

Verdens beste – eller god nok?

Michael 2024; 21: 10–22

doi:10.5617/michael.10943

Helsetjenesten i Norge holder gjennomgående høy kvalitet. Skillet mellom en kommunal primærhelsetjeneste og en statlig spesialisthelsetjeneste skaper samhandlingsvansker. Dårlig dekning av tannhelse er en svakhet, og en godt utbygget primærhelsetjeneste er en styrke. Ventelister og manglende tilgang til avansert behandling ved alvorlig sykdom er de største svakhetene i spesialisthelsetjenesten.

Målet bør ikke være verdensrekorder, men en bærekraftig helsetjeneste som er god nok til å gi effektiv og forsvarlig hjelp når og der den behøves, Demografiske endringer utfordrer bemanningen i helsetjenesten og krever nye løsninger. Sannsynlig bedre tilgang på penger enn på personell i framtiden gir problemer, men også muligheter.

Forventningene må tøyles både blant pasienter og helsepersonell. Tydeligere prioriteringer, færre rutinekontroller, mer effektiv bruk av digitale hjelpemidler, mindre papir- og dokumentasjonsarbeid for helsepersonell, revitalisering av generalister i sykehus og sentralisering av spesialiserte tjenester er aktuelle tiltak. I tillegg må tilsynsmyndighetene unngå å stimulere til overdiagnostikk og overbehandling gjennom sin virksomhet.

Et bredt helsepolitisk forlik kan dempe lokalisingskrangel og overbudspolitik og sikre tilliten til den offentlige helsetjenesten.

«Det er typisk norsk å være god», sa statsminister Gro Harlem Brundtland i sin berømte nyttårstale i 1992. Kanskje er det også typisk norsk å tro at det meste er aller best her i landet.

Når det gjelder helsetjenesten, har selvtilliten vært stor. I utviklingen av den norske velferdsstaten etter den andre verdenskrig har helse hatt høy prioritet, og helsetjenesten har vært selve symbolet på et vellykket sosialdemokrati. Som medisinstudenter i Oslo i 1970-årene fikk vi et klart inntrykk av at vi var på verdenstoppen både velferdsmessig og rent medisinsk.

Det er karakteristisk at da en høvding i norsk helsetjenesteforskning, Peter F. Hjort (1924–2011), feiret sin sekstiårsdag i 1984, fikk festskriftet om norsk helsetjeneste tittelen *Verdens beste – er det godt nok?* (1). To av kapitlene hadde endatil tittelen: *Hvordan gjøre verdens beste helsetjeneste bedre?* Slik beskrev man både situasjonen og ambisjonene.

Selvbildet er bevart. I 2023 avsluttet helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol den årlige sykehustalen med at: «Vi skal fortsette arbeidet med å forsterke og forbedre verdens beste helsetjeneste.» (2)

I denne kronikken oppsummerer jeg min personlige analyse av dagens situasjon og framtidens utfordringer.

Hva gjør en helsetjeneste god?

Kvalitet handler først og fremst om produkters og tjenesters evne til å innfri krav og forventninger (3). Hvor god helsetjenesten er, avhenger altså av forventningene. De har sannsynligvis vokst seg for store langs flere akser.

For en nasjonal tjeneste er det naturlig å sammenlikne med situasjonen i andre land. Slike sammenlikninger er vanskelige, og langt på vei uegnet, fordi helsetjenester må utformes ut fra nasjonale behov, tradisjoner, befolkning og geografi (4, 5).

Et særtrekk ved den norske helsetjenesten er delingen i to nivåer; en kommunal helse- og omsorgstjeneste som styres av beslutninger i 357 kommuner, og en spesialisthelsetjeneste som styres gjennom oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ansvarsfordelingen og ulik finansiering gjør samhandling mellom de to nivåene krevende.

En åpenbar svakhet ved den offentlige helsetjenesten i Norge er at den i liten grad dekker tannhelse. En særlig styrke er en godt utbygget og i hovedsak velfungerende primærhelsetjeneste, til tross for fastlegeutfordringer. En sterk primærhelsetjeneste er vist å bedre både kontinuitet, overlevelse og likeverdige tjenestetilbud (6–8).

