Originalartikkel **Mathias Barra, Carl Tollef Solberg**[1]

Gapene i helsetjenesten og kampen om ressursene

Michael 2026; 23: 406–416
doi: 10.5617/michael.13789

Målet med denne artikkelen er å drøfte ulike varianter av «helsegap» og hva det innebærer å redusere gapene. Det har blitt utropt mange kriser i helsetjenesten: krise i psykiatrien, bemanningskrise i Nord-Norge og fastlegekrise. Samtidig befinner vi oss på et historisk høyt nivå når det gjelder ressursbruk, personell, pasientrettigheter og tilgang til god behandling. Denne doble virkelighetsbeskrivelsen kan virke paradoksal, men kan forstås gjennom begrepet «helsegap». I denne artikkelen gjennomgår vi ulike former for «helsegap» og utvikler nye varianter av gap i helsetjenesten. Vi argumenterer for at særlig effektivitetsgapet, mulighetsgapet, behovsgapet og forventningsgapet bør spille en viktig rolle i ressursforvaltningen. Dessuten ligger fenomenet «knapphet» i kjernen av tidens «kamp om ressursene». Vi drøfter hvordan forventningsavklaring, effektivisering, prioritering, reduksjon av overaktivitet og underaktivitet samt økte ressurser, kan bidra til å redusere gapene. Vi konkluderer med at vi som samfunn har et solidaritetsansvar for å redusere gapene, samtidig som ny knapphet alltid vil kunne oppstå.

Målet med denne artikkelen er å drøfte ulike varianter av helsegap og hva det innebærer å redusere gapene. Begrepet «helsegap» benyttes på to måter: gapet mellom muligheter og ressurser og gapet mellom ulike gruppers helsetilstand. Det er den førstnevnte betydningen vi setter søkelys på her. En ofte brukt definisjon er forskjellen mellom det vi får ut av ressursene vi i dag avsetter til helsetjenesten, og det vi teoretisk kunne fått ut av dem dersom helsetjenesten hadde tilstrekkelige ressurser til å utnytte alle medisinsk-teknologiske muligheter. Dessverre vil ikke alle kunne motta «best mulig behandling» til enhver tid. Dette skyldes *knapphet*.

1 Barra og Solberg har bidratt likt til denne artikkelen og har delt førsteforfatterskap.

I Norge stammer trolig «helsegapet» som prioriteringsbegrunnelse fra to offentlige utredninger fra 1987 som begge brukte begrepet (NOU 1987: 23, s. 71; NOU 1987: 25, s. 80). Som Lønning-utvalget påpekte, kan økende knapphet, køer, kritikk og klager avløse en tidligere oppfatning av at norsk helsetjeneste var blant verdens beste. Et *helsegap,* forstått som avstanden mellom realøkonomiske og teoretiske muligheter, ble deretter etablert i NOU-litteraturen. I 1997 pekte Steine-utvalget dessuten på et *forventningsgap* (NOU 1997: 2, s. 82) for å synliggjøre et betydelig sprik mellom befolkningens forventninger til helsetjenesten og det helsetjenesten faktisk er skodd for å utføre. Norheim-utvalget omtaler både ressurser, muligheter, forventninger og behov (NOU 2014: 12). Det sentrale poenget er at det vokser frem et økende gap mellom ressurser og behov, et *behovsgap*.

Også stortingsmeldinger har begrunnet nødvendigheten av prioritering med at «det [er] et gap mellom hva samfunnet har ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig» (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, s. 9). Det samme poenget understrekes noen år senere (Helse- og omsorgsdepartementet 2021, s. 14). Bringedal har også hentet frem «helsegapet» i *Michael* som et gap mellom ressurser, muligheter og etterspørsel (Bringedal 2025, s. 47).

Ulike varianter av gap i helsetjenesten har altså blitt brukt av akademikere, utvalgsmedlemmer og prioriteringsforskere, men begrepet er i liten grad benyttet i den norske offentligheten.

I figur 1 fremstilles et utvalg av ulike gap i offentlige utredninger og akademisk litteratur.

