

Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere?

Michael 2015; 12: 416–27.

Sammendrag

Bakgrunn

For å redusere forskjellene i praktiseringen av prioriteringsforskriften er det utarbeidet prioriteringsveiledere for 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten. I denne artikkelen undersøker vi om veilederne bygger på lik fortolkning, gradering og samlet vurdering av prioriteringsforskriftens tre vilkår ved anbefalingene om rett til prioritert helsehjelp.

Materiale og metode

Analysen omfatter alle de 33 veilederne og beskriver totalt 491 tilstander. Veiledernes firdelte graderinger av prioriteringsvilkårene ble tilordnet et poeng fra null til tre. Samlet poengsum, samt graderingen av vilkårene ble analysert opp mot anbefalingen om rett til prioritert helsehjelp.

Resultater

De fagspesifikke veilederne dekker fra to til 90 tilstander. For 378 (77 %) av de totalt 491 tilstandene anbefales det rett til prioritert helsehjelp. Andelen tilstander innenfor hver spesialitet som tildeles rett til prioritert helsehjelp varierer mellom 38–100 %. Kriteriene for alvorlighet og nytte har signifikant betydning for rett til prioritert helsehjelp, mens kostnadseffektivitet ikke har signifikant påvirkning på rettighetstildelingen.

Fortolkning

Prioriteringsveilederne er heterogene i både omfang og anbefalinger, og kriteriene har ulik grad av betydning for retten til prioritert helsehjelp. I lys av den nye pasient- og brukerrettighetsloven er det viktig at de nye prioriteringsveilederne

gir bedre veiledning i områder hvor klinikerens praktisk medisinske forståelse kommer til kort, som i vurdering av kostnadseffektivitet og i harmonisering mellom fagområder.

Bakgrunn

Lov om pasient- og brukerrettigheter og forskrift for prioritering av helse-tjenester danner det lovmessige grunnlaget for prioriteringen av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til at de pasientene som trenger det mest skal komme raskest til den riktige helsehjelpen. Til tross for et slikt felles grunnlag viste det seg at det var store regionale forskjeller i praktiseringen av prioriteringsforskriften. Helse- og omsorgsdepartementet fikk derfor i 2006 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle verktøy som skulle bidra til likere praktisering av lov og forskrift. Innenfor prosjektet «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten» ble det i perioden 2008–2012 gitt ut prioriteringsveiledere for 33 fagområder. Veilederne ble utarbeidet av spesialister fra de regionale helseforetakene, fastleger og brukerrepresentanter og er tilgjengelig på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider (1). I juni 2013 vedtok Stortinget endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (2) og prioriteringsforskriften er endret for å være i samsvar med lovendringen (3). Det ble også nødvendig å revidere prioriteringsveilederne. De 33 veilederne var ute på høring våren 2015 og skal publiseres før lovendringen trer i kraft 1. november 2015.

Prioriteringsveilederne er ment som støtte til spesialister i arbeidet med å rettighetsvurdere elektive henvisninger. De beskriver det som anses som god faglig praksis og uttrykker det som helsemyndighetene oppfatter som en rett fortolkning av regelverket. Prioriteringsveilederne består av to deler. I den *generelle* delen informeres det om bakgrunn for og bruk av veilederne, om begrepsbruk og forklaring av lov og forskrift; mens det i de *fagspesifikke* veiledertabellene gis konkrete anbefalinger om rettighet og frist for tilstander innenfor hver av de 33 fagområdene. Tilstandene i veiledertabellene er ment å dekke mellom 75 % og 80 % av henvisningene til et fagområde. Undersøkelser etter at veilederne ble innført tyder på at forskjeller i tildelingspraksis har gått ned, men at det fortsatt eksisterer regionale forskjeller (4, 5).

For hver tilstand i hver av prioriteringsveilederne foreligger det informasjon om aktuell helsehjelp, en firedelt gradering av de tre prioriteringskriteriene, anbefaling om rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, frist i uker til start av helsehjelp, samt individuelle forhold ved enkeltpasienter som skal vurderes før det konkluderes om rett og frist. (Figur 1 gir et eksempel på anbefalingene for multippel sklerose.) Ved ut-

Tabell 1. Antall og andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp, ordnet etter andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp.

