

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste

Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette
Magnussen (red.)

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal, Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (2018). Forfatterne har copyright på sine egne kapitler.

Dette verket omfattes av bestemmelsene i *Lov om opphavsretten til åndsverk m.v.* av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

ISBN 978-82-02-56935-8-PDF

E-PUB: 978-82-02-59884-6

HTML: 978-82-02-59885-3

XML: 978-82-02-59886-0

Dette er en fagfellevurdert vitenskapelig antologi.

Boken er utgitt med støtte fra publiseringfond ved Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Bergen.

Typesetting: Datapage India (Pvt.) Ltd.

Cover design: Cappelen Damm

Forsideillustrasjon: *Bridge from Balancing of pebbles* av alxpin (Stock photo ID 147650087). Bildet er brukt med tillatelse fra iStock by Getty Images.

Forsideillustrasjonen er ikke omfattet av CC-BY 4.0-lisens, og kan ikke gjenbrukes uten tillatelse fra iStock.

Cappelen Damm Akademisk/NOASP

www.noasp.no

Innhold

Forord	11
---------------------	-----------

Introduksjon Styring, prioritering og likebehandling - om bokens innhold	12
---	-----------

Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal, Kristine Bærøe, Anne-Mette Magnussen

Målsetninger for prioritering i norsk helsetjeneste	12
Betydningen av skjønn	15
Likebehandling og prinsipper for rettferdig fordeling.....	16
Overblikk over styringsinstrumentene og relasjoner mellom dem	18
Rettslig styring av helsetjenesten	19
Økonomisk og organisatorisk styring av helsetjenesten.....	22
Profesjonens selvregulering.....	23
Hvordan vurderer beslutningstakerne betydningen av styringssystemene?	25
Samspill og ikke-intenderte konsekvenser.....	27
Styring, kompleksitet og samspill mellom ulike mekanismer	28
Referanser	29

Kapittel 1 Hvorfor er sosiale ulikheter i helse urettferdige?	30
--	-----------

Gry Wester

Innledning.....	31
Hva er ulikheter i helse?	32
Sosiale ulikheter i helse.....	34
Hva er årsakene til sosiale ulikheter i helse?	36
Sosiale helsedeterminanter	36
Sosial seleksjon	39
Andre faktorer	41
Hvorfor er helseforskjeller urettferdige?	42

Hvilke tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse bør vi prioritere?	46
Konklusjon.....	51
Referanser	52

**Kapittel 2 Lik tilgang og likeverdige tjenester:
hvordan styrke realiseringen av disse rettslige
formålene?** **57**

Kristine Bærøe, Jasmine Garcha Kaur, Kavery Radhakrishnan

Introduksjon.....	58
Operasjonalisering av idealet «lik tilgang»: noen utfordringer.....	61
Operasjonalisering: vekt på barrierer.....	63
«Tilgang til helsetjenester»: begrepsrammeverk	65
Eksempler på barrierer.....	69
Barrierer for lik tilgang?	71
Akseptable og potensielt uakseptable barrierer	72
Likhet i tilgang: politiske tiltak.....	78
Konklusjon.....	79
Referanser	80

Kapittel 3 De juridiske rammene..... **82**

Solveig Hodne Riska, Henriette Sinding Aasen

Introduksjon.....	82
Formålet med dette kapitlet	82
Rett og samfunn.....	83
Et rettsområde i bevegelse	84
Veien videre	86
Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	86
Det rettslige grunnlaget: pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd.....	88
Prioriteringsforskriften som ramme for den individuelle retten.....	89
Prioriteringsforskriften § 2.....	90
Prioriteringsforskriften § 2a.....	95
Prioriteringsveiledere	98
Pasientens klagemulighet og domstolskontroll.....	101
Oppsummering.....	103
Referanser	105

Kapittel 4 Iverksettingen av EUs pasientrettighetsdirektiv i Norge. Mot en mer markedsorientert spesialisthelsetjeneste?..... 108

Even Nilssen

Introduksjon.....	109
Pasientrettighetsdirektivet.....	111
Pasienters rett til grenseoverskridende helsetjenester.....	111
Det norske helsevesenet	114
Rett til nødvendig helsehjelp	116
Fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg.....	117
Pasientrettighetsdirektivets implementering.....	120
Stoltenberg-regjeringen (Ap, SV, Sp) 2005–2009 og 2009–2013.....	120
Regjeringen Solberg (H, Frp) 2013–2017 og 2017–d.d.....	122
Politiske skillelinjer.....	124
ESAs rolle i iverksettingen av direktivet.....	127
Diskusjon.....	129
Pasientrettighetsdirektivet som uttrykk for overnasjonal rettsliggjøring	129
Velferdsstat versus marked	131
Avslutning	135
Referanser	136

Kapittel 5 Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?.....140

Morten Magelssen

Innledning.....	141
Noen studier av legers profesjonsetikk.....	142
Prioritering og profesjonsetikk.....	143
Problematisk prioritering på klinisk nivå?	145
Prioriteringsbeslutninger gjennomsyrrer klinisk praksis.....	150
Når står prioritering og profesjonsetikk i motstrid?	158
Konklusjon: støtte for prioritering	161
Referanser	163

Kapittel 6 Styring for kvalitet og likebehandling. Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning.....166

Berit Bringedal, Benedicte Carlsen

Introduksjon.....	167
-------------------	-----

INNHOOLD

Problemstilling	169
Spørreundersøkelsen.....	170
Spørsmålene om styringsverktøy.....	171
Resultater	173
Diskusjon.....	177
Skjønn og kontroll.....	177
Avslutning	182
Referanser	183
Vedlegg: Utdrag fra spørreskjemaet.....	185

Kapittel 7 Sykehuslegers holdninger til økonomiske styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten188

Afsaneh Bjorvatn

Introduksjon.....	189
Reguleringer med økonomisk betydning.....	190
Reguleringer rettet mot tilbud av spesialisthelsetjenester	191
Reguleringer rettet mot finansiering av spesialisthelsetjenester	193
Data og metode	195
Data	195
Metode.....	196
Resultater	196
Diskusjon og oppsummering.....	202
Referanser	204
Vedlegg: Spørsmål fra undersøkelsen som er brukt i studien.....	206

Kapittel 8 Styringsdilemmaer i praksis. Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid208

Inger Lise Teig, Gry Wester

Innledning.....	209
Teori	211
Metode.....	215
Informanter.....	216
Resultater	218
Beslutninger om helsehjelp.....	218
Å holde budsjetter: den økonomiske logikken	219
Pasientforløp: den organisatoriske logikken	224
Å ha handlingsrom i skjønnsavgjørelser: den profesjonelle logikken.....	228

Diskusjon	231
Konklusjon.....	233
Referanser	234

Kapittel 9 Rettslig regulering og e-helse236

Anne-Mette Magnussen, Tobba Therkildsen Sudmann

Introduksjon.....	237
E-helse i en norsk kontekst	238
Samhandlingsbarrierer og tilgang til helsetjenester.....	240
E-helse som reguleringsstøtte?	245
Registreringsterskelen.....	245
Kompetanseterskelen.....	247
Effektivitetsterskelen	250
Avsluttende betraktninger	252
Referanser	255

**Kapittel 10 Teknologitemming. Om helseteknologiens
uformelle føringer og hvordan disse kan tøyles259**

Bjørn Hofmann

Innledning.....	260
Hvilke drivkrefter kan ligge bak innføringen og bruk av teknologi?	262
Hvilke tiltak og institusjoner er etablert for å motvirke eller håndtere slike drivkrefter?	271
Hvordan håndterer institusjonene teknologiens prioriteringsdreiende krefter?	274
Diskusjon	277
Konklusjon.....	279
Referanser	281

Forfatterbiografier288

Redaktører.....	288
Øvrige bidragsytere	289

Forord

Denne boken er et resultat av det tverrfaglige samarbeidsprosjektet «Prioritizing Health Care - Tensions and Interplay between Legal, Political, Economic and Professional Perspectives», finansiert av Norges Forskningsråd. Boken er gitt ut med støtte fra Høgskulen på Vestlandet, Universitet i Bergen og Bergen Universitetsfond. Redaktørene ønsker å rette en stor takk til alle bidragsyterne. I tillegg til innsatsen fra samtlige kapittelforfattere, har vi også hatt god nytte av kyndige og gode kommentarer fra Per Arne Holman, Maren Beate Holck Ekenes og to anonyme fagfeller. Mange takk også til vitenskapelig assistent Benedikte Lunde Hvitmyhr for verdifull hjelp i prosjektperioden og til forlagsredaktør Ingrid Eitzen for dyktig oppfølging.

Bergen, februar 2018

Redaktørene

INTRODUKSJON

Styring, prioritering og likebehandling – om bokens innhold

Henriette Sinding Aasen, professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen

Berit Bringedal, dr. polit, seniorforsker ved LEFO - Legeforskningsinstituttet

Kristine Bærøe, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne-Mette Magnussen, professor ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Målsetninger for prioritering i norsk helsetjeneste

Å prioritere innebærer å sette noe foran noe annet. I helsetjenesten vil det bety å treffe beslutninger om hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge. Disse beslutningene kan bygge på relativt eksplisitte kriteriesett, som illustrert med hvordan køen på legevakten ordnes. Når pasienten kommer inn, gjør helsepersonell i mottaket en første vurdering av hastegrad. Kan pasienten vente, eller bør han eller hun komme raskest mulig til lege? I neste runde vurderer legen hvilke tiltak som bør iverksettes. Er det

for eksempel grunn til å ta et røntgenbilde? Eller trenger pasienten i det hele tatt videre utredning og/eller behandling? Slike beslutninger er vanlige i helsetjenesten. Det gjøres vurderinger av hvilke oppgaver som skal gjennomføres og i hvilken rekkefølge, hvilke pasienter som skal komme først (eller sist) til behandling, og hvordan ressursene skal fordeles mellom tiltak og pasienter. Prioriteringer gjøres med andre ord hele tiden.

I Norge var helsemyndighetene tidlig ute med å rette oppmerksomheten mot behovet for å prioritere rett i helsetjenesten; det første utvalget som skulle foreslå retningslinjer for prioriteringene leverte sin innstilling allerede i 1987 (NOU 1987: 23). Bakgrunnen var en økende erkjennelse av at ressursene var begrensede, og at det dermed var vesentlig å fordele dem slik at viktige ting ble gjort før mindre viktige. Utvalget foreslo et system med fem prioriteringsnivå, der høyeste prioritet skulle gis til tiltak som var umiddelbart livreddende, mens tiltak uten medisinsk nytte hadde laveste prioritet.

Kanskje var grunnen til at man oppnevnte et nytt utvalg ti år etter det første utvalget en erkjennelse av at prioriteringene i helsetjenesten ikke var blitt så mye bedre. Utvalgets mandat var å foreslå retningslinjer som bygget på forrige innstilling, samtidig som den praktiske betydningen av arbeidet ble understreket. Retningslinjene måtte kunne brukes på konkrete spørsmål og på alle nivå – både klinisk og administrativt.