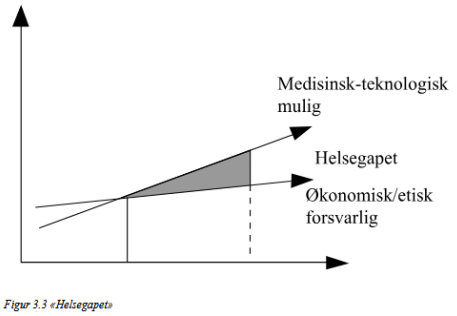
I figur 2 fremstilles ulike gap-kurver med utgangspunkt i de viktigste linjene:

Langs den vertikale aksen måles «helsegevinster» i form av «*gode leveår*» (Barra mfl. 2026). Jo flere gode leveår helsetjenesten redder – eller «produserer» – desto bedre, alt annet likt. Den vertikale avstanden mellom de fire kurvene viser ulike gap i helsetjenesten, herunder mulighetsgapet (C), behovsgapet (D) og forventningsgapet (F).

Ressurskurven viser hvor mange gode leveår helsetjenesten skaffer befolkningen gjennom dagens ressursutnyttelse. Mengden gode leveår kan øke over tid som følge av økte budsjetter, mer effektiv teknologi, bedre organisering eller bedre prioritering. Ny teknologi eller mer effektive arbeidsformer kan dermed føre til at helsetjenesten skaper mer helse med de tilgjengelige ressursene (Kjelle mfl. 2024; Fraser mfl. 2024).

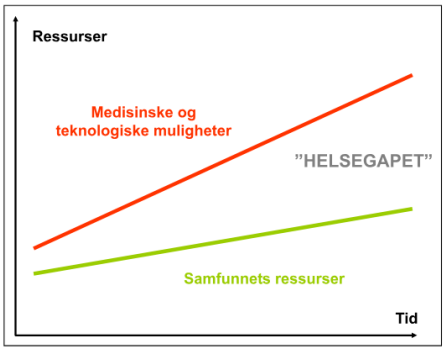
Det grønne skraverte feltet antyder et *effektivitetsgap* mellom det vi faktisk får ut av ressursene, og det vi kunne fått ut av dem, gitt mest effektiv bruk. For å nå den øvre kurven må ressursene brukes der de skaper flest

Figur 1. Ulike illustrasjoner av gap



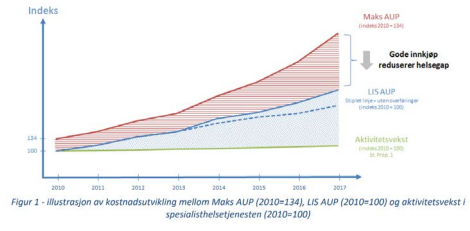
Figur 3.3 «Helsegapet»

(NOU 1997: 7, s. 80 og NOU 1997: 18, s. 36)



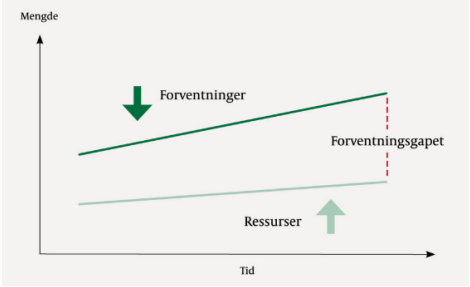
Figur 3.1 Helsegapet

(Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 20)

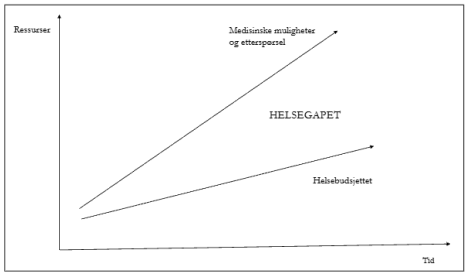


Figur 1 - illustrasjon av kostnadsutvikling mellom Maks AUP (2010=134), LIS AUP (2010=100) og aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten (2010=100)

(Rydstrøm 2018, s. e3)



(Malkomsen og Solberg 2023, s. e2)