	Antall tilstander	Andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp
Geriatri	4	100 %
Habilitering av barn	10	100 %
Hjerteredisin	4	100 %
Nevrokirurgi	4	100 %
Nevrologi	8	100 %
Onkologi	7	100 %
Smertetilstander	5	100 %
Sykelig overvekt	2	100 %
Infeksjonssykdommer	23	91 %
Barnekirurgi	10	90 %
Psykatri barn	18	89 %
Psykatri voksne	13	85 %
Fordøyelsesykdommer	18	83 %
Lungesykdommer	12	83 %
Ortopedi	29	83 %
Barnesykdommer	90	82 %
Tverrfaglig spesialisert rusbeh.	12	83 %
Blodsykdommer	10	80 %
Habilitering av voksne	10	80 %
Nyresykdommer	5	80 %
Hud- og veneriske sykd.	9	78 %
Øre-nese-hals	38	76 %
Urologi	14	71 %
Endokrinologi	17	71 %
Gastrokirurgi	10	70 %
Revmatologi	9	67 %
Øye	21	67 %
Fysikalsk medisn	19	63 %
Karkirurgi	7	57 %
Kvinnesykdommer	16	50 %
Thoraxkirurgi	6	50 %
Oral kirurgi og –medisin	10	40 %
Plastikkirurgi	21	38 %

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten Andre effektive behandlingsmetoder kan være aktuelle	Gradering av vilkårene i prioriterings- forskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den enkelte pasient Listen er ikke uttømmende
Multipl sklerose (MS)	Utredning	Tilstanden anses å være alvorlig	Som regel:	<ul style="list-style-type: none"> • alder (yngre prioriteres høyere, fordi man kan oppnå mer med behandling i denne gruppen) • type symptom • rask progresjon av symptomer • gjentatte symptomer
		Helsehjelpen anses å være nyttig	Rett til prioritert helsehjelp	
		Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv	Maksimumsfrist: 12 uker	

Figur 1. Eksempel på veiledertabell for fagområde neurologi, tilstand multipl sklerose (MS).
Fra Prioriteringsveileder – Neurologi.

arbeidingen av veilederne ble det brukt egne vurderingsskjemaer hvor hver av de tre prioriteringskriteriene for hver enkelt tilstand ble beskrevet i flere dimensjoner. Graderingen av vilkårene skulle baseres på denne beskrivelsen.

De tre vilkårene for prioritering er gradert fra alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, via sannsynligvis alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv og under tvil alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, til ikke alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv. Det forelå klare kriterier for denne graderingen da veilederne ble utarbeidet. Det ble også understreket at de tre kriteriene skulle vurderes samlet til slutt. Det kunne være tre utfall av vurderingene: 1) pasienten gis rett til prioritert helsehjelp og får en juridisk frist for når helsehjelp senest skal starte; 2) pasienten har behov for spesialisthelsetjenester, men får ikke en juridisk frist for start helsehjelp; 3) pasienten har ikke behov for spesialisthelsetjenester. Den siste kategorien er ikke med i prioriteringsveilederne.

I denne artikkelen vil vi se på prioriteringsveilederens anbefalinger om rett til prioritert helsehjelp. Hensikten er å undersøke i hvor stor grad veilederens rettighetsanbefalinger bygger på gradering og samlet vurdering av prioriteringsforskriftens tre vilkår. Vi vil presentere bakgrunnsinformasjon og statistikk fra veilederne for å synliggjøre fortolkning og bruk av kriteriene på tvers av fagområder. Vi vurderer ikke fastsettelsene av frist for start av helsehjelp. Dette er nylig studert i en rapport fra Kunnskapssenteret (6).

Materiale og metode

For å kunne bruke graderingene av prioriteringskriteriene i videre analyse har hver av graderingene (alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, sannsynligvis alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, under tvil alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv, og ikke alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv) blitt tilordnet poeng fra tre til null.

En tilstand som ansees som både alvorlig, nyttig og kostnadseffektiv får ni poeng, mens en tilstand som verken er alvorlig, nyttig eller kostnadseffektiv får null poeng. Begrepet 'poengsum' betegner summen av poeng en tilstand har fått etter dens respektive gradering av kriteriene. 'Gjennomsnittlig poengsum' betegner gjennomsnittet av alle poengsummene til tilstandene innenfor et fagområde. Vi presenterer alle de 491 tilstandene i tabell 1, mens vi i de videre analysene har fjernet én tilstand da den i veilederen vurderes til ikke å medføre behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten.