I den nye utredningen (NOU 1997: 18) gikk man bort fra de fem nivåene. I stedet formulerte man tre kriterier alle tiltak skulle vurderes etter og som i neste omgang skulle danne grunnlag for rangeringen av tiltakene. De tre kriteriene var tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede effekt og tiltakets kostnad. Dette arbeidet fikk større formell betydning enn den første innstillingen hadde hatt. For det første kom det ny lovgivning på feltet, der de tre kriteriene dannet grunnlaget for pasientenes rett til helsetjeneste (lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 med tilhørende

prioriteringsforskrift av 1. desember 2000 nr. 1208). For det andre ble det opprettet et permanent råd (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten, forkortet Prioriteringsrådet) som skulle bistå myndighetene i vanskelige prioriteringsprosjekt, et tiltak som også ble foreslått av utvalget.

Fra begynnelsen av 1990-tallet fikk helseøkonomiske perspektiver økende innflytelse i styringen av helsetjenesten. At tiltak skal vurderes etter både medisinsk effekt og kostnad er selvsagt i helseøkonomi, og dette ble også innarbeidet både i prioriteringsutvalgets kriterier og i lovgivningen. Som en følge av dette fikk systematiske vurderinger av den medisinske effekten av ulike tiltak, særlig medikamenter, også vind i seilene. Et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert, og kunnskapsoppsummeringer og såkalte HTA-analyser (health technology assessments) ble viktige informasjonsgrunnlag for prioriteringene. Denne kunnskapen ble også inkorporert i faglige retningslinjer og veiledere, blant annet prioriteringsveiledere.

I 2014 ble atter en prioriteringsinnstilling levert (NOU 2014: 12), fulgt opp av ytterligere en rapport (Magnussenutvalget, 2015). Innstillingen skilte seg ikke sterkt fra den forrige, med unntak av at det her ble lagt større vekt på prioriteringsprosesser. Som tidligere mente utvalget at medisinsk effekt og kostnad danner det vesentlige grunnlaget for prioriteringene, der både helsetap og helsegevinst skal inngå i effektvurderingen (dette tilsvarer kriterier om tiltakets effekt og tilstandens alvorlighetsgrad). Målsetningene skal være flere gode leveår for alle, rettferdig fordelt.

I de senere årene har prioriteringer i helsetjenesten også fått større allmenn oppmerksomhet, kanskje samtidig med en bredere erkjennelse av et økende gap mellom hva som kan gjøres og hva man har ressurser til. Det er etablert et Beslutningsforum som består av ledere i sykehussektoren, der intensjonen er å samordne vanskelige beslutninger nasjonalt.

Hvor stor betydning har de eksplisitte tiltakene for bedret prioritering hatt på fordelingsbeslutninger i praksis? Det vet vi ikke så mye om (Bringedal, 2015). Men det er grunn til å tro at mange av de små og store enkeltbeslutningene som fattes hele tiden er tuftet på flere andre faktorer enn de ideelle målsetningene som er formulert i nasjonal lovgivning og etablerte prioriteringskriterier.

Eksempelen fra legevakten er en illustrasjon på bevisst prioritering. Prioriteringsbeslutninger er imidlertid ikke alltid like bevisste eller erkjente for beslutningstakerne. Det er grunn til å tro at faktorer som tradisjon og kultur, organisering og styring, fagfolks interesser, pasienters og pasientorganisasjoners innflytelse, politiske reformer, priser på utstyr og medisiner, ledelse, medieoppslag og annet har vesentlig innflytelse på hvordan avgjørelser tas og hvilke beslutninger som fattes. Slike forhold kan i praksis ha vel så stor innflytelse som de vedtatte normene for beslutninger om prioriteringer.

Mye av det norske prioriteringsarbeidet har dreid seg om å utforme gode regler og retningslinjer for prioriteringene. Slike forhold er vesentlige forutsetninger for gode prioriteringer, men de er langt fra tilstrekkelige. Samspillet mellom ulike deler av helsetjenestens strukturelle utforming, som beslutningssystemer, finansiering, arbeidsdeling og maktfordeling, vil i praksis bestemme mange av de faktiske prioriteringene. Også profesjonelle kulturer, befolkningens forventninger og medias rolle har stor innflytelse, men disse mekanismene er vanskelige både å forutse og å styre. Betydningen av den profesjonelle kulturen kan også være svært subtil, men ikke mindre betydningsfull av den grunn. I det følgende gir vi en kort presentasjon av forhold som påvirker prioriteringer og som bokas kapitler kan knyttes til.

Betydningen av kjønn

Skjønn spiller en viktig rolle når helsepersonell skal treffe beslutninger om helsehjelp og prioritering i praksis. Her er *fagspesifikt*

skjønnt sentralt for å kunne bidra til å fremme den enkeltes helse på en god og forsvarlig måte. Fagspesifikk skjønnsutøvelse finner sted når leger, sykepleiere, psykologer, fysioterapeuter og andre faggrupper omsetter fagkunnskapen sin i praksis. I tillegg til det fagspesifikke skjønnet, må det utøves skjønnt i tolkningen av samfunnsmessige forpliktelser. Når legen, for eksempel, avgjør om pasienten oppfyller kravene i den rettslige reguleringen (lov, forskrift, prioriteringsveiledere), utøves et såkalt rettsanvendelses-skjønnt som er underlagt rettslig styring og i prinsippet kan overprøves av domstolene (Eckhoff & Smith, 2014). Generelt er det slik at tolkning og implementering av ethvert regelverk (rettslig eller ikke) krever utøvelse av skjønnt når det skal anvendes i praksis. Kort oppsummert kan vi si at profesjonelt skjønnt utøves av helsepersonell i lys av både fagspesifikk kunnskap og ved tolkning og anvendelse av regelverk som styrer virksomheten.

Likebehandling og prinsipper for rettfærdig fordeling

Et formelt rettfærdighetsprinsipp om likebehandling kan spores tilbake til Aristoteles og krever at like tilfeller behandles likt og ulike tilfeller behandles ulikt, i henhold til relevante forskjeller mellom dem (Aristoteles, 1984). I helsetjenesten kan man oversette dette til at alle skal ha lik tilgang til gode og virksomme helsetjenester i henhold til relevante forskjeller.¹ Det springende punkt er dermed hva som utgjør relevante forskjeller.

De norske prioriteringsutvalgene har, som nevnt, foreslått prinsipper for hvordan fordelingen bør skje. Disse prinsippene gjør det mulig å rangere ulike helsehjelpstilbud i forhold til hverandre. Prinsippene er begrunnet i rettfærdighetsteorier

¹ Vi vil nedenfor se hvordan dette rettfærdighetsprinsippet gjenspeiles i lovgivningen.

som argumenterer for nødvendigheten av å ta seg av de verst stilte og å sikre mest mulig effektiv behandling ut fra tilgjengelige ressurser. Dette er sentrale hensyn i flere rettferdighetsteorier. Andre vil legge vekt på forskjellsbehandling på bakgrunn av behov. At helsehjelpen skal fordeles etter behov – og at dette er en akseptabel presisering av likebehandlingsprinsippet – er ikke kontroversielt. Andre forhold er imidlertid mer uavklarte, og vi vil her nevne to.

Det første dreier seg om sosial ulikhet i helse. Dårlig helse kan skyldes genetiske eller sosiale faktorer. Det er også godt dokumentert at sosial ulikhet i seg selv korrelerer med ulikhet i helse. Dette har blitt et sentralt helsepolitisk anliggende både i Norge og mange andre land. Men hva er begrunnelsen for at sosiale ulikheter i helse kan være urettferdige? I kapittel 1, med tittelen *Hvorfor er sosiale ulikheter i helse urettferdige?*, drøfter Gry Wester ulike årsaksforklaringer, blant annet en teori om at sosialt betingede ulikheter i helse primært er urettferdige fordi de representerer systematiske ulemper knyttet til realisering av velvære, generelt forstått («well-being»). Hun argumenterer for at denne teorien er det beste utgangspunktet for å jobbe målrettet med å redusere sosial ulikhet i helse.

Den andre uavklarte fordelingsutfordringen handler om ulikhet i tilgang til helsetjenester. Hvis vi skal realisere lik tilgang til helsehjelp, må vi kunne identifisere forhold som kan være til hinder for dette. Dette krever at vi er i stand til å skille akseptable hindringer fra uakseptable og at vi makter å prioritere helsepolitiske tiltak for å fjerne eller redusere de uakseptable hindringene. Hvordan kan målet om lik tilgang operasjonaliseres i henhold til identifiserbare barrierer? Dette søker Bærøe, Kaur og Radhakrishnan svar på i kapittel 2, *Lik tilgang og likeverdige tjenester: hvordan styrke realiseringen av disse rettslige formålene?*

Overblikk over styringsinstrumentene og relasjoner mellom dem

Styring av helsetjenesten foregår ved hjelp av en rekke ulike virkemidler, både juridiske (lovgivning, forskrifter, instruksjer), administrative (rapporteringskrav, tilsyn, retningslinjer), organisatoriske (oppgavefordeling, organisering), økonomiske (budsjetter, finansieringsmodeller) og faglige (yrkesetikk, kliniske retningslinjer). Styring i denne sammenhengen innebærer at det stilles krav og settes rammer for de beslutninger som treffes og som beslutningstakerne må ta hensyn til. Det er med andre ord en rekke faktorer som har betydning for de beslutninger som treffes i helsetjenesten.

Norge er i dag et av landene i verden som har kommet lengst i å utvikle, spesifisere og formalisere prinsipper og kriterier for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Norge skiller seg også ut fra andre land ved at lovgivning er tatt aktivt i bruk (NOU 2014:12) for å innskrenke både det politiske og profesjonelle handlingsrommet. Dette har vært en bevisst politisk strategi for å sikre helse som velferdsgode og for å sikre likebehandling og rettferdig fordeling av sykehustjenester.

Tidligere rådet legene grunnen i helsevesenet ved at rettslig og annen regulering i liten grad grep inn i deres beslutningsmyndighet knyttet til ytelse av helsehjelp. Dette endret seg gradvis fra 1980-tallet. Helselovgivning ble da i økende grad benyttet som politisk redskap for å styre den offentlige helsetjenesten, først og fremst ved å gi bindende bestemmelser om organisering, ansvar og myndighet og om plikter og rettigheter. Endringer i pasientrettighetsloven, som etter samhandlingsreformen i 2011 er blitt hetende pasient- og brukerrettighetsloven, har gradvis innført flere pasientrettigheter, som kostbare spesialisthelsetjenester, fritt sykehusvalg og behandling i utlandet. Formålet har særlig vært å styrke pasientens rettsstilling i møte med helsevesenet, men også effektivisering

er blitt et viktig motiv. Samtidig har helsevesenet gjennomgått flere strukturelle og økonomiske reformer som ikke nødvendigvis er utformet med tanke på å styrke den enkelte pasients rettsstilling. Til sammen fører rettsutviklingen og reformene både til at myndighetsstyringen er omfattende og at det kan oppstå konflikter mellom ulike styringsinstrumenter.

