

# Styringstiltak og rettferdighet i helse- og omsorgstjenesten: samspill og spenninger

Kristine Bærøe

Førsteamanuensis ved  
Institutt for global helse  
og samfunnsmedisin  
Universitet i Bergen,  
Kalfarveien 31, 5018  
Bergen

Førsteamanuensis ved  
Senter for Profesjons-  
studier  
Oslo Met –storbyuniver-  
sitetet, Pilestredet 40,  
0130 Oslo .

✉ Kristine.Baroe@  
uib.no

*I denne kommentar-artikkelen vil jeg rette oppmerksomheten mot strukturelle utfordringer knyttet til rettferdig fordeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Disse utfordringene kan oppstå i samspillet mellom ulike styringstiltak, og jeg vil reflektere over ulike måter dette kan skje på.*

## Bakgrunn

Formålet med Pasient- og brukerrettighetsloven, som regulerer primær- og spesialisthelsetjenesten, er å bidra til å sikre alle borgere «lik tilgang på tjenester av god kvalitet» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne rettferdighetsnormen er en fortolkning av Aristoteles' formale likhetsprinsipp som sier at like tilfeller skal behandles likt og ulike tilfeller ulikt, i henhold til den relevante forskjellen mellom dem (Aristoteles, 1984). Når ressursituasjonen er slik at ikke alle kan få umiddelbar og optimal helsehjelp, må det prioriteres. Da må også den rettslige rettferdighetsnormen operasjonaliseres. Det vil si, myndighetene må etablere moral-politiske kriterier som setter oss i stand til å skille mellom og rangere mer og mindre påtrengende krav på helsetjenester i henhold til hva som utgjør «den relevante forskjellen» mellom tilfellene. Kriteriene «nytte», «ressursbruk» og «alvorlighet» som Solberg-regjeringen har foreslått skal danne grunnlaget for prioriteringer i helse-sektoren, et eksempel på hvordan man kan operasjonalisere rettferdighetsnormen «lik tilgang på

tjenester av god kvalitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal håndtere behov som ofte er sammensatte og kan kreve tverrsektoriell tilnærming. Hjelpen vil i mange tilfeller måtte være individtilpasset for å være effektiv, og vurderinger må gjøres uten mye evidensbasert kunnskap å støtte seg på. Dette påkaller skjønnsutøvelse, både individuelt hos den enkelte helsearbeider og kollektivt hos sammensatte beslutningsteam. På grunn av de skjønnsmessige beslutningene er det urealistisk å forvente at den rettslige, artikulerte rettferdighetsnormen realiseres fullstendig. Det vil si, vi kan ikke forvente at ett og samme komplekse tilfelle nødvendigvis vil bli vurdert på nøyaktig samme vis av forskjellige individer eller beslutningsteam. En mere realistisk forståelse av rettferdighet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innebærer en bestrebelse på å sikre at fordelingen av hjelp og omsorg behandler *like tilfeller så likt som mulig*. Dette målet kan i noen grad styres sentralt på tvers av, og internt innad i, kommunene ved at sentrale og lokale helsemyndigheter tilrettelegger for like rammebetingelser og beslutningsstøtte.

## Sentrale og lokale styringstiltak

Norske helsemyndigheter bidrar til å styre og kontrollere helsetjenestene ved hjelp av en rekke sty-

ringsverktøy: juridiske (lover og forskrifter), økonomiske (budsjetter, aktivitetsbasert finansiering (for eksempel Normaltariffen som fastsetter honorar som fastlege og avtalespesialist kan ta for undersøkelse og behandling), kliniske anbefalinger og retningslinjer, kontrollsystemer (rapporteringskrav og tilsyn) og strukturell eller organisatorisk styring (funksjons- og oppgavedeling, for eksempel Samhandlingsreformen). Styringsinstrumenter tjener egne, spesifikke målsetninger som det å definere det rettslige handlingsrommet, sikre effektiv ressursbruk, besørge medisinsk og pleiefaglig kvalitet, forhindre uønsket adferd og fremme arbeidsbesparende og resultateffektive institusjoner.