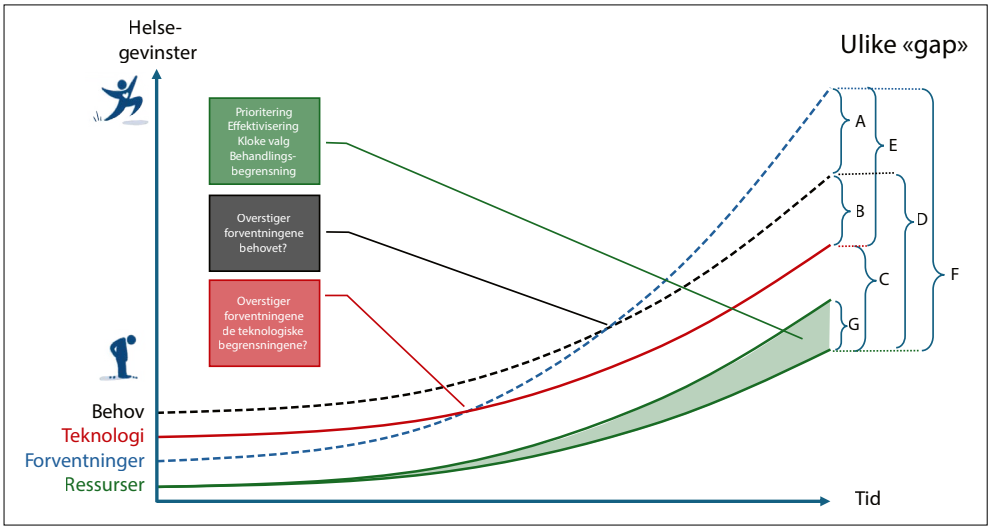


Figur 2. Helsegapet er en illustrasjon på den økende avstanden mellom medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den ene siden, og ressurstilgangen på den andre siden.

(Bringedal 2025, s. 48)

Figur 1. Fem eksempler fra den norske litteraturen på ulike gap i helsetjenesten, i kronologisk rekkefølge. De fleste illustrerer et mulighetsgap, én viser et forventningsgap, og Rydstrøm viser til gapet mellom maksimal apotekutsalgspris og legemiddelinnkjøpssamarbeidets apotekutsalgspris og til hvordan gode innkjøp kan redusere et slikt gap.

Figur 2. Gapene og sammenhengen mellom dem



Figur 2. De fire kurvene representerer henholdsvis ressurser, forventninger, teknologi og behov. Langs den vertikale aksen vises potensielle helsegevinster i form av gode leveår, og den horisontale aksen viser en antatt utvikling over tid[2].

gode leveår. Mye av prioriteringsdebatten har handlet om hvordan vi kan få «mer helse for pengene» uten å avsette flere ressurser (Magelssen mfl. 2026). God prioritering er én komponent i god effektivisering gjennom kriteriene nytte og ressurs. Samtidig innebærer alvorlighetskriteriet at helsetjenesten er villig til å bruke flere ressurser på de mest alvorlig syke, også når dette kan medføre tap av gode leveår på befolkningsnivå. Én begrunnelse er rettferdig fordeling av helsegoder (Norheim mfl. 2014; Barra mfl. 2020).

Ressurskurven former den nedre grensen for alle øvrige gap i helsetjenesten.

Teknologikurven – eller grensen for *medisinens muligheter* – representerer hvor mange gode leveår helsetjenesten kunne produsere uten ressursknapphet, gitt dagens medisinsk-teknologiske front. Avstanden mellom ressurs- og teknologikurven (gap C) er det gapet som oftest har fått betegnelsen «helsegapet». Dette gapet er delvis politisk bestemt ved at offentlige ressurser også brukes til andre formål enn helse- og omsorgstjenester.

Selv om alle samfunnets ressurser ble brukt på helsetjenestene, er det neppe mulig å gjøre *alt* som er medisinsk mulig for *alle* som kunne ha nytte

2 Figuren er en variant av figur 1.1 fra Barra mfl. (2026).

av behandling. Mulighetsfronten utvides kontinuerlig, og nye metoder kan være både mer effektive og dyrere. Noen ganger kan ny teknologi også være dårligere (Hofmann 2020). Dermed kan helsetjenesten i enkelte tilfeller produsere færre gode leveår dersom nye metoder tas i bruk innenfor samme budsjettramme. Ny teknologi kan dessuten utvide helsetjenestens mandat og påvirke hva som anses som helsebehov og hvilke forventninger befolkningen har, blant annet gjennom *medikalisering* (Nunes 2025).