I det følgende vil vi presentere de ulike styringsmidlene som omhandles i denne boken, samt uformelle mekanismer og faktorer som i praksis påvirker beslutningene.

Rettslig styring av helsetjenesten

Rettslige virkemidler for å styre helsetjenesten er først og fremst lovgivning, herunder forskrifter gitt med hjemmel i lov. Lover vedtatt av Stortinget er juridisk bindende, i motsetning til for eksempel rundskriv og veiledninger fastsatt av departementer og administrative organer, eller profesjonsnormer vedtatt av yrkesorganisasjoner. Lover har legitimitet i kraft av at de er vedtatt av folkevalgte organer i tråd med demokratiske prinsipper nedfelt i Grunnloven. I demokratiske rettsstater som den norske er lovgivning overordnet de andre styringsmidlene, både de økonomiske, administrative, organisatoriske og faglige. Dette betyr at verken departementer, fagorganisasjoner, leger eller andre aktører kan treffe beslutninger i strid med lovgivningen. Også administrative og yrkesetiske regler kan ha betydning som rettskilder, men de er ikke juridisk bindende på samme måte. Pasient- og brukerrettighetsloven angir hvilke rettigheter pasientene har og som i siste instans kan påberopes for domstolene. Helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og annen helselovgivning inneholder plikt- og ansvarsbestemmelser som er bindende for helsepersonell og helseinstitusjoner, og som kan medføre ulike former for juridisk ansvar og sanksjoner (straff, erstatning, tap av lisens, tilrettevisning) dersom de ikke overholdes.

Mens legene tidligere hadde svært stor beslutningsmyndighet med hensyn til hva slags helsehjelp en pasient skulle tilbys, er deres profesjonelle autonomi i dag underlagt langt flere rettslige, økonomiske og administrative begrensninger. Dette gjelder ikke minst i spesialisthelsetjenesten. Sentrale spørsmål er hvilke rettslige krav som gjelder for tilgang til helsehjelp, hvordan helsetjenesten skal prioritere mellom pasienter, og hvilke regler som gjelder for frister og ventetid ved undersøkelse og behandling.

I hvilken grad og på hvilken måte medfører den rettslige reguleringen begrensninger i den enkelte pasients rett til helsehjelp og i legers profesjonelle autonomi? I kapittel 3, *De juridiske rammene*, presenterer Solveig Hodne Riska og Henriette Sinding Aasen lovgivningen og de juridiske rammene som gjelder for beslutninger om rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i Norge. Den rettslige reguleringen er et uttrykk for lovgivers og myndighetenes ønske om mer intensiv styring av beslutninger om helsehjelp, for å begrense ressursbruken og sikre at pasienter behandles likt uavhengig av hvor de bor i landet og ved hvilken institusjon de behandles. Helsedirektoratet har også utarbeidet såkalte prioriteringsveiledere i samarbeid med legespesialister. Disse veilederne befinner seg i en mellomstilling mellom rettslig og administrativ styring. De har som formål å bidra til etterlevelse av regelverket og sikre forsvarlighet og likebehandling i helsetjenesten. Et viktig spørsmål er hvilken rettslig status og betydning slike veiledere har og bør ha for legenes skjønnsutøvelse.

Norge er som stat bundet av internasjonale regler vedtatt av Europarådet, EU og FN, som medfører juridisk plikt til å sørge for at helsetjenesten oppfyller bestemte krav til innhold, kvalitet og tilgjengelighet. Hvilken betydning har internasjonale regler for prioritering av helsetjenester her til lands? Dette spørsmålet behandles av Even Nilssen i kapittel 4, *Iverksettingen av EUs pasientrettighetsdirektiv i Norge*. Han diskuterer særlig hvorvidt

implementeringen av direktivet i Norge fører til en mer markedsorientert spesialisthelsetjeneste, samt hvilken betydning økende internasjonalisering og pasientflyt over landegrensar har for demokratisk styring av helsetjenesten.

Statlige tilsyns- og kontrollordninger for å følge opp intensjonene i lovverket er et viktig element i den rettslige styringen. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten i landet.² Tilsynet skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester blir ivaretatt, at tjenestene blir drevet på et faglig forsvarlig vis, at svikt i tjenesteytingen forebygges og at ressursene i tjenestene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte. Tilsyn kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som reaksjon på hendelser (hendelsesbasert tilsyn) eller ut fra et mer overordnet/helhetlig perspektiv (områdeovervåking). Et viktig spørsmål – som ikke behandles inngående i denne boken – er om tilsynsrollen ivaretas på en effektiv måte i relasjon til ulike prioriteringsspørsmål i helsetjenesten. Rettsreglene setter rammer for helsetjenestens prioriteringsbeslutninger, men i hvilken grad regelverket etterlevs i praksis og om prioriteringsbeslutninger faktisk påvirkes av den rettslige reguleringen vet vi lite om. Ingen av bokens kapitler gir direkte svar på disse empiriske spørsmålene. Derimot gir flere av kapitlene innblikk i forhold og sammenhenger som kan ha betydning for om regelverket etterlevs eller ikke.

2 Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene § 1. Det er vedtatt en ny lov med samme tittel (lov 15. desember 2017 nr. 107), men den er ennå ikke trådt i kraft. Den nye loven har, i motsetning til den gamle, en formålsbestemmelse som uttrykkelig slår fast at det statlige tilsynet skal 'styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.'

Økonomisk og organisatorisk styring av helsetjenesten

I tillegg til de rettslige rammene vil både økonomiske, administrative og organisatoriske virkemidler kunne påvirke helsearbeideres beslutninger. Økonomisk styring av helsetjenesten skjer på to måter, gjennom budsjetter og/eller ved direkte belønning av bestemte aktiviteter.

Måten myndighetene velger å organisere helsetjenesten på er vesentlig for den virksomheten som for eksempel sykehusene driver. Dette gjelder både sykehusenes formelle organisasjonsstruktur, hvilke målsetninger som gjelder for virksomheten, hvilken kompetanse personalet har, hvilke teknologier som er tilgjengelig med mer. Organisatorisk styring innbefatter sammenslåing, funksjonsdeling og andre tiltak rettet mot organisering av aktivitet – både på RHF-nivå (RHF: Regionale helseforetak), sykehusnivå og på avdelings-/og seksjonsnivå. Endringer i både oppgave- og ansvarsfordeling kan være effektive styringsverktøy. Som eksempel kan nevnes helseforetaksreformen i 2002 som endret spesialisthelsetjenesten fra forvaltningsstyrte virksomheter eid av fylkeskommunen til fristilte rettssubjekter eid av staten, eller endret arbeidsdeling mellom sykehus i en region.

Selvsagt kommer man ikke utenom ressursbegrensningen. Helsetjenesten kjennetegnes av stadig økte behov, mens budsjettet ikke øker i samme grad. Med begrensede ressurser er det desto viktigere å fordele ressursene rett – forstått som at de brukes på de tingene som realiserer målsetningen om mest mulig helseforbedring, rettferdig fordelt. Fagfolkene skjønner også inn her, siden det er klinikerne som gjerne har førstehåndsinnsikt i hvordan ressursene best kan brukes. Dermed bør de ha stor innflytelse på spørsmålet om hvordan begrensede ressurser skal fordeles.

Selv om klinikerne er nærmest til å vurdere hvordan ressursene kan brukes effektivt for å realisere målsetningene, viser erfaringen at helsetjenestens beslutninger påvirkes av flere faktorer enn kun hensynet til effektiv ressursforvaltning. Helsemyndighetene har derfor forsøkt å styre aktiviteten mer direkte, ved å belønne bestemte aktiviteter. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en slik ordning. Hensikten er å stimulere sykehuset til å gjøre mer på bestemte områder, fordi man på denne måten øker inntektene. Denne typen strategisk tilpasning til styringssystemet kan også skje i forhold til DRG-systemet, eller tariffen som fastleger forholdet seg til (den såkalte Normaltariffen). I prinsippet skal både DRG-prisene og Normaltariffen reflektere faktiske kostnader for ulike tiltak. Lokale forhold kan imidlertid gjøre enkelte tiltak mer eller mindre lønnsomme og slik bidra til en uønsket vridningseffekt, ved at klinikere eller sykehus tilpasser seg finansieringssystemet strategisk for å øke inntekten.

Profesjonens selvregulering

Eksterne styringsinstrumenter (rettslige, økonomiske, administrative og andre) avgrensner profesjonenes skjønnsmyndighet. Profesjoner generelt, og leger spesielt, er like fullt karakterisert ved at de har stort rom for skjønn. Delegert skjønnsmyndighet kommer imidlertid med forventningen om at de profesjonelle opptre i samsvar med profesjonelle standarder (Freidson, 1988). Dette ansvaret omfatter både den skjønsmessige måten man omsetter de eksterne reguleringene i praksis på og hvordan det fagspesifikke skjønn utøves. Kvalitetssikring av det profesjonelle skjønn kan foregå ved hjelp av ulike profesjonsinterne strategier for selvregulering som også påvirker beslutningene som tas i klinikken.

En strategi er knyttet til opplæring av profesjonsmedlemmene. Her utøver profesjonen stor innflytelse med hensyn

til kunnskapsinnholdet i grunn-, videre- og etterutdanning og i sertifiseringen av nye medlemmer. I tillegg til fagspesifikk kunnskapsoverføring kreves her opplæring i juridiske og administrative reguleringer som setter skranker for medlemmenes skjønnsutøvelse.

En annen strategi er å bidra til å forbedre profesjonsmedlemmenes skjønnsutøvelse i sitt daglige virke. Profesjonen utarbeider selv kvalitetsstandarder i form av behandlingsprotokoller og kliniske retningslinjer for å styrke det fagspesifikke skjønnet (disse kommer i tillegg til veiledere og retningslinjer utarbeidet av helsemyndighetene eller legemiddelindustrien). Andre viktige kvalitetsstandarder er etiske retningslinjer, som både gir konstruktiv handlingsveiledning og kan bidra til medlemmenes forståelse av grenseoppgangene for profesjonsutøvelsen. De profesjonsinterne tiltakene har ikke samme forpliktende status som rettslige reguleringer, men kan bidra til å *kultivere* medlemmenes skjønnsutøvelse. Standarder muliggjør samtidig at medlemmene kan holdes ansvarlige for sin praksis. Når det finnes retningslinjer å vise til, vil legene måtte argumentere for hvorfor de eventuelt avviker fra disse.

Enda en strategi for å påvirke den profesjonelle skjønnsutøvelsen er knyttet til det å legge til rette for refleksjon over egen virksomhet. Det utøves kollektiv og individuell selvrefleksjon over eget kunnskaps- og verdigrunnlag når profesjonens medlemmer utarbeider politiske strategier og diskuterer kjerne-spørsmål ved sin virksomhet på konferanser og i publiserte artikler.