Lokal styring fremmes på sin side gjennom for eksempel kommunale vedtak om ressursfordelinger, programmer for kvalitetsforbedring ved helsetasjoner og organisering av hjemmetjenestetilbudet. De sentrale styringstiltakene bidrar sammen med øvrige lokale og kontekstuelle forhold (som for eksempel antall allmennpraktikere tilgjengelig, geografiske forhold og tidligere politiske beslutninger) til å forme det helse- og omsorgstilbudet den enkelte kommune yter.

### **Styring og rettferdighet**

I demokratiske rettsstater som den norske, representerer rettslige reguleringer overordnede normer som har fremkommet gjennom en legitim politisk prosess. Med andre ord, når fordelingsformålet for helsetjenesten beskrives i norsk lov, er den autoritativ i angivelsen av hvordan fordelingen skal skje. Ideelt sett må både de sentrale og lokale styringstiltakene som former helsetjenesten, virke sammen på en effektiv måte for å oppnå rettferdighetsmålet om å sikre «lik tilgang på tjenester av god kvalitet» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette betyr at tiltakenes intenderte- og uintenderte- konsekvenser må være forenlige med å realisere fordelingsnormen. Når styringstiltak også anvendes for å fremme andre målsetninger enn rettferdig fordeling som beskrevet ovenfor, kan vi ikke forvente at et slikt vellykket samspill oppstår automatisk. Tvert imot må vi holde det åpent at implementeringen av virkemidler kan ha konsekvenser som kommer i konflikt med å realisere rettferdig fordeling. Jeg vil nå utdype seks ulike måter konflikter mellom et mål om rettferdig fordeling og styringstiltak kan oppstå på (listen er ikke nødvendigvis uttømmende).

### **Spenninger mellom styringstiltak**

#### *i) Styringstiltakene har ikke-intenderte virkninger som er i strid med rettferdighetsnormen:*

Et eksempel på ikke-intenderte virkninger kan være strategisk tilpasning til styringsordninger. Økonomiske incentiver kan for eksempel gjøre det svært lønnsomt å tilby bestemte tjenester. En virkning kan da være at fastlegene endrer virksomheten i retning av de mer innbringende oppgavene. Dersom den ulike prissettingen fører til slik ikke-intendert dreining mot særskilte tjenester og dermed implisitt nedprioritering og rasjonering av andre behandlingsbehov (noe som for eksempel kan gi lenger ventetid), vil den ikke være rettferdig i tråd med formålet om lik tilgang på tjenester av god kvalitet.

#### *ii) Styringstiltakene er virkemidler for flere, potensielt motstridende formål:*

Ulike styringsinstrumentene kan komme i konflikt ved at de fremmer ulike, og uforenlige, normative målsetninger som for eksempel effektiv ressursbruk og rettferdig fordeling. Et eksempel kan være når det lokale styringstiltaket tilsier at hjemmesykepleierens knappe tid skal fordeles på standardisert vis mellom pasienter med sammenlagte omsorgsbehov. Dette kan være uforenlig med profesjonelle kodekser (profesjonsetiske styringstiltak) som tilsier at omsorgen skal ivareta pasientens beste på individuell basis, uavhengig av andres krav (Grimen & Molander, 2008).

#### *iii) Kriteriene for styringstiltakene er beskrevet på en for snever eller for generell/vag måte til at implementeringen oppleves rettferdig*

Nøyaktig hva som ligger i den vage formuleringen «lik tilgang på tjenester av god kvalitet», må presiseres nærmere dersom den skal fungere som en tydelig, retningsgivende norm. En slik presisering må ta høyde for kontekst. «Rettferdig fordeling» mellom grupper kan artikuleres og konkretiseres på tvers av et sett med delte kjennetegn ved individer som inngår i gruppen. Når man derimot sammenstiller krav på helsehjelp i henhold til enkelte individer, vil den enkeltes behov kunne karakteriseres på et mer persontilpasset grunnlag enn det som deles av individer på et gruppenivå. Dermed vil det ved fordeling mellom enkeltindivider også kunne foreligge flere forhold det vil være relevant å legge vekt på (Bærøe, 2008). Dette kan bli særlig tydelig i den kommunale helsetjenesten

der helsehjelp og sosiale behov ofte er integrert. Styringstiltak som ikke er harmonisert med denne innsikten, men som forholder seg til for eksempel fordeling av hjemmetjenester utfra et for spesifikt og snevert sett med kriterier, vil kunne oppleves urettferdig. Styringstiltak som baseres på for generelle kriterier, åpner på sin side opp for utbredt skjønnsbruk når de kommunale tjenestene skal implementeres. Dette kan også medføre urettferdig, ulik behandling av like tilfeller som sannsynlig resultat.