Behovskurven er vanskeligere å beskrive. Vi har tegnet den stiplet fordi «medisinske behov» ikke kan anses som et veldefinert begrep (Frich og Hofmann 2009). I vår figur representerer behovskurven den mengden helse helsetjenesten kunne produsert dersom nødvendig teknologi og tilstrekkelige ressurser fantes for å behandle alle som typisk ville fått «rett til nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I hvilken grad helseproblemer gir «rett til nødvendig helsehjelp» er en gradert vurdering. Hvor terskelen for «et klart behov for helsetjenester» bør ligge, er dessuten omstridt. Om behovsgapet er en objektiv, naturgitt størrelse eller en sosial konstruksjon er en viktig diskusjon. Lian har argumentert for at behov må begrunnes i allment aksepterte samfunnsnormer, dersom de skal anses som legitime (Lian 2000). Frich og Hofmann kontrasterer behov mot «forventninger» og «ønsker» (Frich og Hofmann 2009).

Gapet B i figur 2 illustrerer avstanden mellom medisinske muligheter og medisinske behov. Det er ikke ressursknapphet som er kilden til dette gapet, men mangelen på medisinske muligheter. Samtidig er dette gapet en driver for forskning og utvikling.

Forventningskurven er den siste kurven vi har inkludert. Også den er tegnet stiplet fordi forventningene til helsetjenesten varierer mellom individer og tidspunkter, og er vanskelig å måle. I Norge foreligger det flere studier som undersøker befolkningens holdninger til prioriteringer og ressursbruk (f.eks. Botten og Aasland 2000; Solberg mfl. 2022), men vi er ikke kjent med studier som direkte spør om befolkningens forventninger til helsetjenesten.

Forventninger kan være både epistemiske (hva vi tror vil skje) og normative (hva vi mener burde skje). Tannhelsetjenester er et godt eksempel: Få tror at staten skal betale regningen etter et tannlegebesøk, selv om mange mener at man bør kunne forvente at «munnhelse er helse» (Heløe 2005). I figur 2 viser gapet F til *forventningsgapet*: gapet mellom det helsetjenesten leverer og befolkningens forventninger *i den normative tolkningen*.

Nye medisinske muligheter, styrkede pasientrettigheter, politisk problematisering og økte forskjeller kan bidra til å øke forventningene. Når forventningene overstiger tjenestens ressurskapasitet, eller medisinske muli-

Tabell 1. Ulike gap i helsetjenesten

Øverste kurve	Nederste kurve	Figurgap
Muligheter (medisinsk-teknologisk)	Ressurser	*C*
Forventninger	Bærekraftig*	*F*
Behov	Teknologi	*B*
Behov	Bærekraftig*	*D*
Ønsker	Bærekraftig	*F*
Forventninger	Behov	*A***
Behov	Forventninger	*A***

*Bærekraftig skal forstås som det som det er realistisk og forsvarlig å allokere av ressurser til helsetjenesten gitt dagens ressurstilfang og medisinsk-teknologiske front.
** Om forventningene overstiger det som kan regnes som behov etter pasient- og brukerrettighetsloven, vil dette trolig påvirke hva som regnes som «nødvendig helsehjelp» og «rimelige» behov.

Tabell 1. Tabellen viser ulike gap i helsetjenesten med utgangspunkt i litteraturen. Gapene forstås som avstanden mellom den øvre og den nedre kurven og gjenfinnes i figur 2.

heter, oppstår et gap. Slike gap kan skape mistillit og krisestemning. Gap A i figuren viser et tilfelle der forventningene overstiger det som er medisinsk mulig. En strategi kan derfor være forventningsavklaringer både i klinikken og på samfunnsnivå.

I samme båt

De ulike gapene uttrykker ulike realiteter og oppfatninger av mangler eller knapphet. Av særlig betydning er de totale ressursene, hvordan disse utnyttes, de medisinske mulighetene og forventningene.