En siste strategi er knyttet til den kontrollfunksjonen som profesjonen kan utøve overfor sine medlemmer for å sikre at samfunnsoppdraget blir ivaretatt på en god måte. Én måte dette gjøres på er å organisere helsehjelpen i henhold til et beslutningshierarki, slik som i sykehussektoren. Her kan overlegene

med mye profesjonell erfaring overprøve beslutningene til de nyutdannede.

I mylderet av interne styringsstrategier har profesjonsetikken en sentral plass. Et generelt trekk ved medisinsk etikk er anerkjennelsen av det asymmetriske pasient-lege forholdet, der legene har ansvaret for pasienten og ikke omvendt. Et tilhørende aspekt ved dette forholdet er den tradisjonelle forventningen om at legen skal gjøre det som står i hans/hennes makt for å hjelpe pasienten, og kun ha pasientens behov for øye. Dette kan komme i konflikt med helsetjenestens krav om prioriteringer. Er legers beslutninger om å holde tilbake helsehjelp ut fra ressurs hensyn forenlig med den profesjonsetiske forståelsen av dette ansvaret? Bør legene overhodet pålegges å foreta prioriteringer ved sykesengen? Disse spørsmålene tar Morten Magelssen opp i kapittel 5, *Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?*

Hvordan vurderer beslutningstakerne betydningen av styringssystemene?

Samtlige styringsinstrumenter som er presentert setter rammer for profesjonell skjønnstøvelse i praksis. I kapittel 6, *Styring for kvalitet og likebehandling. Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning*, gir Berit Bringedal og Benedicte Carlsen innblikk i norske legers oppfatninger om økonomiske, juridiske og strukturelle styringsinstrumenter samt kontrollordninger og klinisk beslutningsstøtte. Kapitlet gir også innsikt i legenes opplevelse av om ulike styringsverktøy forhindrer dem fra eller gjør det vanskelig å ta faglig forsvarlige valg om behandling. Resultatene viser blant annet at legene mener det er systematikk i hvilke pasientgrupper som blir skadelidende dersom styringssystemet ikke fungerer som det skal. Pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer, multisyke – særlig gamle – og kronikere er de gruppene som oftest blir nevnt.

Afsaneh Bjorvatn ser i kapittel 7, *Sykehuslegers holdninger til økonomiske styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten*, nærmere på legenes oppfatning av to styringsinstrumenter av økonomisk betydning; (i) prioriteringsforskriften med nedfelte vilkår om kostnadseffektivitet, og (ii) såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Hvilke effekter de aktivitetsbaserte økonomiske styringsordningene har, er mye diskutert både i litteraturen og blant klinikere. Kapitlene til Bringedal og Carlsen og Bjorvatn viser begge at norske leger ser ut til å være kritiske til innsatsstyrt finansiering i sykehusene.

Inger Lise Teig og Gry Wester setter i kapittel 8, *Styringsdilemmaer i praksis: Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid*, søkelys på hvordan helsepersonell i en klinisk hverdag rettferdiggjør sine beslutninger når disse utfordrer deres egen oppfatning av hva som er god helsehjelp. Samtlige klinikere de har intervjuet var opptatt av at de økonomiske begrensningene kunne være til hinder for å gi alle pasientene den beste behandlingen. Budsjettstyringen av norsk helsetjeneste har pendlet mellom at budsjettet er gitt som en ramme, som det enkelte sykehus eller den enkelte avdeling har frihet til å fordele på best mulig måte og at budsjettet kan påvirkes av aktivitet. Det siste innebærer at antall liggedøgn, konsultasjoner eller andre tiltak utgjør grunnlaget for budsjettet. I praksis er dette i stor grad basert på historiske data, for eksempel ved at antall konsultasjoner eller liggedøgn et bestemt sykehus hadde i fjor utgjør grunnlaget for overføringen i år.

Helsepersonell må ofte håndtere situasjoner preget av mange og til tider motstridende hensyn: kapasitetshensyn, ulike styrings-signaler og ulike behandlingmessige preferanser. Studier av helsepersonells erfaringer og oppfatninger er viktige; de kan gi oss innsikt i hvordan styringsinstrumentene anses å fungere i praksis, samtidig som helsearbeideres holdninger til ulike styringsinstrumenter også kan tenkes å påvirke hvor godt de fungerer.

Samspill og ikke-intenderte konsekvenser

Som gjennomgangen ovenfor viser, har myndighetene etablert ulike rettslige, økonomiske, administrative og organisatoriske virkemidler for å styre helsetjenesten. Et overordnet formål nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (men ikke nødvendigvis i de andre virkemidlene) er å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Hvordan styringsinstrumentene virker i praksis, avhenger i stor grad av samspillet mellom dem og påvirkningen av andre faktorer. Mange av de faktorene som påvirker beslutninger om helsehjelp kan være utenfor myndighetenes kontroll, men likevel ha stor innflytelse på hvilke helsetjenester befolkningen får tilgang til. Vi vet lite om det faktiske samspillet mellom ulike typer styrings- og påvirkningsmekanismer og hvilken betydning dette har.

Det er imidlertid grunn til å tro at virkemidlene vil få større gjennomslag dersom de gjensidig støtter opp om hverandre og ikke motvirker hverandre. Dette poenget tar Anne-Mette Magnussen og Tobba Therkildsen Sudmann opp i sitt kapittel *Rettslig regulering og e-helse* (kapittel 9), der de drøfter på hvilke måter «e-helse» eller digitale plattformer kan støtte opp om den rettslige reguleringen av tilgang til spesialisthelsetjenester.

Også kapitlene til Magelssen (kapittel 5), Bringedal og Carlsen (kapittel 6) og Bjorvatn (kapittel 7) belyser på hver sine måter hvordan styringsinstrumenter virker i samspill med hverandre. Magelssen setter fokus på om profesjonens egen yrkesetikk samsvarer med samfunnets krav til legene, mens Bjorvatn rapporterer fra en undersøkelse om hvordan legene vurderer betydningen av økonomisk styring. Bringedal og Carlens kapittel omhandler eksplisitt legenes syn på hvordan de ulike styringsinstrumentene virker inn på legenes mulighet til å yte gode tjenester.

Som nevnt vil også uformelle drivkrefter og mindre synlige strukturer og mekanismer kunne ha stor betydning for beslutningene som treffes i helsetjenesten. Selv om kreftene kan være både subtile og usynlige, kan de likefullt være virkningsfulle; de kan effektivt både undergrave og styrke myndighetenes styring. Både innholdet i tjenestene og hvordan de fordeles vil eksempelvis kunne påvirkes av institusjonelle forhold (som funksjonsdeling, arbeidsdeling, ledelse, organisering og organisasjonskultur), helsepersonells individuelle oppfatninger, preferanser og interesser, press fra sterke aktører som pasientorganisasjoner eller legemiddelindustrien og andre faktorer. I kapittel 10, *Teknologitemming. Om helseteknologiens uformelle føringer og hvordan disse kan tøyles*, drøfter Bjørn Hofmann hvilken betydning ulike drivkrefter kan ha på eksplisitt og implisitt prioritering ved beslutninger om innføring og bruk av ulike typer helseteknologi.

Styring, kompleksitet og samspill mellom ulike mekanismer

Denne boken handler om både formelle og eksplisitte styringsmekanismer og uformelle og implisitte mekanismer som påvirker profesjonell skjønnsutøvelse og prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Boken gir ikke en uttømmende beskrivelse av alle faktorer som gjør seg gjeldende, men tar for seg noen utvalgte, som etter vår oppfatning er vesentlige for en helhetlig forståelse av hva som påvirker helsehjelp-prioriteringer i en norsk kontekst. Et viktig spørsmål er naturligvis om beslutninger som treffes i helsetjenesten synes å være i samsvar med krav nedfelt i lovgivningen. Vi har imidlertid ikke til hensikt å ta stilling til om lovgivningen følges. Bokens formål er å reflektere noe av mangfoldet av styringsinstrumenter og -mekanismer og samspillet mellom dem, samt å peke på

utfordringer som gjør seg gjeldende i klinisk praksis. Vi håper at slik kunnskap kan føre til økt bevissthet om styringsverktøy og faktorer som påvirker beslutninger i helsetjenesten, og derved legge grunnlag for bedre og mer effektive tjenester i fremtiden.

Referanser

- Aristotles. *Aristotle's Nicomachean Ethics* (Trans. Hippocrates G. Apostle). Grinnell, Iowa: The Peripatetic Press, 1984.
- Bringedal, B. (2015). Verdensmester i teoretisk prioritering. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1(32), 79-86.
- Eckhoff, T. & Smith, E. (2014). *Forvaltningsrett* (10. Utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). «Profesjon og skjønn» I A. Molander & L.I. Terum, (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget
- Magnussen-utvalget (2015). *På ramme alvor - alvorlighet og prioritering*. Rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny — Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*
- NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*

KAPITTEL 1

Hvorfor er sosiale ulikheter i helse urettferdige?

Gry Wester, postdoktor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

One of the stated objectives of the Norwegian public health act of 2012 is to reduce the social inequalities in health. However, different scholars disagree about what it is that makes these health inequalities unjust – or what, precisely, is the nature of their moral significance. In this chapter, I first provide an overview of the phenomenon of the social inequalities in health, and present two of the dominant causal theses, the social determinants of health view and the health selection view. I then discuss different accounts of when and why these health inequalities are unjust. I argue that the social inequalities in health are unjust primarily because they represent systematic disadvantage across several domains of well-being, and thus reflect inequalities in overall well-being. This view has some implications for what kinds of policies we ought to promote to reduce the social inequalities in health, and for how the relevant policy outcomes should be conceived and framed. On this view, the primary goal is to reduce inequalities in overall well-being, and thus it broadens the scope of relevant policies, including not only improvements to health in the

worst off groups, but also improvements in other central domains of well-being. In particular, this view will direct us to address the mechanisms and pathways that link disadvantage in one domain of well-being with disadvantage in other domains of well-being.

Innledning

Lov om folkehelsearbeid, eller folkehelseloven,¹ trådte i kraft 1. januar 2012. «Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller», heter det på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider.² Men loven gir ingen begrunnelse for hvorfor sosiale helseforskjeller bør utjevnes. Sosiale helseforskjeller – det vil si helseforskjeller mellom sosio-økonomiske grupper³ – representerer et komplekst og sammensatt fenomen, og det er mulig å gi flere forskjellige forklaringer på hvorfor de er urettferdige. Loven sier heller ikke noe mer om hvilke typer tiltak som bør igangsettes. Spørsmålet om hvilke tiltak som bør igangsettes, er spesielt relevant for problemstillinger knyttet til både tilgang til og likebehandling samt prioritering av helsetjenester. For eksempel har det vært diskutert hvorvidt det bør tas hensyn til hvordan den individuelle pasients sosioøkonomiske status kan påvirke hans eller hennes kapasitet til å dra nytte av behandlingen som gis (Bærøe & Bringedal, 2011; Bringedal & Bærøe, 2016; Hurst 2009). Alternativt kan man også ta utgangspunkt i en videre forståelse av prioritering, som inkluderer

-
- 1 Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelse (folkehelseloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
 - 2 <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
 - 3 Folkehelseinstituttet (2015). Definisjoner: sosial ulikhet i helse. Se: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>

tiltak utenfor helsetjenesten. Det er viktig å klargjøre hvordan man begrunner at helseforskjeller er urettferdige, ettersom dette kan ha implikasjoner for hvilke tiltak man bør igangsette. Dette kapitlet vil bidra til en klargjøring av hvorfor sosiale ulikheter i helse er urettferdige.