**iv) Operasjonaliserte kriterier for rettferdig fordeling er for spesifikt formulert til å tillate rimelige tilpasninger i sammensatte kontekster der ulike og varierende forhold spiller inn**

Motstykket til for utilstrekkelige eller generelle kriterier er altfor spesifiserte kriterier. Vellykkete helse- og omsorgstjenester forutsetter et visst rom for skjønnsmessige vurderinger og tilpasninger til den enkeltes situasjon. Gitt mengden av sammensatte forhold som kan bidra til å definere den enkeltes behov, vil det ikke være mulig å forutse ethvert individuelt behov som kan dukke opp. Spesifiserte styringstiltak vil uansett ikke være sensitive overfor alle mulige behovsscenarioer; det må gjøres et utvalg. Dette har konsekvenser for rettferdig fordeling; baseres for eksempel sykehjemstilbudet på et avgrenset sett av spesifiserte behovskriterier, ignoreres andre spesifiserte behov på en vilkårlig måte som ikke kan forsvares som rettferdig på en tildels vilkårlig måte.

**v) Operasjonalisering av den overordnede rettferdighetsnormen som styringstiltakene skal virke i samsvar med, har ikke tilstrekkelig legitimitet blant dem som skal implementere den:**

Hvis operasjonaliseringen av en rettferdighetsnorm ikke er begrunnet, og/eller ikke har fremkommet gjennom en forskriftsmessig, politisk prosess folk opplever som rettferdig, er det mindre sannsynlig at de som skal implementere kriteriene føler seg bundet av den. For eksempel, dersom kriterier for fordeling av kommunale tjenester er utviklet uten innspill fra kommunes helsearbeidere og brukere, kan manglende resonans undergrave beslutningstagernes motivasjonen til å forholde seg til den. Jo flere beslutninger som fattes på et normativt ikke-koordinert, skjønnsmessig grunnlag i sammensatte kontekster (som kommuner), jo større sannsynlighet for at like tilfeller skjønnsmessig blir behandlet ulikt. Slike

helse- og omsorgstjenester vil fremstå som urettferdige.

**vi) Den overordnede rettferdighetsnormen er ikke kjent blant beslutningstagere og/eller de som implementerer styringstiltakene, eller de forstår ikke relevansen av den:**

Det er ikke gitt at de som skal ta beslutninger om generelle styringstiltak, eller implementere tiltakene, kjenner til den overordnede rettferdighetsnormen eller forstår relevansen av den. Det er mulig å forestille seg helsefagutdanninger der fordelingsrettferdighet er lite belyst og hvor dette får konsekvenser for hvordan helseprofesjoner fortolker rollen sin. Helsepersonell med erfaring fra andre helsetjenestesystemer hvor likebehandling ikke er et rettslig fordelingsformål, kan dessuten ha en annen, etablert forståelse av hvordan man bør skille mellom krav på rettshjelp (for eksempel såkalt «first come, first served»-tilnærming). I slike tilfeller der det ikke er satt inn tiltak på å etablere en felles forståelse av rettferdighetsnormen, kan også fordelingen ende opp med å bli urettferdig, ved at like tilfeller behandles ulikt.

**Avslutning**

Det er nyttig å reflektere over hvordan samspillet mellom styringstiltak teoretisk sett kan finne sted. En analytisk oversikt over ulike måter spenninger kan oppstå på, som presentert i denne artikkelen, kan bidra til at spenninger mellom konkrete styringstiltak blir identifisert og at uønskede, urettferdige konsekvenser vil kunne unngås eller avvikles.

**REFERANSER**

- Aristoteles. (1984). *Aristotle's Nicomachean Ethics*. (H. G. Apostle, overs.). Grinnell, Iowa: The Peripatetic Press.
- Bærøe, K. (2008). Priority setting in health care: on the relation between reasonable choices on the micro-level and the macro-level. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29(2), 87-102. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9063-3>.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s.179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering* (Meld. St. 34 2015-2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.