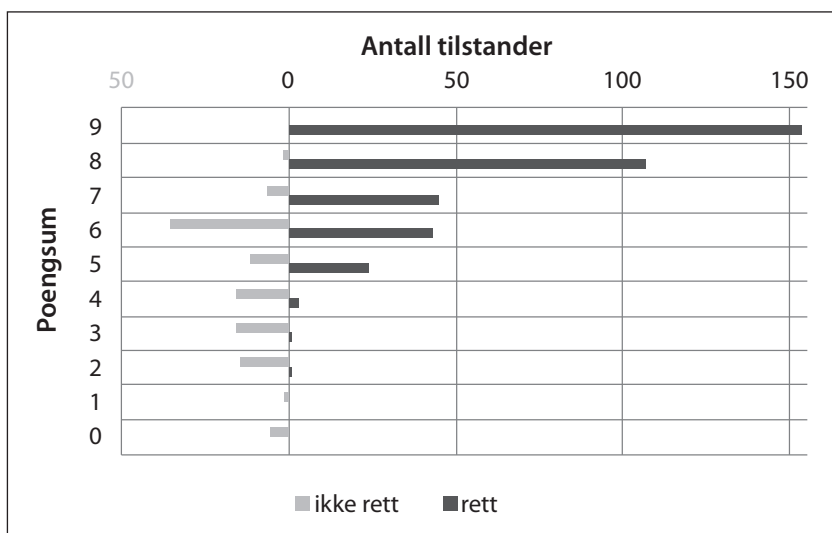
For å teste sammenhengen mellom alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet mot tildelt rett til prioritert helsehjelp gjorde vi en binær logistisk regresjon, hvor rett/ikke rett er den avhengige variabelen og de tre graderte prioriteringskriteriene er de uavhengige variablene. Kriteriene alvorlig, nyttig og kostnadseffektiv ble valgt som referanseverdier. Først gjorde vi adskilte regresjonsanalyser for hver av de tre prioriteringskriteriene. Disse presenteres som ujusterte effekter. Deretter er alle kriteriene analysert sammen for å justere effektene av de ulike kriteriene på hverandre. Vi har også analysert korrelasjonen mellom poengsum og rettighetstildeling. Analysen ble gjort i Stata 14. I arbeidet er det ikke brukt persondata og analysene er gjort på allerede publisert materiale, så det er derfor ikke vært behov for å søke etisk godkjenning.

Vi bruker begrepet «prioritert tilstand» om tilstander som blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med ordlyden i prioriteringsveilederne. I lovteksten omtales dette som «nødvendig helsehjelp». Tilstander som ikke blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp, blir omtalt som «ikke-prioriterte». Disse ble likevel vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjenester (da omtalt som «behovstilstander eller behovspasienter»). Vi har forkortet og forenklet navn på fagområder for å få ryddigere og mer lesbare tabeller.

Resultater

Av de 491 tilstander som det er gitt anbefalinger for, ble 378 (77 %) gitt rett til prioritert helsehjelp. Antall tilstander som dekkes i de ulike veilederne varierer mellom to og 90. I åtte fagområder får alle tilstandene nevnt i veilederen rett til prioritert helsehjelp. Dette gjelder geriatri, habilitering av barn, hjertemedisin, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, smertetilstander og sykelig overvekt. Lavest andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp har fagområdet plastikkirurgi, med 38 %.

I figur 2 er 490 tilstander i veilederne ordnet etter antall poeng og delt i prioriterte og ikke-prioriterte tilstander. Vi ser at det er en klar overvekt av prioriterte tilstander i gruppene med høyest poengsum. For tilstander



Figur 2. Antall tilstander for hver poengsum, delt i ikke-rett og rett til prioritert helsehjelp.

med noe lavere poengsum er det både prioriterte og ikke-prioriterte tilstander, mens det i hovedsak er ikke-prioriterte tilstander i gruppene med de laveste poengsummene. Korrelasjonen mellom total poengsum og rett til prioritert helsehjelp er 69,7 % ($p < 0,05$).

Tabell 2 viser at 99 % av alle tilstandene som ble gradert til å være alvorlige, blir anbefalt rett til prioritert helsehjelp. Tilsvarende andel for nytte og kostnadseffektivitet er hhv. 85,9 % og 86,5 %. Tilsvarende anbefales 97,6 % av alle tilstander som sannsynligvis er alvorlig rett til prioritert helsehjelp, mens andelen for nytte og kostnadseffektivitet her er hhv. 78,7 % og 71,2 %.