I dette kapitlet presenteres først litt bakgrunnsinformasjon om ulikheter i helse generelt, og sosiale ulikheter i helse spesielt. Deretter gis en oversikt over noen av de sentrale årsaksforklaringene for de sosiale ulikhetene i helse. Til slutt vil jeg diskutere ulike forklaringer på hvorfor disse ulikhetene er urettferdige. Jeg vil argumentere for at disse ulikhetene er urettferdige, ikke fordi ulikheter i helse er moralsk verre enn andre typer ulikheter, men snarere fordi ulikhetene i helse mellom sosio-økonomiske grupper representerer hva vi kan kalle systematisk eller sammensatt ulikhet over flere velferdskomponenter. Dette synet på ulikhet i helse har blitt fremsatt av Daniel Hausman, og jeg vil her presentere ytterligere argumenter til støtte for denne tilnærmingen. Jeg diskuterer også hvilke implikasjoner dette synet har for hvilke typer tiltak vi bør prioritere for å utbedre slik urettferdighet. Hvis helse anses å ha tilnærmet lik betydning som andre velferdskomponenter, vil man i noen grad ha andre målsettinger for utbedrende tiltak enn om helse betraktes som et spesielt viktig gode. Det gir oss et grunnlag både for å gjøre en mer nyansert vurdering av forskjellige former for helseforbedrende tiltak og å utvide spekteret av mulige relevante tiltak.

Hva er ulikheter i helse?

Ulikheter i helse, eller helseforskjeller, er et begrep som naturlig nok viser til en ulik fordeling av helse. Men både «helse» og «ulikhet» kan defineres og måles på flere forskjellige måter, og dermed er det mange forskjellige fenomener som kan karakteriseres som ulikhet

i helse. For eksempel, dersom en rockestjerne lever et kortere liv enn en ikke-rockestjerne, idrettsutøvere har flere kneskader eller slitasjeskader enn dem som ikke er idrettsutøvere, en eldre person har hjerteflimmer, mens en yngre person ikke har det, kan alle disse tilfellene i prinsippet beskrives som ulike tilfeller av helseforskjeller. Men ikke alle slike tenkelige helseforskjeller er interessante i et likhets- eller rettferdighetsperspektiv. Når vi snakker om ulikheter i helse, tenker vi vanligvis på helse på befolkningsnivå. Da ser man gjerne på helse i et livsløpsperspektiv, altså total helse over et helt liv, heller enn helse på et gitt tidspunkt eller i en gitt fase av livet (Asada, 2007). Man bruker også gjerne relativt grovkornede mål på helse, som dødelighet eller forventet levealder, eller i noen tilfeller såkalt «kvalitetsjustert» forventet levealder, som viser antall år man kan forvente å leve i god helse, fri for sykdom, skade eller svekket funksjonsevne. Det er også vanlig å måle ulikheter i helse som ulikheter i forekomst av kjente sykdommer eller dødsårsaker.

Når man snakker om ulikheter i helse, må det også klargjøres hvem sin helse det er som sammenlignes. Ulikhet i helse kan konseptualiseres og måles som ulikheter mellom individer (såkalt univariat måling) eller ulikheter mellom grupper (såkalt bivariat måling). Asada (2013) har foreslått en metode for å kombinere den univariate og den bivariate målemetoden, men denne metoden er foreløpig ikke ferdig utviklet. Både graden av ulikhet og type ulikhetsmønster varierer avhengig av hvilken målingsmetode som benyttes, og de to metodene har forskjellige normative implikasjoner (se Asada, 2007). For eksempel vil den univariate målingen vise total mengde ulikhet i en befolkning, og den er dermed egnet til å sammenligne hvor store helseulikhetene er i forskjellige land (se f.eks. Gakidou, Christopher & Frenk, 2000; Murray, Gakidou & Frenk, 1999; WHO, 2000). Den bivariate målingen, derimot, viser hvordan helse varierer i forhold til en annen gruppeattributt eller -variabel. Det vil si at man deler en gitt befolkning

inn i grupper etter en variabel X – for eksempel kjønn, inntekt, geografisk region, yrkesklasse eller etnisitet – og sammenligner gjennomsnittlig helse for hver gruppe. Slik kan man se om menn har bedre eller dårligere helse enn kvinner, eller om helsa er bedre i urbane eller rurale områder. Sosioøkonomiske ulikheter i helse, som vi straks skal komme tilbake til, er også et eksempel på en slik bivariat helseforskjell.

Den bivariante målingen gjengir gjennomsnittlig helse innad i hver gruppekategori – det vil si at ulikheter mellom individer innad i en gruppe ikke er synlige. Disse ulikhetene kan være betydelige (Asada, 2007). Valget mellom de forskjellige målemetodene konfronterer oss med spørsmålet om hvilke typer helseulikheter som er relevante fra et rettferdighetsperspektiv. Ulike teoretiske tilnærminger har forskjellig svar på hvilke ulikheter i helse som kan sies å være urettferdige. Dette kommer jeg tilbake til i del 5.

I dette kapitlet skal vi først og fremst fokusere på sosiale ulikheter i helse. Det er den typen ulikhet i helse som hittil har fått mest oppmerksomhet i diskusjoner om ulikhet i helse.

Sosiale ulikheter i helse

«Sosioøkonomisk klasse» kan defineres og måles på forskjellige måter. Vanligvis bruker man enten yrkesklasse, inntekt eller utdanning, eller en kombinasjon av disse, som kriterium for hvilken sosioøkonomisk klasse en person tilhører (Asada, 2007). Etnisitet eller fødeland kan også brukes som mål på sosioøkonomisk klasse, men har ikke vært mye brukt i Norge (men se Ljunggren, 2017). Hver av disse byr på ulike problemer for klassifisering (se Folkehelseinstituttet, 2015), men de gir likevel en brukbar antydning om en persons sosioøkonomiske plassering (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Helse fordeler seg slik at jo høyere sosioøkonomisk klasse, jo bedre helse, og dess lavere klasse, dess dårligere helse. Dette

mønsteret reflekterer dessuten ikke bare en forskjell mellom fattig og rik, eller mellom høyt utdannede og lavt utdannede, men snarere en gradient, det vil si en gradvis forbedring av helse etter som man forflytter seg oppover i det sosiale hierarkiet.

Dette mønsteret kommer til syne for en rekke typiske måter å måle helse på, inkludert dødelighet, forventet levealder, kvalitetsjustert levealder og forekomst av sykdom. Jo lavere sosioøkonomisk klasse, jo høyere forekomst av nær sagt alle kjente sykdommer, skader og plager, inkludert hjerte- og karsykdom, slag, lungesykdommer, kreft eller ulykker.

Mønsteret er videre godt dokumentert i nær sagt alle vestlige, industrialiserte land. Hvor store disse ulikhetene er, varierer noe fra land til land. Hvis vi ser på forventet levealder, finner vi gjennomsnittlige ulikheter på tre–sju år (Mackenbach & Bakker, 2002). Men det er også dokumentert lommer med mye mer ekstreme ulikheter, som for eksempel i Glasgow i Skottland. Her finner vi en ulikhet på hele 28 år: Forventet levealder blant menn i den fattigste bydelen er 54 år, mens den blant menn i en av de mest velstående bydelene bare 20 km unna er 82 år (Marmot, 2010). Hvis vi ser på kvalitetsjustert levealder, er de gjennomsnittlige ulikhetene mye større, som regel over ti år (Mackenbach & Bakker, 2002).

Sosiale ulikheter i helse er også godt dokumentert i Norge, uavhengig av om sosioøkonomisk klasse er målt som inntekt, utdanning eller yrkesklasse (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Gjennomsnittlig forventet levealder for kvinner og menn med lengst utdanning er seks–sju år høyere enn for kvinner og menn med kortest utdanning (Folkehelseinstituttet, 2016). Vi finner også en høyere andel både av selvrapportert dårlig helse samt muskel- og skjelettsykdommer og psykiske plager hos lavt utdannede grupper sammenlignet med høyt utdannede grupper (Kurtze, Eikemo & Kamphuis, 2013; Dahl mfl., 2014). Kunnskapsrapporten fremstilt av Dahl med flere (2014) viser også en opphopning av dårlig

helse og dårlige levekår hos enkelte utsatte grupper, for eksempel sosialhjelpsmottakere. Helseforskjellene kan ses i alle livets faser, men øker hos voksne, før de igjen avtar blant eldre. Videre er det generelle bildet av utviklingen av helseforskjeller over tid i Norge at de sosiale ulikhetene i dødelighet har økt frem mot 2010, selv om denne tendensen har flatet ut etter 2000 (Dahl mfl., 2014).

Kanskje overraskende er helseforskjellene i Norge og Norden blant de største i Europa (Mackenbach, Kulhanova, Artnik, Bopp mfl., 2016). Dette omtales ofte som et paradoks, da både Norge og Norden har velutviklede velferdssystemer og relativt lav ulikhet i inntekt og levekår sammenlignet med de andre europeiske landene, noe man kunne forvente skulle føre til mindre helseforskjeller (Dahl mfl., 2014).

Hva er årsakene til sosiale ulikheter i helse?

Forskjellige teorier har blitt foreslått for å forklare de ulikhetene vi ser, og det foreligger noe uenighet om hva som faktisk er årsakene. Spesielt gjelder uenigheten hva som er det egentlige forholdet mellom sosio-økonomiske forhold og helse. På den ene siden har vi såkalte sosiale årsaksforklaringer. Disse er ofte assosiert med Michael Marmot, som er en autoritet på helseforskjeller i England. Han argumenterer for at helseforskjeller er et produkt av sosiale og økonomiske samfunnsforhold. Men mange økonomer, blant annet nobelprisvinner i økonomi Angus Deaton, er skeptiske til en slik konklusjon og argumenterer for at helseforskjeller i stor grad er et produkt av sosial seleksjon. Vi skal her kort gå gjennom disse to ulike forklaringene på helseforskjeller i litt mer detalj.

Sosiale helsedeterminanter

Den sosiale årsaksforklaringsmodellen omfatter et spekter av årsaksforklaringer som vanligvis presenteres sammen. Disse

refereres som regel til som «sosiale helsedeterminanter». Mer generelt kan vi skille mellom materielle og psykososiale faktorer innenfor denne forklaringsmodellen.