Mulighetsgapet beskriver knapphetssituasjonen i helsetjenesten. Effektivitetsgapet beskriver hva vi kunne levert med dagens ressurssituasjon gjennom effektivisering, prioritering og reduksjon av overaktivitet og underaktivitet. Forventningsgapet kan bidra til å forklare kriser og dystopiske bilder av helsetjenesten. Behovsgapet peker samtidig på hvor det kan være verdt å strekke seg gjennom forskning og utvikling, fordi gapet her ikke skyldes mangel på ressurser eller effektiv levering av tjenester, men på medisinske muligheter.

Gapene viser også at bekymring for overaktivitet og medikalisering på den ene siden, og bekymring for ressursmangel og underaktivitet på den andre, kan være komplementære snarere enn motsetningsfulle.

Tabell 2. Komplementære strategier for å håndtere helsegapene

Gap	Gap i figur 1	Strategier for håndtering av gapet
Effektivitetsgapet	G	Effektivisering Prioritering innad i helsetjenesten Reduksjon av overaktivitet Reduksjon av underaktivitet
Mulighetsgapet	C	Prioritering *av* helsetjenesten (makroprioritering). Øke ressursene på ulike nivåer, f.eks. gjennom økt offentlig finansiering av helsetjenesten.
Behovsgapet	D	Styrke forskning og innovasjon, både for ny behandling, og for å avhjelpe effektivitetsgapet
Forventningsgapet	F	Forventningsavklaringer

Tabell 2. De fire viktigste gapene i helsetjenesten: hvordan de korresponderer med figur 2, og hvilke kjente strategier som finnes for å håndtere dem.

Siden det er skrevet utførlig om de ulike strategiene hver for seg, går vi ikke nærmere inn på dem her. Vi viser til relevant litteratur (f.eks. NOU 2014: 12; Helse- og omsorgsdepartementet 2021; Bringedal 2025; Barra mfl. 2026).

Knapphet

De ulike helsegapene er på forskjellige måter knyttet til opplevd eller faktisk knapphet. Eksempler på knappe ressurser er organer til transplantasjon, personell, sengeplasser, medisiner og utstyr. I praksis oppstår denne knappheten som gapet mellom nåværende muligheter og ressurser for å utnytte mulighetene for behandling.

Før den første vellykkede organtransplantasjonen fantes det ingen knapphet på organer: ingen mulighet, ingen knapphet. Samtidig kan vi tale om en mangel på noe som ennå ikke eksisterer. Utviklingen av en koronavaksine illustrerer dette: Vaksinen manglet i betydningen «finnes ikke, men burde kunne utvikles». Slik mangel kan danne grunnlag for forskning.

Vi har altså en intuitiv og kontekstavhengig forståelse av «mangel» og «knapphet». En bestemt populasjon kan ha et udekket behov for en ressurs i en bestemt kontekst, for eksempel under en pandemi, en demografisk bølge eller en større ulykke. Forventninger, håp og ønsker kan også bidra til en opplevelse av knapphet.

I streng forstand er det tale om knapphet når en person mangler en ressurs som det er mulig å gi, men som innebærer et tap for noen andre. Knapphet fordrer dermed en positiv alternativkostnad. For at vi som samfunn skal bry oss om knapphet, bør også konteksten for mangelen og alternativkostnaden være rimelig.

Utsagn som «at man i 2026 i verdens rikeste land ikke kan…» kan dermed uttrykke en mangel samtidig som man overser knappheten. Opplevelsen av mangel kan være subjektiv, mens knapphet oppstår når tilgjengelige ressurser ikke kan dekke alle muligheter eller forventninger. Vi har en samfunnskontrakt om gode helsetjenester, men denne består av lover, normer og realøkonomiske skranker som alle er åpne for fortolkning og debatt.

Den subjektive komponenten gjør det lite realistisk at vi noen gang vil oppnå konsensus om hva det er mangel på, og dermed hvilke ressurser det er knapphet på. Vi mennesker setter oss stadig nye mål, og medisinske muligheter utvikler seg kontinuerlig. Følgelig vil knapphetsfølelsen i helse- og omsorgstjenesten trolig aldri opphøre. Siden mulighet og ønsker er nødvendige komponenter i knapphet, bør mulighetsgapet og forventningsgapet spille en større rolle i offentlige debatter og akademisk arbeid.