Kravene til selve tjenestene er definert i en nasjonal kvalitetsstrategi fra 2005 som fastslår at tjenestene skal (9):

- være trygge og sikre
- være virkningsfulle
- være samordnet og koordinert
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Selv om det er utviklet et omfattende system av kvantitative kvalitetsindikatorer, vil vurderingen av om ulike krav er oppfylt måtte bygge på skjønn.

Et slikt skjønn endrer seg over tid og vil alltid være subjektivt. Hva er virkningsfullhet, samordning og rettferdig fordeling? Politikere, helsepersonell og pasienter kan ha ulike vurderinger av alle disse dimensjonene. Dessuten henger de ulike kravene sammen. Det hjelper ikke om en behandling er både trygg og virkningsfull dersom den ikke også er tilgjengelig og utnytter ressursene på en effektiv måte. I kvalitetsarbeidet har det skjedd en forskyvning fra individuelt ansvar for leger og helsepersonell til helhetlig systemtenkning (10).

Brukertilfredshet

Brukerperspektivet har fått stadig større betydning og er blitt en viktig kvalitetsindikator. Utviklingen mot en pasientsentrert helsetjeneste skaper økende forventninger til tilgjengelighet, informasjon og medvirkning. Det er imidlertid få oppdaterte studier av brukertilfredsheten i norsk helse-tjeneste.

Folkehelseinstituttets kartlegging av pasienters erfaring med norske somatiske sykehus i 2021 viste høyest tilfredshet med pleiepersonalet og legene. De fikk en vektet indikatorskår på henholdsvis 75 og 74 på en skala fra 0 til 100 der 100 er best. Samhandling og utskriving fikk lavest skår; 60 av 100 (11).

En befolkningsundersøkelse i 2019 viste at av alle som hadde hatt kontakt med helsetjenesten i løpet av det siste året (70 % av de spurte), hadde 74 % gode eller svært gode erfaringer (12).

I Direktoratet for forvaltning og økonomistyrings (DFØ) undersøkelse av befolkningens tilfredshet med offentlige tjenester i 2021 skåret sykehusene høyest av alle statlige tjenester. For kommunale tjenester var svarerne godt fornøyd med fastlege og helsestasjon og delvis godt fornøyd med legevakt, sykehjem og helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Innbyggerne i de største kommunene var mer fornøyde med fastlegene enn innbyggerne i de minste kommunene (13).

En undersøkelse av brukererfaring med kommunale tjenester i Oslo i 2023 viste stor variasjon med tilfredsheten av ulike helsetjenester. Tilfredsheten var høyest med helsestasjoner, fastleger og tannhelsetjeneste for barn der knapt 70 % av brukerne hadde god erfaring, og lavest med sykehjem, hjemmetjenester og legevakt der vel 40 % hadde god erfaring (14).

Norge skåret i 2011 dårligere enn gjennomsnittet i elleve land for ventetid, kommunikasjon, informasjonsflyt mellom helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten, muligheten til medvirkning og opplevelsen av å bli utsatt for medisinske feil (15). I 2016 rapporterte norske pasienter dårligere erfaringer med sin faste lege enn pasienter i andre land på områder som kom-

munikasjon, brukermedvirkning og konsultasjonstid. Norge skåret også dårligere enn gjennomsnittet på spørsmål om ventetid på spesialist og andelen som får time hos fastlegen samme eller neste dag (16).

En OECD-studie fra 2019 viste at leger i Norge i mindre grad enn leger i andre land oppfordret pasienter til å stille spørsmål eller informere dem om behandlingsalternativer (17).

Fortsatt internasjonalt elitenivå

Da Verdens helseorganisasjon i år 2000 plasserte Norge på 11. plass i en rangering av helsetjenestene i ulike land, ble mange her i landet overrasket. Frankrike kom best ut, og vi ble forbigått av flere middelhavsland (18).