Materielle faktorer viser til forskjellige aspekter av det materielle miljøet som påvirker helse direkte. Absolutt fattigdom eller materiell deprivasjon innebærer at grunnleggende biologiske behov for mat, rent vann, klær, og husly ikke er dekket. Det kan også innebære dårlige sanitære forhold og mangel på tilgang til grunnleggende helsetjenester. Slike forhold er ikke spesielt utbredt i moderne, velstående land som Norge, og det er ikke noen viktig årsak til sykdom og tidlig død her. Men slike faktorer er ikke nødvendigvis totalt fraværende i velstående land heller – for eksempel kan de være gjeldende for spesielt utsatte eller marginaliserte grupper, som hjemløse eller papirløse flyktninger. Det kan også forekomme lommer med alvorlig fattigdom og deprivasjon selv i velstående land, som i England, der det er kjent at enkelte grupper lever på sosialhjelp under fattigdomsgrensa (Marmot, 2010).

Arbeidsforhold er en annen viktig materiell årsaksforklaring. Vi kan skille mellom tre typer materielle helse- og risikofaktorer som kan forekomme på arbeidsplassen: fysiske risikoer (ubeskyttet maskineri, støy, vibrasjoner, stråling), kjemiske risikoer (luftforurensning, giftige gasser, røyk) og ergonomiske risikoer (repetitive bevegelser og hardt fysisk arbeid) (Benach, Muntaner, Solar, Santana mfl., 2009). Slike risikoer forekommer i mye større grad i lavere yrkesklasser og antas å kunne forklare noe av helsegradienten (Benach mfl., 2009).

Kvaliteten på nabolaget der man bor, kan også påvirke helsa. Jo fattigere et nabolag er, jo høyere forekomst av flere direkte helse- og risikofaktorer: høyere konsentrasjon av luftforurensning, mer støy, mer trafikk (som øker risikoen for trafikkulykker), høyere forekomst av kriminalitet og mangel på grønne lunger (Marmot, 2010; SSB, 2012; WHO, 2011).

Psykososiale helsedeterminanter påvirker helse gjennom stressmekanismer. Stress, og særlig kronisk stress, antas å påvirke immunsystemet negativt, slik at det fungerer mindre effektivt. Dermed er kroppen mer sårbar for infeksjoner og sykdom. Det er en rekke sosiale og materielle faktorer som kan gi økt stress. Lavere sosioøkonomiske klasser antas å være utsatt for faktorer som forårsaker kronisk stress i mye større grad, og det er dermed sannsynlig at disse kan forklare noe av den sosialt betingede helsegradienten.

Den kanskje viktigste faktoren er materiell usikkerhet. Å ha lav inntekt, selv når den er tilstrekkelig til å dekke grunnleggende behov, og å stadig måtte slite for å få endene til å møtes, er en sannsynlig kilde til stress, også kronisk stress (Marmot, 2004). Jobbusikkerhet er også en kjent helserisiko: Arbeidsledighet er blant annet assosiert med økt dødelighet og økt risiko for hjerte- og karsykdom, depresjon og selvmord (Marmot, 2010). Lav jobbstabilitet er også assosiert med dårligere fysisk og mental helse (Marmot, 2010). Dette er en spesielt relevant faktor i dag gitt en økende tendens mot flere midlertidige og deltidsstillinger, inkludert såkalte nulltimerskontrakter, samt spredning av den digitale, app-baserte økonomien («gig economy» eller deleøkonomi på norsk), med lavere jobbsikkerhet og færre rettigheter (Standing, 2011). Generelt sett har arbeidere med lavere utdanningsnivå og lavere kvalifikasjoner høyere sjanse for å oppleve perioder med arbeidsledighet og lavere jobbsikkerhet (Marmot, 2010). Det psykososiale arbeidsmiljøet er også i noen grad en mulig forklaringsfaktor. Ifølge «demand-control»-modellen kan for eksempel en kombinasjon av «high demand» (stress forårsaket av stor arbeidsbyrde) og «low control» (liten grad av kontroll og beslutningsfrihet) gi høyere risiko for hjerte- og karsykdom (Karasek & Theorell, 1991). Det er betydelig empirisk evidens for denne hypotesen, og kombinasjonen av stor arbeidsbyrde og lav kontroll er i noen grad mer forekommende i lavere yrkesgrupper (Siegrist, Benach, McKinght, Goldblatt mfl., 2009).

Enkelte har argumentert for at relativ fattigdom kan bidra til dårligere helse (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010). Relativ fattigdom defineres som at man er fattig i forhold til majoriteten av befolkningen i samfunnet man lever i, til tross for at grunnleggende materielle behov er dekket. I Norge ligger grensen for relativ fattigdom på 60 prosent av medianinntekten.⁴ Relativ fattigdom innebærer ofte sosial eksklusjon, fordi man ikke har midler og ressurser til å ta del i ordinære sosiale forpliktelser og arenaer i samfunnet man lever i (Marmot, 2004). Som kjent har den skotske økonomen og filosofen Adam Smith fremmet ideen om at livets nødvendigheter ikke bare må omfatte goder som strengt tatt er nødvendige for overlevelse, men også slike goder som sørger for at man kan opptre i offentligheten uten skam, hvilket blant annet inkluderer passende bekledning (en linskjorte, på hans egen tid) (Smith, 1976 [1776]). Mangel på «vanlige» goder som vaskemaskin, mobiltelefon eller datamaskin og utilstrekkelig inntekt til å invitere venner, ha en hobby eller reise på ferie kan gi følelser av skam, engstelse og mindreverd (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010). Det er likevel uklart akkurat hvordan og i hvor stor grad slike fenomener kan gi dårligere helse, og denne typen årsaksforklaring er mye mer kontroversiell sammenlignet med de materielle årsaksforklaringene (se f.eks. Lynch, Smith, Harper & Hillemeier, 2004).

Sosial seleksjon

Tilhengere av sosial seleksjon-forklaringsmodellen er skeptiske til den påståtte årsakssammenhengen mellom ulikheter i inntekt og ulikheter i helse. Litt forenklet kan vi si at denne modellen hevder at årsakssammenhengen stort sett går i motsatt retning, det vil si at det er dårlig helse som fører til lav inntekt, snarere enn omvendt.

4 FN-sambandet (2017): <http://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Hva-er-fattigdom>

For eksempel vil den kjente sammenhengen mellom arbeidsledighet og dårlig helse forklares av at dårlig helse fører til arbeidsledighet, ved at man til sist kan miste jobben som følge av sykdom og fravær. Sammenhengen mellom dårlig helse og lav inntekt kan også forklares av at dårlig helse vil føre til tidlig pensjon, hvilket igjen vil føre til lavere total inntekt (Case & Deaton, 2003).

Angus Deaton, som er en fremtredende tilhenger av sosial seleksjon-modellen, legger stor vekt på utdanning og argumenterer for at de høyere sosioøkonomiske klassenes bedre helse i stor grad kan forklares av deres høyere utdannings- og kunnskapsnivå (Deaton, 2013, 2015). Kunnskap i seg selv har en positiv effekt på helse, mener Deaton, fordi kunnskap gjør folk i stand til å ta vare på seg selv, til å bruke helsesystemet til sin fordel og dessuten til raskt å tilegne seg informasjon og adoptere helsefremmende adferd etter hvert som ny kunnskap blir tilgjengelig. Det finnes betydelig empirisk støtte for at utdanning kan ha en direkte positiv effekt på helse (Cutler, Deaton & Lleras-Muney, 2011). Deaton er dessuten opptatt av hvordan foreldrenes utdannings- og inntektsnivå påvirker barnas helse. Barn av foreldre med lav utdanning har dårligere helse ved fødselen enn barn av foreldre med høy utdanning, og foreldrenes lavere inntekt påvirker også negativt barnas helse gjennom for eksempel dårligere ernæring. Dette har negative følger for barnas kognitive utvikling, læring og skolegang, som vil akkumulere over tid. På lengre sikt vil disse barna vanligvis oppnå lavere utdanningsnivå, som igjen fører til lavere inntekt. Til tross for at Deaton skisserer noen andre årsaksmekanismer enn det tilhenger av den sosiale årsaksforklaringsmodellen fokuserer på, er det likevel en del overlapp mellom de policy-tiltakene de to partene anbefaler. Å forbedre barns helse, mener Deaton, er det langt viktigste tiltaket vi kan sette i gang, blant annet ved å bekjempe fattigdom i barnefamilier. Nettopp dette tiltaket har også blitt fremhevet både i Black-rapporten, en av de tidlige og viktigste rapportene

om sosiale ulikheter som har blitt utgitt (Black, Morris, Smith & Townsend, 1980), og i den mer nylige utkomne *Marmot review* (Marmot, 2010). Derimot er Deaton og andre som deler hans syn, sterkt uenig i at omfordeling av inntekt i seg selv vil ha noen effekt på ulikheter i helse.

Andre faktorer

Andre sentrale årsaksforklaringer foruten disse to hovedmodellene inkluderer individuell livsstil og tilgang til helsetjenester. Individuell adferd som har betydning for helse, inkluderer kosthold, mosjon og forbruk av tobakk og alkohol (Folkehelseinstituttet, 2016). Generelt sett ser vi en sosial gradient i usunn adferd, med høyere tendens til usunt kosthold, røyking og lite mosjon blant lavere sosioøkonomiske klasser, og det synes dermed svært sannsynlig at disse faktorene forklarer noe av helsegradienten. Forbruk av alkohol følger imidlertid ikke det samme mønsteret, men det er noe større andel av alkoholmisbruk og avhengighet blant lavere sosioøkonomiske klasser (Folkehelseinstituttet, 2009; Helsedirektoratet, 2016). Det er generelt store ulikheter mellom prevalensen av røyking mellom de sosioøkonomiske klassene, og ettersom røyking er svært skadelig for helse, antas denne adferden å ha stor betydning for helsegradienten (Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap mfl., 2008). Det er likevel vanskelig å fastslå akkurat hvor mye av helsegradienten slike faktorer kan forklare, og her er det uenighet. Mange anser også livsstilsfaktorer som en sosial årsaksforklaring, i og med at bruk av tobakk og alkohol, kosthold og mosjon også i betydelig grad påvirkes av sosioøkonomiske forhold, for eksempel i hvor stor grad man har anledning, tid eller råd til å trene eller spise sunt (Marmot, 2010). Ikke minst høyere prevalens av røyking i lavere sosioøkonomiske klasser kan delvis skyldes at røyking brukes som en strategi for å takle en hverdag under press for å få endene til å møtes, spesielt blant kvinner (Graham, 1987).

Det er også mye som tyder på at ulikheter i bruk av helsetjenester kan forklare noe av helsegradienten. Selv om det i prinsippet er lik tilgang til helsetjenester i de fleste europeiske land der de sosiale helseforskjellene har blitt studert, er det flere studier som viser at de høyere sosioøkonomiske klasser i større grad benytter seg av det tilgjengelige helsetilbudet (van Doorslaer, Koolman & Jones, 2004; van Doorslaer, Wagstaff, van der Burg, Christiansen mfl., 2000). Dette gjelder spesielt bruk av spesialisthelsetjenester, der man finner de største ulikhetene i bruk av tjenester (Stirbu, Kunst, Mielck & Mackenbach, 2011; van Doorslaer, Masseria & Koolman, 2006). Dette er også godt dokumentert i Norge (Vikum, Krokstad & Westin, 2012).