Tabell 3 viser relativ risiko (RR) for tildelt rett til prioritert helsehjelp, samt 95 %-konfidensintervall og tilhørende p-verdi for de tre prioriteringskriteriene. Alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er valgt som referanseverdier, og følgelig er den relative risikoen for tildelt rett til prioritert helsehjelp lavere når kriteriene er svakere. Vi ser at når variablene er justert for hverandre, er kriteriene alvorlig under tvil, ikke alvorlig og nyttig under tvil statistisk signifikante.

Diskusjon

Det er stor variasjon mellom de ulike prioriteringsveilederne både når det gjelder antall tilstander og andelen tilstander som gir rett til prioritert hel-

Tabell 2. Antall og andel tilstander med rett eller ikke rett til prioritert helsehjelp inndelt etter kriterier.

Kriterium		Totalt	Rett til prioritert helsehjelp	
		Antall	Antall	Andel
Alvorlighet	Alvorlig	197	195	99,0 %
	Sannsynligvis alvorlig	165	161	97,6 %
	Alvorlig under tvil	55	21	38,2 %
	Ikke alvorlig	73	1	1,4 %
Grad av nytte	Nyttig	326	280	85,9 %
	Sannsynligvis nyttig	122	96	78,7 %
	Nyttig under tvil	34	2	5,9 %
	Ikke nyttig	8	0	0,0 %
Kostnadseffektivitet	Kostnadseffektiv	312	270	86,5 %
	Sannsynligvis kostnadseffektiv	104	74	71,2 %
	Kostnadseffektiv under tvil	61	32	52,5 %
	Ikke kostnadseffektiv	13	2	15,4 %

sehjelp. Prioriteringsveilederen for barnesykdommer har 90 ulike tilstander, mens sykkelig overvekt bare har to. Fagområdet sykkelig overvekt er begrenset, men ser vi på store fagområder som hjertemedisin, nevrokirurgi og nyresykdommer har disse bare hhv. fire, fire og fem tilstander i sine veiledere.

Det er også stor variasjon mellom fagområdene i andel tilstander som gir rett til prioritert helsehjelp. Innenfor åtte fagområder har alle tilstandene i veilederne rett til prioritert helsehjelp. Plastikkirurgi har lavest andel tilstander med rett til prioritert helsehjelp, fulgt av oral kirurgi og –medisin, thorakskirurgi og kvinnesykdommer (hhv. 38 %, 40 %, 50 % og 50 %). Fagområdene som det finnes prioriteringsveiledere for, er svært forskjellige, og det er derfor naturlig at det er ulike andeler av rettighetspasienter i de ulike fagområdene. Men når store fagområder som hjertemedisin, geriatri og nevrokirurgi gir alle tilstandene rett til prioritert helsehjelp, kan det stilles spørsmål om hvilken nytte prioriteringsveilederne har for rettighetstildelingen innenfor disse fagområdene.

Vi finner at kriteriene alvorlighet og nytte har signifikant innvirkning på rettighetstildelingen, mens kriteriet kostnadseffektivitet ikke har det. En mulig forklaring kan være at det er lettere for klinikerne som leser henvisningen å vurdere alvorlighet og nytte enn kostnadseffektivitet. Det tyder

Tabell 3. Relativ risiko for tildelt rett til prioritert helsehjelp, justerte og ujusterte effekter.

Variabel	ujusterte effekter			justerte effekter		
	RR	95% KI	p-verdi	RR	95% KI	p-verdi
Alvorlighet	Alvorlig (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis alvorlig	0,41	0,07 2,29	0,31	0,02 1,72	0,14
	Alvorlig under tvil	0,01	0,00 0,03	<0,05	0,00 0,03	<0,05
	Ikke alvorlig	0,00	0,00 0,00	<0,05	0,00 0,00	<0,05
Grad av nytte	Nyttig (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis nyttig	0,61	0,36 1,03	0,06	0,53 5,75	0,36
	Nyttig under tvil	0,01	0,00 0,04	<0,05	0,00 0,42	<0,05
	Ikke nyttig*			–		
Kostnadseffektivitet	Kostnadseffektivt (referanse)	1,0		1,0		
	Sannsynligvis kostnadseffektivt	0,38	0,22 0,65	<0,05	0,18 2,07	0,42
	Kostnadseffektivt under tvil	0,17	0,09 0,31	<0,05	0,06 2,07	0,25
	Ikke kostnadseffektivt	0,03	0,01 0,13	<0,05	0,07 103,36	0,59

* tatt ut av analysen da ingen av de åtte tilstandene klassifisert som ikke nyttig gir rett til prioritert helsehjelp.