Senere undersøkelser har gitt oss bedre plasseringer. I 2017 ble det publisert en undersøkelse fra 195 land som baserte seg på dødsraten for 32 sykdommer som anses unngåelige, eller som kan behandles. Det ble beregnet en «Healthcare Access and Quality Index», og studien rangerte Norge på femte plass etter Andorra, Island, Sveits og Sverige (19).

I en internasjonal sammenlikning utført av Commonwealth Fund i 2021 var Norge plassert helt på topp sammen med Nederland og Australia i en analyse basert på tilgang til helsetjenester, prosess, administrativ effektivitet, rettferdighet og behandlingsresultater (20).

I OECDs oversikt over helse og helsetjenester i Europa i 2023 skårer Norge godt på de aller fleste variabler, men manglende offentlig finansiering av tannhelse påpekes. Det er innen tannhelse de umøtte behovene for tjenester er størst. Norge bruker en firedel mer enn EU-gjennomsnittet på helse. Ingen bruker mer penger på langtidsbehandling, og lege- og sykepleiertettheten er blant de aller høyeste i Europa. Bare Island har lavere dødelighet av sykdommer som kan forebygges eller behandles. Mentale lidelser er noe vanligere i Norge enn EU-gjennomsnittet, og det påpekes at manglende tilgang til personell i psykisk helsevern begrenser behandlingstilbudet i Distrikts-Norge (21). Definisjonen av mentale lidelser påvirkes av kulturelle forhold, og normalitetsbegrepet er blitt smalere (22).

Opplevelse og overlevelse

Norsk helsetjeneste holder altså gjennomgående høy kvalitet sammenliknet med andre land, men skårer bedre på overlevelse enn på opplevelse (23).

Utviklingen fra underdanige pasienter til konsumentbevisste brukere har dreid helsetjenesten i retning av en servicenæring (24). «Medicine is a service profession, and commitment to service is a hallmark of humanistic physicians», kunne vi lese i *The New England Journal of Medicine* for over ti år siden (25). I det perspektivet svikter informasjon og brukermedvirkning

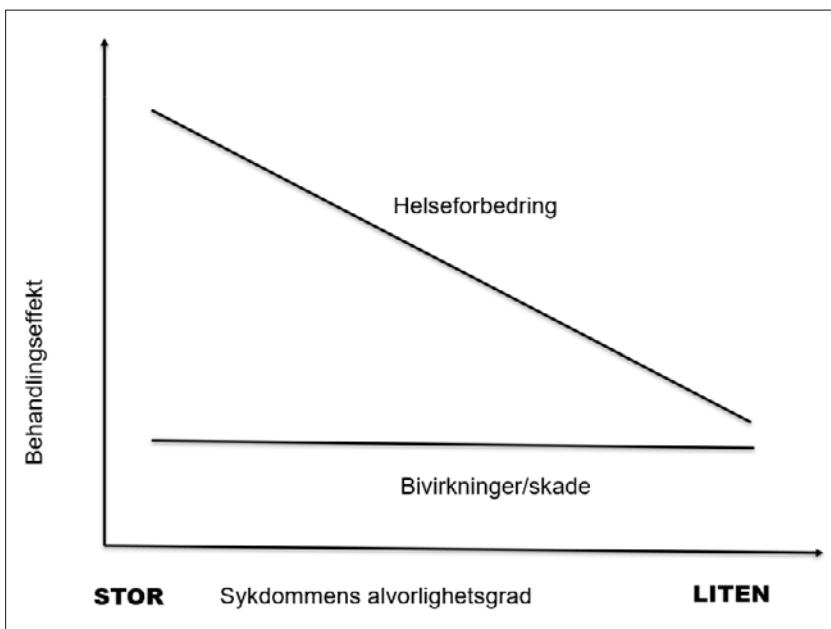
for ofte. Viktigst er likevel manglende tilgjengelighet og lang ventetid. Der kommer Norge dårlig ut også internasjonalt (26). Ventelister er den viktigste årsaken til uoppfylte medisinske hjelpebehov (21). I 2022 var gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten 66 dager, og andelen fristbrudd har økt de seneste årene (27). I samfunnet ellers øker tempoet, responstiden går ned på de fleste områder og folk aksepterer ikke å måtte vente på noe. Lang ventetid er sannsynligvis en av de viktigste grunnene til at omtrent 750 000 personer nå har privat helseforsikring. Slik utgjør ventetiden også en trussel mot den offentlige helsetjenesten.