Det er en viss enighet om at alle disse faktorene beskrevet hittil spiller inn og bidrar til de sosiale helseforskjellene, så uenigheten som foreligger, gjelder snarere hvordan de forskjellige faktorene vektlegges, eller hvilke faktorer og årsaksmekanismer som har størst betydning. Denne uenigheten lar seg vanskelig oppklare på gjeldende tidspunkt. En nylig metastudie kunne ikke avgjøre om det er bedre støtte for den ene eller den andre modellen (Kröger, Pakpahan & Hoffmann, 2015). En vanskelighet er at de samme dataene samsvarer med forskjellige tolkninger av kausal retning (se Marmot, 2013; Case & Paxson, 2008). Det er simpelthen svært utfordrende å fastslå med sikkerhet hva de langsiktige årsakene er.

Hvorfor er helseforskjeller urettferdige?

Forskjellige teoretikere gir forskjellig svar på hvilke helseforskjeller som er urettferdige, og hvorfor de er det. Jeg gir her en kort oversikt over noen forskjellige tilnæringsmåter til disse spørsmålene.

Fra et rettferdighetsteoretisk perspektiv må man ta stilling til hvordan rettferdig fordeling av helse relateres til rettferdighetsteori mer generelt. Rettferdighetsteorier i dag er gjerne pluralistiske,

hvilket vil si at begrepet rettferdig fordeling dreier seg om fordelingen av mer enn ett gode – for eksempel helse, inntekt, utdanning, status og sosialt nettverk. Et viktig spørsmål blir dermed hva forholdet er mellom rettferdig fordeling av helse og rettferdig fordeling av andre goder vi også er opptatt av. Filosofen Fabienne Peter (2004) har skilt mellom det hun kaller «direkte» og «indirekte» tilnærminger til rettferdig fordeling av helse, ut fra hvordan de relaterer rettferdig fordeling i helse til rettferdig fordeling av andre goder. Ved en såkalt **direkte** tilnærming kan en fordeling av helse «i seg selv» være rettferdig eller urettferdig – det vil si sett i isolasjon fra eller uavhengig av hvordan andre viktige sosiale goder, som inntekt, er fordelt. Med andre ord kan en univariat måling av helseulikhet, som altså bare viser fordelingen av helse, vurderes som rettferdig eller urettferdig. En slik tilnærming er ofte motivert av et underliggende syn om at helse er et spesielt viktig gode. Det kan innebære at ulikheter i helse muligens er moralsk mer problematisk enn ulikheter i fordelingen av andre typer goder, som inntekt, og at vi bør akseptere mindre grad av ulikhet i denne fordelingen enn i fordelingen av andre goder, og gjøre mer for å jevne ut ulikheter i helse enn andre typer ulikheter (Anand, 2002).

Ved en **indirekte** tilnærming sammenlignes derimot rettferdig fordeling i helse i større grad med rettferdig fordeling generelt sett. Hvorvidt en gitt fordeling av helse er rettferdig eller ikke, er i mye større grad avhengig av hvordan andre relevante goder i samfunnet er fordelt. Derfor er også en bivariat måling av helse mye mer relevant etter denne tilnærmingen, fordi den viser hvordan fordelingen av helse varierer i forhold til fordelingen av andre goder, som inntekt eller utdanning. Dessuten er det større sannsynlighet for at bivariat ulikhet skyldes systematiske og kanskje sosiale årsaker – det er liten sjanse for at ulikheter mellom grupper reflekterer tilfeldige mønstre. Vi kan ytterligere skille mellom to versjoner av en slik tilnærming, fremsatt av henholdsvis Norman Daniels (2008) og Daniel Hausman (2007, 2013).

Norman Daniels' syn kan oppsummeres med at hvorvidt en gitt fordeling av helse er rettferdig eller ei, avhenger av våre sosiale institusjoner. Dersom våre sosiale institusjoner og deres tilhørende prinsipper for fordeling er rettferdige, vil også den fordelingen av helse vi finner i et slikt samfunn, være rettferdig. Daniels presenterer dette synet som en videreutvikling av John Rawls' teori om rettferdig fordeling (Rawls, 1971). Selv om Rawls opprinnelig satte spørsmålet om helse til side, argumenterer Daniels for at Rawls' opprinnelige prinsipper for rettferdig fordeling faktisk gir oss et svar på hva som er en rettferdig fordeling av de sosiale helse-determinantene (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2004; Daniels, 2008). Ut fra en litt forenklet oppsummering av Daniels' syn kan vi si at når inntekt og andre sentrale sosiale ressurser er fordelt i tråd med Rawls' prinsipper, vil den resulterende fordelingen av helse også være rettferdig. Det er riktignok vanskelig å si nøyaktig hvordan en slik fordeling vil se ut, men det er rimelig å anta at Rawls' prinsipper gir langt mindre ulikhet i inntekt enn vi kan se i de fleste samfunn i dag. Hvis ordinære sosiale ressurser er rettferdig fordelt i et samfunn, vil forekomsten av helseulikhet heller ikke være urettferdig, etter Daniels' syn.

Daniel Hausman har et litt annet syn. Hausman er opptatt av fordelingen av det han kaller «overall well-being» (2007, 2013). «Well-being» eller velferd forstås her bredt, som «hvor godt stilt» folk er, eller hvor gode livsmuligheter de har. Den grunnleggende ideen her er at velferd består av flere komponenter, eller sagt på en litt annen måte avhenger velferd av flere forskjellige goder. Disse komponentene eller godene omfatter blant annet helse, inntekt, utdanning, sosiale nettverk og status. Ifølge Hausmans perspektiv gis ikke helse noen særstilling i forhold til andre viktige goder. Selv om helse er en svært viktig del av vår totale velferd, er helse likevel bare ett av flere elementer som alle er viktige for et godt liv. Videre argumenterer Hausman for at disse forskjellige

velferdskomponentene i noen grad kan erstatte hverandre. Det vil si at å ha mer av en komponent kan delvis eller helt kompensere for at man har mindre av en annen komponent: Ulikheter i forskjellige goder kan i noen grad utjevne hverandre. Ulikhet i fordelingen av enkeltkomponenter har liten eller ingen betydning så lenge det er noenlunde likhet (eller ikke for stor ulikhet) «totalt sett», altså gitt fordelingen av alle velferdskomponentene sett under ett («overall well-being»). Her kan man også se noen likheter med Amartya Sens capability approach og ideen om at individets totale kapabilitetssett (eller mulighetssett) er det beste målet på individets velferd (se Bringedal & Bærøe, 2016 for ytterligere diskusjon). I henhold til dette synet foreligger det altså ikke spesifikke krav til hvordan komponentene skal fordeles hver for seg: Det vil si at man er ikke så opptatt av fordelingen av hver av disse godene isolert sett. Unntaket er mer ekstreme mangler på et gode. Jo mindre man har av et gitt gode, jo mer sannsynlig er det at denne mangelen kan oppveies av mer av et annet gode, og mangelen på dette ene godet vil dermed i større grad reflektere lav «overall» eller total velferd (se Hausman, 2007). Fordelingen av ett av disse godene isolert fra de andre godene, er ikke «i seg selv» rettferdig eller urettferdig. Fordelingen av enkeltkomponenter er bare urettferdige i den grad, og fordi, de reflekterer ulikheter i helhetlig velferd.

De sosiale ulikhetene i helse er et godt eksempel på en type ulikhet som reflekterer ulikheter i helhetlig velferd, etter Hausmans syn. Sosioøkonomisk klasse anses som en god indikator for «livsmuligheter» eller helhetlig velferd, og naturlig nok er dette i enda større grad tilfelle når sosioøkonomisk klasse kombineres med helse. Det vil si at en person med både lav sosioøkonomisk klasse og dårlig helse kan antas å ha nokså dårlige muligheter for et godt liv. De sosiale ulikhetene i helse representerer med andre ord en systematisk ulikhet, eller systematisk deprivasjon: det å være dårlig stilt når det gjelder flere sentrale enkeltkomponenter av helhetlig

velferd. Deaton (2002) hevder også et slikt syn og understreker at individuell velferd ikke kan reduseres til verken inntekt eller helse alene, men avhenger av begge, og at den sosiale helsegradienten er et onde nettopp fordi den viser at de som har dårligst helse, også er de som har lavest inntekt og materiell sikkerhet.

Sammenlignet med Daniels' syn omfatter Hausmans syn et bredere spekter av sosiale ulikheter som potensielt urettferdige. Hausmans teori er mer konsekvensialistisk orientert, i den forstand at årsakene til ulikheter i helse ikke spiller like stor rolle for å avgjøre om disse ulikhetene er urettferdige. For Hausman spiller det ikke noen rolle om det er lav inntekt som forårsaker dårlig helse, eller omvendt. I begge tilfeller er utfallet, lav inntekt i kombinasjon med dårlig helse, urettferdig, fordi det reflekterer en ulikhet i helhetlig velferd. For å si det på en annen måte er både sosiale årsaksforklaringer og sosial seleksjon like relevant. Daniels på sin side er i all hovedsak opptatt av de sosiale helsedeterminantene, og han vurderer fordelingen av helse på bakgrunn av hvorvidt de sosiale helsedeterminantene er rettferdig fordelt. Men, det har altså vist seg vanskelig å fastslå med sikkerhet hva det eksakte årsaksforholdet mellom inntekt og helse er – det vil si i hvor stor grad de sosiale helseforskjellene er et resultat av at inntekt påvirker helse, eller at helse påvirker inntekt. Derfor kan det synes noe problematisk å anta, som Daniels gjør, at de sosiale ulikhetene i helse nødvendigvis vil reduseres til et akseptabelt nivå dersom vi kan oppnå en mye likere fordeling av inntekt.

Hvilke tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse bør vi prioritere?

Jeg vil her argumentere for at Hausmans svar på hvorfor sosiale ulikheter i helse er urettferdige, er det beste utgangspunktet for å utforme og rangere tiltak for å redusere disse ulikhetene.

Målsettingen vår burde være å forbedre livsvilkårene for de gruppene som har et betydelig dårligere utgangspunkt for å leve et godt liv, og vi bør strebe etter å oppfylle denne målsettingen ved å fokusere på hvordan og på hvilke områder vi kan oppnå mest mulig, snarere enn å begrense oss til å bare fokusere på forbedring av helse.

Mange vil kanskje motsette seg en slik tankegang, på bakgrunn av at de anser helse som et spesielt viktig gode, kanskje det viktigste, i livet. Helse er naturligvis en absolutt betingelse for et godt liv i den forstand at et minimalt nivå av helse er nødvendig for å leve. Men helse er et komplekst og mangefasettert gode, og utover denne observasjonen er det ikke nødvendigvis åpenbart at helse er viktigere enn alle andre goder for et godt liv, og det følger ikke nødvendigvis at vi som samfunn bør bruke mer ressurser på helse enn på andre sosiale goder.