Hva med «godt nok»?

Mangel og knapphet er sentrale drivere i kampen om ressursene. Dersom en positiv alternativkostnad er grunnleggende for knapphetsbegrepet, er knapphet i sin natur konfliktdrivende. Samtidig kan mangel og nød være drivere for innovasjon og forbedring.

Et gap som sjelden skaper overskrifter, er det vi kan kalle «underbehandlingsgapet». For enkelte problemstillinger finnes det effektive og rimelige behandlinger som likevel ikke når frem. Her er det ikke nødvendigvis en mangel på ressurser eller teknologi, men snarere en mistillit eller «for lave» forventninger til hva helsetjenesten kan bidra med.

Vi bør derfor ha en rasjonell debatt om hvordan ressursene kan utnyttes best mulig. Samtidig kan debatten være fylt av begreper som bidrar til misnøye og «krisestemning». Følgende erkjennelse bør mane til ydmykhet: jo flere medisinske muligheter og rettigheter, desto mer opplevd knapphet på helsetjenester.

Tilstrekkelighet er et begrep som kan tjene som motvekt til knapphetsopplevelse. Der knapphet legger vekt på mangler, peker «tilstrekkelighet» mot at noe kan hende strekker til; er «godt nok». Et sterkt søkelys på knapphet kan bidra til en oppfatning av at helsetjenesten er dårligere enn den faktisk er. Samtidig skal vi ikke bli selvtilfredse, men arbeide systematisk for å forbedre helsetjenestene.

Konklusjon

Det finnes flere typer gap i helsetjenesten. Vi har argumentert for at effektivitetsgapet, mulighetsgapet, behovsgapet og forventningsgapet er særlig sentrale.

Arbeid med effektivisering, prioritering og reduksjon av overaktivitet og underaktivitet retter seg mot effektivitetsgapet. Mulighetsgapet favner hva som kunne vært gjort med flere ressurser. Begge gapene egner seg for diskusjoner om hvordan vi best kan forvalte helseressursene. Behovsgapet kan bidra til å styre forskning og utvikling, men også til å realitetsorientere befolkningen om at det ikke nødvendigvis er manglende ressurser som er problemet. Et begrep om et forventningsgap kan bidra til å forstå misnøye og kriser og til å tydeliggjøre om forventningene er realistiske eller idealistiske.

Alle gode intensjoner om en enda bedre helsetjeneste må avstemmes mot konsekvenser som medikalisering, nullvisjoner og «det perfekte som det godes fiende». Gapene i helsetjenesten viser at tilsynelatende konfliktfylte strategier kan være komplementære. Å øke ressursene, effektivisere, prioritere, redusere underaktivitet og overaktivitet, øke mulighetene gjennom forskning og avklare forventninger bidrar på ulike måter til å håndtere misnøye og mistillit.

Samtidig minner helsegapene oss om at vi sitter i samme båt, med et solidaritetsansvar til tross for politiske og faglige uenigheter. Flere av gapene kan øke som følge av flere medisinske muligheter og økte forventninger. Til tross for økt produktivitet, flere gode leveår og bedre helsetjenester vil det samtidig kunne oppstå større mangel, knapphet og flere opplevde «kriser». I en rasjonell og bærekraftig helsetjeneste bør derfor begreper som «godt nok» og «tilstrekkelig» spille en større rolle enn i dag.

Takkenote. De første ideene til dette manuskriptet ble presentert på Helsetjenestekonferansen i 2017, og vi vil takke Liv Ariane Augestad og Kim Rand-Henriksen for bidrag i denne fasen. Takk også til redaktør Erlend Hem og to anonyme fagfeller for gode kommentarer.