En annen trussel i en tid der kunnskap om frontlinjebehandling sprer seg raskt i befolkningen, er manglende tilgang til de nyeste og mest avanserte behandlingsmetodene ved alvorlige sykdommer. Pakkeforløpene, særlig for kreft, som var et politisk mer enn et medisinsk initiativ, framheves i OECD-rapporten som en mulig forklaring på de gode overlevelsestallene i Norge (21). På den annen side er det en tradisjon for tilbakeholdenhet i introduksjonen av nye behandlingsmetoder med potensial for enda bedre overlevelse, som immunterapi og biologiske legemidler. Dette er svært kostbar behandling, men tilgangen på penger blir i fremtiden sannsynligvis bedre enn tilgangen på folk. Det er verdt å merke seg at tidligere fagdirektør i Statens legemiddelverk Steinar Madsen, som har brukt mye av sitt yrkesliv i kampen for tilbakeholdenhet, nå argumenterer for en mer liberal holdning. «Vi burde ta oss råd til å si ja til alt», sier han (28). «At vi med knallharde prisforhandlinger får ned prisen, utnytter byttbare legemidler maksimalt, får tilbud som vi har fått anledning til, og utvider verktøykassen vår maksimalt så vi har flere hammere til «å slå industrien i hodet med», og ikke bare én, så tror jeg det vil være mulig å ta i bruk alle legemidler i Norge.» (28).

Primum non nocere

I medisinen heter det at det viktigste er å ikke skade pasienten. Skepsisen til nye behandlingsmetoder er ikke bare økonomisk motivert. Potent behandling er aldri uten bivirkninger og risiko for komplikasjoner. Mens behandlingseffekten er størst ved høygradig sykdom eller sykdomsrisiko, for eksempel alvorlig depresjon eller høye lipidverdier, er behandlingsbivirkningene ofte uavhengig av sykdomsgraden. Jo lavere behandlingsindikasjon og desto flere som behandles, jo større er faren for å påføre noen unødvendig skade (fig 1).

Pasientsikkerhet har høy prioritet, men som for andre kvalitetsindikatorer, er det vanskelig å bedømme hvordan Norge ligger an i internasjonal sammenheng (29).



Figur 1. Behandlingseffekten er størst ved høy grad av sykdom og symptomer, mens bivirkningene ofte er uavhengige av sykdommens alvorlighet. Lav behandlingsindikasjon øker derfor faren for at behandlingen kan bli mer skadelig enn sykdommen.

Ressursbegrensninger

Selv om det er stor ressursbruk i helsetjenesten, er det alltid umettede behov. Det skyldes blant annet stadig nye tilbud og behandlingsmuligheter.

«En desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helse-tjenester i hele landet» (30), er en kostbar politisk ambisjon.

Norge har sannsynligvis verdensrekord i prioriteringsutredninger og -meldinger (31–37). Enda en ny prioriteringsmelding er varslet i 2024 basert på tre ekspertgrupper. *Nye metoder* med tilhørende *Bestillerforum* og *Beslutningsforum* er blitt et omfattende system for å bestemme hvilke behandlingsmetoder og legemidler som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten (www.nyemetoder.no). Det er bred enighet om at nytte, ressursbruk og alvorlighet skal ligge til grunn for prioritering av tjenester, men det hjelper lite i debatter om organisering og finansieringsmodeller eller lokalisering av nye sykehus og andre helseinstitusjoner.

En befolkning i endring

De demografiske endringene i Norge er store og har tilsvarende konsekvenser for helse og helsetjenester. Økningen av eldre er velkjent. Antall personer over 80 år vil dobles innen 2040 og tredobles i 2060 (38). Mer en halvparten av befolkningen over 80 år mottar kommunale omsorgstjenester (39).