også på at det er en felles forståelse og tolkning av disse to vilkårene på tvers av ulike fagdisipliner. Et tiltaks kostnadseffektivitet kan derimot være vanskeligere å vurdere, noe som gir større spredning i fortolkningen. Skjemaet som ble brukt ved utarbeidningen av veilederne og ved graderingen av vilkårene, skulle begrense vilkårligheten i vurderingene og bidra til en viss grad av samstemthet i gradering og anbefalinger. Likevel var det rom for skjønn og ulike tolkninger av dimensjonene av vilkårene, noe som kan være med på å forklare variasjoner mellom veilederne.

En annen mulig forklaring kan ligge i selve tilstandene. Noen presenteres som symptombilder som krever videre utredning og avklaring, mens andre er ferdigdiagnostiserte tilstander klare for behandling. Det er da ulik grad av usikkerhet knyttet til de ulike tilstandene, både hva gjelder potensiell alvorlighet og eventuell nytte av behandlingen. Klinikere kan i møte med tilstander preget av usikkerhet vurdere dem opp mot et 'worst case-scenario'. Dette omtales i veilederens generelle del og betegnes som 'verste-fallsvurdering'. Det påpekes her at det er graden av risiko for en alvorlig tilstand som skal påvirke vurderingen, noe som blant annet avhenger av tilgjengelig tilleggsinformasjon i hvert enkelt tilfelle.

I følge den nye pasient- og brukerrettighetsloven skal alle pasienter som oppfyller kravene om nytte og kostnadseffektivitet tildeles rett til prioritert helsehjelp (2). Disse endringene er også inkludert i den nye prioriteringsforskriften (3). Alvorlighetskriteriet skal altså ikke lenger ha noen innvirkning på rettighetstildelingen. I stedet skal alvorlighet, sammen med hastegrad, ligge til grunn for fastsettelse av frist for start av helsehjelp til de pasientene som har fått tildelt rett til helsehjelp. Alvorlighetskriteriet vil fortsatt være relevant, men ikke for selve tildelingen av rett til helsehjelp. Våre funn viser at kostnadseffektivitet ikke har noen signifikant påvirkning på rettighetstildelingen, noe som betyr at uten et bedre vurderingsgrunnlag for et tiltaks kostnadseffektivitet, vil nytte stå igjen som det eneste reelle kriteriet for rettighetstildeling.

Figur 2 viser, uavhengig av fagområde, at det er en viss grad av enighet om hvordan en samlet gradering av de tre prioriteringsvilkårene skal være for å tildele rett til prioritert helsehjelp. I analysen finner vi en korrelasjon på 69,7 %. I figur 2 ser vi at en tilstand som bare skårer to poeng («kortvoksthet hos barn, sannsynligvis med genetisk årsak, aktuell høyde under 2,5-persentilen og med normal tilvekst») gis rett til prioritert helsehjelp, mens andre tilstander som skårer åtte poeng (for eks. «bløtdelslidelse og femoroacetabulær impingement») ikke gis rett til prioritert helsehjelp. Dette viser at det er behov for harmonisering av fortolkning, gradering og den samlede vurderingen av kriteriene.

Vår analyse har begrensinger og bør fortolkes med forsiktighet. For det første har vi kun analysert anbefalingene i veilederne og ikke studert hvordan de faktisk har vært praktisert. Vi mener likevel analysen kan ha verdi som et første steg på veien til å forstå prioritering på tvers av fagområder. For det andre kan prioriteringsveiledernes graderinger ses som betydelig forenklinger av komplekse, skjønnsmessige faglige vurderinger. Det foreligger ingen omforent kvantitativ standard for alvorlighetsgrad, nytte, og kostnadseffektivitet som kan brukes på tilstandene i prioriteringsveilederne, og det finnes heller ingen gullstandard for rett prioritering. Kunnskapsgrunnlaget for å kunne gradere prioriteringsvilkårene er også svakt for en del av de undergruppene som omhandles i veilederne. Vurderingene må derfor med nødvendighet baseres på faglig skjønn, uten presis kvantifisering. For det tredje må det understrekes at anbefalingene i veilederne ikke ble ikke harmonisert – noe som har blitt gjort med de nye veilederne. Våre funn er derfor ikke overraskende, men viser at det er rom for betydelig forbedring ved revisjon av veilederne.

