran noe annet. Vi er interessert i å lære mer om hvordan dette gjøres hos dere, i møte med hver enkelt pasient.	
	Har dere noen refleksjoner til innledningen vår? Vi har noen tanker, men vi gjerne høre deres umiddelbare tanker. Runde rundt bordet – kort!	
	Til deg som er helsepersonell og/eller leder i helsetjenesten	▪ Med utgangspunkt i deres arbeidshverdag, opplever dere prioriteringsutfordringer? ▪ Hvis ja, kan dere fortelle.. ▪ Hva var vanskelig.... ▪ Hvis nei, hvordan er dere organisert?
		▪ Hvordan håndterer dere disse utfordringene på ledernivå ▪ Hvordan håndterer dere disse utfordringene på klinisk nivå

Del 2 – Dybdespørsmål 30 min		
	Tema: Prioriteringskriterier	
	Dagens praksis	- Med utgangspunkt i deres erfaringer.... - Hva tenker dere er viktig når dere bestemmer tilbudet til en gitt pasient. - Hva legger dere vekt på?
	(Klinisk skjønn)	Hvis det dukker opp, spør litt mer om hva de mener med det
	Stortinget har bestemt at tre kriterier skal brukes for å prioritere. Disse kriteriene er nytte-, ressurs-, alvorlighetskriteriet	- Hva tenker dere om disse begrepene? - Er de kjent, relevante, i bruk? - Sammenhengen mellom prioriteringskriteriene og dagens praksis
	Andre hensyn	Hvilke andre faktorer er viktige for kliniske beslutninger? Alder, ressursbruk utenfor sykehuset, familiesituasjon, mulighet for å delta i arbeidslivet, pasientens preferanser, finansieringsordninger
	Samlet vurdering	Det er lagt opp til at prioriteringskriteriene skal vurderes samlet. Hva tenker dere om det? Hvordan bør det gjøres i praksis? Bør noen av kriteriene legges mer vekt på?

Del 3 – Informasjonsbehov 15 min		
Formålet med dette prosjektet er å gi støtte til klinikers systematiske arbeid med prioritering. Slike beslutninger kan være vanskelige, vi er ute etter ideer til noe som kan bidra til å hjelpe den enkelte kliniker i vanskelige prioriteringssituasjoner		
	Enkelt kliniker	Hva er viktig for deg/ kunne du trenge i slike situasjoner? Er det behov for noen systematiske tiltak? Forslag?
	Avdeling, sykehus	Hva kan ledelsen bidra med?
	Myndighetene	Hva kan myndighetene bidra med?

Referanser

1. Meld.St.34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement; 2016.
2. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) FOR-2000-12-01-1208.
3. Olsen OH, SE;Qvindesland, SA; Lorentzen,H. Redefining clinical leadership for team-course development. Journal of hospital administration. 2015.
4. koks vik HH, KB; Rødevand,E;Mowinkel,P;Kvien, TK;Zangi,HA. Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. 2013.
5. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn. Tidsskr Nor Legeforen. 2004;958-9.
6. Etske regler for leger: Den norske legeforening; [updated 22.06.2015. Available from: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etske-regler-for-leger/>.
7. Norheim OF. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten.
8. Feiring EU, K. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. BMC Health Serv Res. 2014;14.
9. Wang HH, S. Prioritering - er alle gode ting bare tre? Tidsskr Nor Legeforen. 20014;12.
10. Elstad JI. Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. Scand J Public Health. 2018;46(1).
11. Hermannsen M. Om variasjon og kloke valg. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;5.
12. Storvik AG. Medisinstudentene med kampanje mot overbehandling Dagens Medisin; [Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/06/medisinstudentene-med-kampanje-mot-overbehandling/>.
13. Magelssen MM, I.;Pedersen, R.;Førde, R. Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. BMC Med Ethics. 2017;18(68).
14. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. NOU 2017:6.