Samtidig synker fødselstallet. Allerede rundt 2030 forventes det for første gang flere eldre (> 65 år) enn barn og unge (< 20 år) (38).

Og det skjer andre viktige endringer i befolkningen. Aleneboerandelen stiger og utgjør nå 20 % av befolkningen og 40 % av husholdningene (40). Barnløse menn representerer en spesiell utfordring. De har høyere sykdomsrisiko enn menn med barn (41, 42). De vil derfor bli sykere tidligere enn andre, og de vil sannsynligvis ha dårligere muligheter for familieomsorg. Mens omtrent 15 % av 45-årige menn var barnløse for 30 år siden, er nå nesten hver fjerde mann barnløs (43).

Behovet for helsetjenester vil altså øke i årene som kommer, mens tilgangen på helsepersonell vil begrenses. Helsepersonellkommissjonen konkluderte med at det vil bli mangel på helsepersonell i løpet av få år dersom dagens bemanningsnivå skal beholdes (44). Motmeldingen til Helsepersonellkommissjonens utredning (45) har ganske sikkert rett i at private helsetjenester vil øke, om den offentlige helsetjenesten ikke innfrir forventningene. Derfor er det avgjørende at forventningene justeres til det realiserbare både med hensyn til framtidig tilgang på ressurser og hva som er helsefaglig forsvarlig.

Nødvendige endringer

For å møte utviklingen trengs det grensesetting samtidig som befolkningen må trygges på at alle skal få den hjelpen de trenger, når behovet er der. Omleggingen er i gang. Hjemmetjenester har gradvis erstattet institusjonsopphold for omsorgstrengende. Samtidig skjer det en foryngelse av sykehjemsbeboerne (46). Fra 2003 har kommunene brukt mer ressurser på hjemmetjenester enn på institusjonsomsorg (47). I tillegg til at det er besparende, vil mange mene at det også er bedre for pasientene.

I motsetning til andre deler av samfunnet der nyvinninger gjerne gir lavere priser på varer og tjenester, har de fleste nye, medisinske behandlingsmetoder og legemidler en tendens til å bli mer ressurskrevende enn de gamle. Mangelen på såkalte frugale innovasjoner, enklere og billigere løsninger, er stor – og ikke bare relevant for lavinntektsland (48, 49). «Non expensivity»-studier må supplere «non inferiority»-studier.

Skillet mellom livreddende og livsforlengende behandling og annet mer trivielt medisinsk arbeid må bli tydeligere. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) fra 1970-tallet må reaktiveres (50). Spesialister og subspecialister er nødvendig, men kan og bør sentraliseres, og mer arbeid må overlates til generalister. «Personell med generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet i kommunene. Det gjelder i små og store kommuner, både i distriktene og sentrale strøk av landet. I spesialisthelsetjenesten er generalistene viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes.» (44). Kan vi få tilbake generelle kirurger og internister i norske sykehus?

Aktiviteten og ambisjonene i mange deler av helsetjenesten må justeres. Gjør kloke valg-kampanjen (51) er et godt initiativ, men har foreløpig begrenset virkning. Det er mange drivere for medisinsk overaktivitet: for eksempel ukritisk markedsføring, «for sikkerhets skyld»-tenkning og uheldige økonomiske insentiver, som stykkprisfinansiering på tvers av helsefaglig prioritering. «For å være rustet for en bærekraftig helsetjeneste må vi ikke overlata kloke valg til pasienter og klinikere alene, men også våge å ta grep på systemnivå» (52). Et viktig systemtiltak er å vektlegge ulempene ved overaktivitet mer i all helsepersonellutdanning.

Det er oppløftende at «godt nok»-begrepet nå diskuteres i ulike fagmiljøer, som innen psykisk helse og rus (53).

Intervallene mellom rutinekontroller kan sannsynligvis økes for mange tilstander. I bildediagnostikk er det et spesielt stort potensial for kontrollreduksjoner. Generell «helsesjekk» reduserer verken sykkelighet eller dødelighet (54).