Det er vanskelig å sammenligne våre funn med studier fra andre land, men det finnes flere metoder som benytter lignende tankegang. Lange ventelister er en utfordring i mange land (7-12). I New Zealand og Canada er det forsøkt utviklet poengbaserte systemer for prioritering av pasienter i kø til enkelte elektive kirurgiske inngrep (13, 14). Poengsystemet er tilpasset hver enkelt tilstand og er derfor ikke egnet til å gjøre sammenligninger på tvers. I multikriterie beslutningsanalyser (Multi-Criteria Decision Analysis, MCDA) kan ulike helsetilstander og intervensjoner rangeres ved hjelp av vektete poengsystemer (15, 16). Disse analysene er ofte mer sammensatte og innebærer en preferansevektning av de ulike kriteriene for å gjenspeile den relative viktigheten de har, noe vi ikke har gjennomført.

Konklusjon

For at prioriteringsveilederne skal kunne bidra til likeverdige beslutninger for pasienter med ulike tilstander, bør faggruppene ha en likest mulig forståelse av prioriteringsvilkårene. I denne artikkelen finner vi at den samlede vurderingen av de tre prioriteringskriteriene til en viss grad predikerer tildelt rett til prioritert helsehjelp, men at denne vurderingen ikke er konsekvent. Når vi ser på de tre kriteriene, er det bare alvorlighet og forventet nytte som har signifikant påvirkning på rettighetstildelingen. Et tiltaks kostnadseffektivitet har ut fra våre funn ikke signifikant påvirkning på rettighetstildelingen. Vi mener derfor at det er rom for forbedring både når det gjelder forståelse og bruk av de tre prioriteringskriteriene. Harmonisering på tvers av fagområder er et hovedmål i den pågående revisjon av veilederne og vi

håper at de nye veilederne vil kunne bidra til en likere og mer rettferdig praksis for rettighetstildeling, noe som igjen kan gi et likere og mer rettferdig helsetilbud.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. *Prioriteringsveiledere* [25.08.14]]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/prioriteringsveiledere>.
2. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven), (LOV-1999-07-02-63).
3. *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften), (FOR-2015-04-10-339).
4. *Prioriteringer i helsesektoren: verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. 150 s. p.
5. Karstensen A, Håndlykken E, Andreassen GI. *Ventetider og pasientrettigheter 2014*. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
6. Lund Håheim L. *Evaluering av 32 prioriteringsveiledere – en systemintervensjon for å redusere ventetiden til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskaps-senteret nr. 17 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester; 2015.
7. Askildsen J, Holmås T, Kaarboe O. Monitoring prioritisation in a public health care sector. The case of Norway. *Health Econ* 2011;20:958-70.
8. Dimakou S, David P, Devlin N, Appleby J. Identifying the impact of government targets on waiting times in the NHS. *Health Care Management Science* 2009;12:1-10.
9. Januleviciute J, Askildsen J, Holmås T. The impact of different prioritisation policies on waiting times: Case studies of Norway and Scotland. *Social Science & Medicine* 2013;97:1-6.
10. Noseworthy T, McGurran J, Hadorn D. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn, DC. Waiting for scheduled services in Canada: Development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clinic Pract* 2003;9(1):23-31.
11. Propper C, Sutton M, Whitnall C, Windmeijer F. Did “Targets and Terror” Reduce Waiting Times in England for Hospital Care? *Journal of Economic Analysis & Policy* 2008;8(2).
12. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health policy* 2014;118(3):292-303.
13. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997;314(7074):131.
14. Naylor C, Baigne R, Goldman B, Basinski A. Assessment of priority for coronary revascularisation procedures. *The Lancet* 1990;335(8697):1070-3.
15. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006;4:14.
16. Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Econ* 2006;15(7):689-96.

*Eirik Joakim Tranvåg**

Seksjon for forskning og utvikling. Helse Bergen

Haukeland Universitetssykehus

Jonas Lies vei 65

5021 Bergen

eirik.tranvag@uib.no

Eirik Joakim Tranvåg er lege og arbeider ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Elizabeth Nygaard

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St. Olavs plass

0130 Oslo

elizabeth.nygaard@helsedir.no

Elizabeth Nygaard er cand.oecon. og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Ole Frithjof Norheim

Seksjon for forskning og utvikling. Helse Bergen

Haukeland Universitetssykehus

Jonas Lies vei 65

5021 Bergen

ole.norheim@uib.no

Ole Frithjof Norheim er lege og professor i medisinsk etikk ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

** kontaktforfatter*