Litteratur

Barra M, Broqvist M, Gustavsson E et al. Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Analysis* 2020; 28 (1): 25–44. https://doi.org/10.1007/s10728-019-00371-z

Barra M, Feiring E, Magelssen M et al. *Prioritering i helsetjenesten – fra teori til praksis*. Gyldendal Norsk Forlag, 2026. https://www.nb.no/items/1ea6625e4865b492f529f21a368f177f?page=0 (18.9.2026)

Botten G, Aasland OG. Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2000; 120 (25): 2995–2999. https://tidsskriftet.no/2000/10/klinikk-og-forskning/befolkningens-onsker-om-helsetjenester (18.9.2026)

Bringedal B. Prioritering er mer enn å rangere behandlinger. *Michael* 2025; 22 (1): 43–51. https://doi.org/10.5617/michael.12112

Fraser GRL, Lambooij MS, van Exel J et al. Factors associated with patients' demand for low-value care: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2024; 24 (1): 1656. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12093-7

Frich JC, Hofmann B. Behov – sykdom uten grenser? I: Wilmar B, Bruusgaard P, Frich JC et al, red. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009: 54–67. https://www.nb.no/items/7386535d1a6867f5db369a2b7a74f947?page=55 (18.9.2026)

Gustavsson E, Tinghög G. Needs and cost-effectiveness in health care priority setting. *Health and Technology* 2020; 10: 611–619. https://doi.org/10.1007/s12553-020-00424-7

Meld. St. 18 (2004–2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517 (18.9.2026)

Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758 (18.9.2026)

Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026 (18.9.2026)

Heløe LA. Norsk tannhelsepolitikk før og nå. Hva vi mente og hva vi mener. *Den norske tannlegeforenings Tidende* 2005; 115 (15): 930–933. https://doi.org/10.56373/2005-15-10

Hofmann B. Progress bias versus status quo bias in the ethics of emerging science and technology. *Bioethics* 2020; 34 (3): 252–263. https://doi.org/10.1111/bioe.12622

Kjelle E, Brandsæter IØ, Andersen ER et al. Cost of low-value imaging worldwide: a systematic review. *Applied Health Economics and Health Policy* 2024; 22 (4): 485–501. https://doi.org/10.1007/s40258-024-00876-2

Lian O. Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2000; 120 (1): 111–114. https://tidsskriftet.no/2000/01/kronikk/behovet-helsetjenester-naturgitt-eller-sosialt-bestemt (18.9.2026)

Magelssen M, Barra M, Feiring E et al. Prioritering – og andre bidrag til bedre ressursbruk. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146 (4). https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0132

Malkomsen A, Solberg CT. Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143 (6). https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0081

Norges offentlige utredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1987: 23. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080600001 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Sykehustjenester i Norge: organisering og finansiering*. NOU 1987: 25. https://www.nb.no/items/da2f07592e121d8774d7c98e98d1c6d7?page=0 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Pasienten først!* NOU 1997: 2. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=2 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Piller, prioritering og politikk: hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* NOU 1997: 7. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-7/id140767 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1997: 18. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956 (18.9.2026).

Norges offentlige utredninger. *Åpent og rettferdig: prioriteringer i helsetjenesten*. NOU 2014: 12. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730 (18.9.2026)

Nunes AR. Medicalisation of public health: a narrative review. *Public Health* 2025; 246: 105827. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105827

Rydstrøm P. *Kategoristrategi*. Intern report. Sykehusinnkjøp, 2018. https://www.sykehusinnkjop.no/49614a/siteassets/dokumenter/styremoter/2018/styremote-13.-september-2018/sak-57-2018-vedlegg-1-strategidokument-v.1.0.pdf (18.9.2026)

Solberg CT, Tranvåg EJ, Magelssen M. Attitudes towards priority setting in the Norwegian health care system: a general population survey. *BMC Health Services Research* 2022; 22 (1): 444. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07806-9

Mathias Barra
mathias.barra@ahus.no
Helsetjenesteforskningen
Akershus universitetssykehus
&
Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Mathias Barra er professorkompetent forsker ved Helsetjenesteforskningssenteret (HØKH), Akershus universitetssykehus og professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Universitetet i Oslo.

Carl Tollef Solberg
c.t.solberg@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Carl Tollef Solberg er lege og filosof og professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og adjunct professor ved Syddansk Universitet.
Solberg er finansiert av EU (ERC, ETHME, tilskuddsavtale 101116507). Synspunktene og meningene som uttrykkes i denne artikkelen gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene til EU eller ERC.

Artikkelen er fagfellevurdert.