Jakten på risikanter gjennom screeningprogrammer må begrenses, og diagnosegaloppen, som Bjørn Hofmann kaller det, må stanses: «For det første må vi forbeholde diagnoser til tilstander som tydelig kan knyttes til sykdom i form av smerter, funksjonsnedsettelse og lidelse, slik at diagnosene beholder sin differensierende kraft. For det andre må vi prioritere diagnosene for de mest alvorlige sykdommene, der vi kan hjelpe best og på en rettferdig måte. For det tredje må vi motstå fristelsen til å legge allmennmenneskelige problemer over på helsetjenesten og samfunnsproblemer over på individet.» (55)

Dokumentasjon og annet administrativt arbeid opptar for mye av helsepersonellens arbeidstid og må reduseres. For sykehusleger utgjorde direkte pasientarbeid bare 45 % av arbeidstiden i 2014, en signifikant reduksjon fra 1994 (56). Bruk av kunstig intelligens og digitale systemer er nødvendig for å effektivisere dokumentasjonen. Det er også grunn til å tro at dagens rapporteringsrutiner er overdrevne.

Digitale tjenester i kommunikasjon og oppfølging av pasienter må videreutvikles. I 2021 var hver fjerde konsultasjon hos fastlege en e-konsultasjon (57). Framtidens eldre vil ha høyere digital kompetanse enn tidligere generasjoner. Digital hjemmeoppfølging er et løfterikt prosjekt med store muligheter (58).

«Jeg vil [...] be helseregionene om å se på hva de kan gjøre mindre av», sa helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol modig i sykehustalen i 2023 (2) og initierte en nødvendig, men krevende prosess. Det er ikke bare pasientens, men også helsepersonellens forventninger som må justeres. Årets sykehustale var mindre modig. Selv om statsråden sa at endringer må til, var det få forventningsreducerende tiltak som ble annonsert (59).

Det er avgjørende at myndighetene sikrer folks tillit til at helsetjenester utøves forsvarlig. Et særlig ansvar påligger tilsynsmyndigheten som må balansere kravene til forsvarlighet mot farene for unødvendig diagnostikk og behandling. Helsedirektoratets notat om overdiagnostikk og overbehandling fra 2013 (60) bør oppdateres, og rollen Statens helsetilsyn og fylkeslegene har på dette feltet, må belyses bedre. Helsetilsynet kan sammen med Norsk pasientskadeerstatning dempe helsepersonellens frykt for konsekvensene av mulige feil, en frykt som i seg selv lett leder til overbehandling.

Et bredt helsepolitisk forlik behøves

Helse- og omsorgsministeren etterlyser en felles forståelse av situasjonen. «Alle» forstår at helsetjenesten må tilpasses en ny demografi, endret bosettingsmønster, bedre kommunikasjoner, ny teknologi og økende spesialisering, men fortsatt er det politisk handlingslammelse av frykt for upopulære tiltak.

Det er lange tradisjoner for brede politiske forlik i landet vårt når det virkelig behøves. Slik er det i utenrikspolitikken, forsvarspolitikken og pengepolitikken. Helsepolitikk er ikke mindre viktig.

Hvor mye offentlige ressurser som skal brukes på helsetjenester er selvsagt et politisk spørsmål. Det er grunn til å tro at mangelen på personell kommer før mangelen på penger. Da må pengene brukes på kompenserende tiltak. Norge har allerede et relativt høyt antall leger og sykepleiere. Disse må benyttes på en ny måte.

Mange av utviklingstrekkene som Helsepersonellkommissjonen påpeker, er ubehagelige (44). Sannsynligvis innfris heller ikke håpet om at friskere eldre eller mer familieomsorg vil redusere behovet for helsepersonell (61). Motmeldingen til Helsepersonellkommissjonen har få overbevisende tiltak, bortsett fra kravet om nasjonal dekning av utdanningsbehovet (45).

Skal vi lykkes i å bevare vår offentlige helsetjeneste, må lokalisingskrangel og overbudspolitikke vike. Det er heller ingen grunn til å snakke ned en tjeneste som i all hovedsak fungerer godt. De politiske partiene må slutte å krangle om hvem som har gjort hva i fortiden, og hvem som har skylden for alt som ikke fungerer. Nå er framtiden viktigst, og det må bli enighet om ambisjonsnivået. Da er ikke målet nødvendigvis gullmedalje i internasjonale sammenligninger, men å skape en bærekraftig nasjonal helsetjeneste for kommende generasjoner. Å hindre folk i å bruke private midler på private helsetjenester er umulig i et samfunn som vårt. Den offentlige helsetjenesten må være «god nok» til at behovet minimeres.

Litteratur

1. Borchgrevink CF, Hofoss D, Waaler HT red. *Verdens beste – er det godt nok?* Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
2. Kjerkol I. *Sykehustalen 2023*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/> (8.2.2024)
3. Standard Norge. *ISO 9000 – Standarden for kvalitet*. <https://standard.no/om-oss/standard-norge/standard-norge-100-ar/milepaler/1987-iso-9000---standarden-for-kvalitet/> (8.2.2024)
4. Saunes IS. Helse-systemanalyser og Norges plassering i verden. *Michael* 2024; 21: 71–78
5. Magnussen J. Måste man jämföra? *Michael* 2024; 21: 79–91
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
7. Wensing M, Szecsenyi J, Kaufmann-Kolle P et al. Strong primary care and patients' survival. *Sci Rep* 2019; 9: 10859. doi: 10.1038/s41598-019-47344-9.
8. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2021; doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.034>
9. Sosial- og helsedirektoratet. «... og bedre skal det bli!» – *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
10. Nylenna M, Bjertnaes O, Saunes IS et al. What is Good Quality of Health Care? *Professions & Professionalism* 2015; 5: <http://dx.doi.org/10.7577/pp.909>
11. Bjertnæs ØA, Sjetne IS. *Pasienters erfaring med norske sykehus i 2021*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/pasienters-erfaringer-med-norske-sykehus-i-2021/> (8.2.2024)
12. Kantar TNS. *Helsepolitisk barometer 2019*. <https://www.nho.no/contentassets/538867e203614a789b331324314e011c/helsepolitisk-barometer-2019.pdf> (8.2.2024)
13. DFØ. *Innbyggerundersøkelsen 2021*. <https://dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2021>.

14. *Oslo kommunes innbyggerundersøkelse 2023*. Oslo: Kantar Public, 2023. <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13482765-1688032064/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Publikumsunders%C3%B8kelsen/Hovedrapport%20for%20Oslo%20kommunes%20innbyggerunders%C3%B8kelse%202023%20%281%29.pdf> (8.2.2024)
15. Holmboe O, Iversen HH, Sjetne IS et al. *Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land*. Rapport 18-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011. <https://www.fhi.no/publ/2016/commonwealth-funds-undersokelse-av-helsetjenestesystemet-i-elleve-land-nors/> (8.2.2024)
16. Skudal KE, Sjetne IS, Bjertnæs ØA et al. *Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i elleve land. Norske resultater i 2016 og utvikling over tid*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
17. *Norge: Landprofil 2019*. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussel, OECD / European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. doi: <https://doi.org/10.1787/f922a4d1-no>
18. *WHO Annual report 2000*. Genève: WHO, 2000.
19. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390: 231–266.
20. Commonwealth Fund. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (8.2.2024)
21. *Norway: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Brussel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023
22. Frances A. *Saving normal*. New York: William Morrow, 2013.
23. Nylenna M. *Helsetjenesten i Norge. Et overblikk*. 3. utgave Oslo: Gyldendal Akademisk, 2024. Under trykking.
24. Nylenna M. Fra lydighet til likeverd – pasientmedvirkning i et historisk og helsepolitisk perspektiv. *Michael* 2020; 17: Supplement 17: 15–42.
25. Kesselheim JC, Cassel CK. Service: An Essential Component of Graduate Medical Education. *N Engl J Med* 2013; 368: 500–501.
26. Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A. Norway. Health system review. *Health systems in Transition* 2020; 22: 1.
27. Helsedirektoratet. *Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetenesta 2022*. <https://www.helse-direktoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetenesta-2022> (8.2.2024)
28. Gray M. Vil legalisere cannabis og ta i bruk alle medisiner. Intervju med Steinar Madsen. *Dagens Medisin* 7.9.2023 <https://www.dagensmedisin.no/biotilsvarende-legemidler-ema-fda/vil-legalisere-cannabis-og-ta-i-bruk-alle-medisiner/582691> (8.2.2024)
29. Harthug S. Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus? *Michael* 2024; 21: 63–70
30. *Hurdalsplattformen 2021–2025. Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/> (8.2.2024)

31. Norges offentlige utredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1987: 23.
32. Norges offentlige utredninger. *Piller, prioritering og politikk*. NOU 1997: 7.
33. Norges offentlige utredninger. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. NOU 2014: 12.
34. Norges offentlige utredninger. *Det viktigste først*. NOU 2018: 16.
35. Norges offentlige utredninger. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1997: 18.
36. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*
37. Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*.
38. Gleditsch RF. *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2020 <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn> (8.2.2024)
39. Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*.
40. Sørlien K. *1 av fem bor alene*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2022. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger/artikler/1-av-5-bor-alene> (8.2.2024)
41. Weitof GR, Burström B, Rosén M. Premature mortality among lone fathers and childless men. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1449–1459. doi: 0.1016/j.socscimed.2004.01.026.
42. Elenkov A, Giwercman A, Tøttenborg SS et al. Male childlessness as independent predictor of risk of cardiovascular and all-cause mortality: A population-based cohort study with more than 30 years follow-up. *PLoS ONE* 2020; 15: e0237422. doi: [org/10.1371/journal.pone.0237422](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237422)
43. Kravdal Ø. Sex Differences in Childlessness in Norway: Identification of Underlying Demographic Drivers. *European Journal of Population* 2021; 37: 1023–1041.
44. Norges offentlige utredninger. *Tid for handling*. NOU 2023: 4.
45. Christie W, Gilbert M, Gisvold SE et al. *Framtidens helse- og omsorgstjenester. Motmelding til NOU 2023: 4*. Oslo: Oslo legeforening, 2023. https://www.legeforeningen.no/contentassets/276d3938493d4d25bdfc0da4639afd67/motmelding_helsepersonellkommissjonen_skjerm_230811.pdf (8.2.2024)
46. Hagen TP, Aarflot M, Tjerbo T. Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå. *Michael* 2024; 21: 23–38.
47. Norges offentlige utredninger. *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011: 11.
48. Frugal innovation: why low cost doesn't have to mean low impact. *Nature* 2023; 624:8. doi: 10.1038/d41586-023-03816-7.
49. Brown C, Bhatti Y, Harris M. Environmental sustainability in healthcare systems: role of frugal innovation. *BMJ* 2023 ; 383: e076381. doi: 10.1136/bmj-2023-076381.
50. St. meld. nr. 9 (1974–75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*.
51. *Gjør kloke valg*. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> (8.2.2024)
52. Størdal K, Hjörleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? *Tidsskr Nor Legeforen* 2023 doi: 10.4045/tidsskr.23.0627

53. Øhlckers LR, Høstmælingen A, Sigveland J. *Godt nok og bedre. Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester*. Oslo: Fagbokforlaget, 2023.
54. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10: CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub2
55. Hofmann B. *Diagnosegaloppen*. NRK Ytring 21.1.2024 <https://www.nrk.no/ytring/diagnosegaloppen-1.16706696> (8.2.2024)
56. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1355-9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0011
57. Hoff EH, Kraft KB, Østby KA et al. *Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet. Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.
58. Helsedirektoratet. *Digital hjemmeoppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/digital-hjemmeoppfolging-hjemmesykehus-og-velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging> (8.2.2024)
59. Kjerkol I. *Sykehustalen 2024*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968> (8.2.2024)
60. Helsedirektoratet. *Overdiagnostikk og overbehandling*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/overdiagnostikk-og-overbehandling/id734412/> (8.2.2024)
61. Syse A, Hjemås G. Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? *Michael* 2024; 21: 39–51

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.