Helse er viktig for våre muligheter til å delta i ordinære menneskelige aktiviteter. Sykdom og helseproblemer kan innebære forskjellige former for funksjonstap som kan forhindre oss i å utføre normale gjøremål eller forfølge planer og prosjekter. Men mange andre goder har også stor påvirkning på hvilke muligheter vi har i livet, blant annet inntekt og utdanning. Hausman argumenterer for at inntekt på mange måter har større innflytelse på ens helhetlige velferd enn helse, generelt sett. Inntekt kan blant annet skaffe en tilgang til fordeler innenfor mange andre velferdsgoder, som utdanning, sosial status, (effektive) rettigheter og makt. Selv om dårlig helse kan være et hinder for å få tilgang til noen av disse godene, gir ikke god helse bedre tilgang på samme måte som inntekt; helse kan ikke på samme måte som inntekt «byttes inn» i andre type fordeler. På den annen side kan noen helseproblemer være spesielt begrensende. Spesielt helseproblemer som forhindrer en fra å ha jobb, er begrensende, da dette også fører til at man ender opp med relativt lav inntekt, som ytterligere begrenser ens muligheter.

Slike helseproblemer fører dermed til en akkumulering av dårligere muligheter.

Dette er et svært komplekst spørsmål, og det er kanskje ikke mulig å fastslå hvilket gode som har størst påvirkning på våre livsmuligheter. Og naturligvis avhenger det også i stor grad av hva slags samfunn man lever i. For eksempel er lav inntekt mindre begrensende for helhetlig velferd og livsmuligheter i et samfunn med mange offentlige velferdsgoder. Og på samme måte er det å ha en funksjonshemming mye mindre begrensende i et samfunn der det i stor grad er lagt til rette for funksjonshemmede menneskers behov. Men nettopp fordi det kan være vanskelig å si hvilket gode som er viktigst, synes det hensiktsmessig å ta et mer helhetlig syn. Ved å se på fordelingen av flere goder sammen har vi et mye bedre utgangspunkt for å vurdere folks livsmuligheter.

Ved første øyekast er det kanskje ikke noen opplagte og betydelige forskjeller mellom de tiltakene mot sosiale ulikheter i helse de ulike teoretiske rammeverkene vi har sett på, anbefaler. Ut fra den direkte tilnærmingen, der helse anses som et spesielt viktig gode og fordelingen av helse er det aller viktigste, må tiltak likevel rette seg mot andre faktorer som påvirker helse, da helse naturligvis ikke kan «omfordeles» ved å ta helse fra den som har mest, og gi til den som har minst. Det er da hensiktsmessig å rette seg mot de sosiale helse-determinantene, spesielt materiell fattigdom, tilgang til sosiale tjenester, arbeids- og levevilkår, og tilgang til helsetjenester og generelle folkehelse-tiltak. Disse tiltakene sammenfaller for det første i stor grad med Daniels' rammeverk, fordi de gjelder en type sosiale ressurser hvis fordeling dekkes av Rawls' prinsipper. For det andre vil tiltak som fattigdomsbekjempelse og forbedring av arbeids- og levevilkår ikke bare potensielt ha en positiv effekt på helse for de relevante gruppene, men også representere en forbedring ut fra et mer generelt velferdsperspektiv. Derfor kan slike tiltak også gis støtte ut fra Hausmans teoretiske ståsted og vekt på ulikhet

i helhetlig velferd. Med andre ord synes det å være stor enighet mellom de ulike teoretiske rammeverkene om hvilke tiltak vi bør igangsette for å utjevne de sosiale helseforskjellene.

Det er likevel noen forskjeller mellom de ulike teoretiske tilnærmingene som vi bør merke oss. Det første punktet gjelder hvordan vi definerer og måler hvor godt vi har lyktes med tiltakene våre. I en kommentar i *The Lancet* diskuterer Johan Mackenbach en rekke strategier som har blitt anvendt i England for å redusere sosiale ulikheter der (Mackenbach, 2010). Han observerer at selv om mange av de individuelle målsettingene har blitt helt eller delvis oppfylt, som for eksempel reduksjon i forekomst av barnefattigdom, tiltak for forbedring av omsorg og skole for barn og utbedring av primærhelsetjenester i dårlig stilte bydeler, har de foreløpig ikke gitt den ønskede reduksjonen av helseforskjeller. Ut fra den direkte tilnærmingen har disse tiltakene ikke lyktes. Men ut fra Hausmans helhetlige velferdsperspektiv er det ingen spesiell grunn til å bare fokusere på tiltakenes helseeffekt. Den sentrale målsettingen er å redusere ulikhet i helhetlig velferd, noe som like fullt kan oppnås ved å utjevne fordelingen av noen av de andre komponentene eller godene som inngår i helhetlig velferd. Hausmans perspektiv gir oss altså et bredere grunnlag for å vurdere forskjellige tiltaks effekt: De bør evalueres ikke bare på bakgrunn av hvor effektive de er til å redusere helseforskjeller (noe vi fortsatt mangler god evidens på), men snarere ut fra *hvor stor* effekt de har på forbedring av helhetlig velferd for de dårligst stilte. Med andre ord bør vi ikke begrense oss til bare å vurdere eventuelle forbedringer av helse hos de lavere sosio-økonomiske gruppene, men også ta med i betraktningen forbedringer innenfor andre velferdskomponenter eller -goder, som inntekt, status, utdanning, sosiale nettverk og så videre. Ut fra et mer generelt velferdsperspektiv har de tiltakene Mackenbach diskuterer, oppnådd mye positivt, selv om man så langt ikke har dokumentert noen målbar reduisering av helseforskjeller.

For det andre kan Hausmans helhetlige velferdsperspektiv gi grunnlag for å gjøre en mer nyansert vurdering av forskjellige former for helseforbedrende tiltak. Hvis man simpelthen er opptatt av å redusere sosiale ulikheter i helse, har det ikke noen spesiell hensikt å se ytterligere på hva slags helseforbedringer som er oppnådd hos lavere sosioøkonomiske klasser. Ut fra Hausmans tilnærming er det derimot hensiktsmessig å skille mellom forskjellige typer helseforbedringer. Ikke alle mulige helseforbedringer er nødvendigvis likeverdige ut fra hvordan de påvirker helhetlig velferd eller livsmuligheter. Fra et helhetlig velferdsperspektiv er det spesiell grunn til å fokusere på helsefremmende tiltak som også kan ha en positiv effekt på andre velferdskomponenter og goder, og dermed gir en større reduksjon i systematisk ulikhet. For eksempel er tiltak rettet mot helseproblemer som påvirker ens evne til utdanning og arbeid, spesielt relevante. Dette kan også ses i sammenheng med Wolff og de-Shalits (2007) diskusjon om «corrosive disadvantage» og «fertile functionings». «Corrosive disadvantage» viser til akkumulering av flere former for deprivasjon over tid, ved at deprivasjon innenfor én velferdskomponent fører til ytterligere deprivasjon innenfor andre velferdskomponenter, for eksempel i tilfellet der en person først mister jobben, deretter blir hjemløs, og så blir syk. «Fertile functionings» viser til hvordan forbedring innenfor enkelte velferdskomponenter kan ha positiv effekt innenfor andre velferdskomponenter, enten direkte eller ved å redusere risiko for deprivasjon innenfor disse andre komponentene, som i eksempelet nevnt ovenfor, der forbedring av helse kan ha en positiv effekt på utdanning og arbeid. Som Wolff og de-Shalit påpeker, er det viktig med en forståelse av begge disse fenomenene for å utvikle god sosialpolitikk.

For det tredje vil Hausmans vektlegging av «overall well-being» også utvide spekteret av mulige tiltak. På dette grunnlaget kan man inkludere ikke bare tiltak som kan forbedre helse, men også tiltak

som forbedrer kårene for de dårligst stilte innenfor hvilken som helst av de sentrale velferdskomponentene, samt tiltak som kan påvirke konsekvensene av dårlig helse for andre viktige goder. Sistnevnte kategori inneholder for eksempel ordninger som gjelder sykefravær og sykelønn, uføretrygd og pensjonsordninger. Slike ordninger kan bidra til at dårlig helse ikke gir like stort tap av inntekt. Fleksible arbeidskår kan også være et middel for å bedre tilgangen til arbeid for dem som er helt eller delvis uføre, også med redusert tap av inntekt som følge. På samme måte kan en viss fleksibilitet i utdanningssystemet også gi bedre muligheter for utdanning for dem med dårlig helse. Det kan også ha noe for seg å tenke ut fra hvilke tiltak som kan oppnå best mulig effekt, uavhengig av om tiltakene gjelder forbedring av helse eller innenfor andre sentrale velferdsgoder. Helse er, tross alt, i mye mindre grad under direkte sosial kontroll enn goder som inntekt og andre viktige sosiale ressurser, og de forskjellige årsaksmekanismene er fortsatt ikke så godt forstått, så det kan ha noe for seg å tenke ut fra hvordan samfunnet kan tilpasses for at de som har dårligere helse enn andre, ikke lider ytterligere tap av andre velferdsgoder. Dette har vi mye større anledning til å påvirke.

Konklusjon

I dette kapitlet har vi sett på fenomenet ulikheter i helse, med spesiell vekt på ulikheter i helse mellom sosioøkonomiske klasser. Det er en vedtatt målsetting, nedfelt i folkehelseloven, at disse helseforskjellene skal utjevnes. Det er imidlertid flere måter å tenke rundt hvilke aspekter ved de sosiale helseforskjellene som gjør dem urettferdige, og dette kan ha implikasjoner for hvilke tiltak vi bør sette i gang, og hvordan de skal vurderes. Det bør vurderes om det kan være hensiktsmessig å presisere i folkehelseloven hvilken forklaring som ligger til grunn for at disse helseforskjellene skal utjevnes. Hvis helse anses som et spesielt viktig gode, vil man i noen grad

ha noen andre målsetninger for utbedrende tiltak enn hvis helse ses på som én av flere komponenter i helhetlig velferd. Dette siste perspektivet, representert av blant andre Hausman, gir et bredere utgangspunkt og sikter seg inn mot forbedring ikke bare av helse, men også andre sentrale velferdskomponenter i velferd. Selv om helse åpenbart er et svært viktig gode, er det ikke helt klart at helse nødvendigvis har større innvirkning på vår helhetlige velferd enn for eksempel inntekt. Jeg støtter derfor Hausmans syn og har her argumentert for at vi bør vurdere et bredere spekter av mulige tiltak mot de sosiale helseforskjellene, der vi måler suksess ut fra tiltakenes effekt for å redusere ulikheter i helhetlig velferd.

Referanser

- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 485–487.
- Asada, Y. (2007). *Health inequality. Morality and measurement*. Canada: University of Toronto Press.
- Asada, Y. (2013). A summary measure of health inequalities. Incorporating group and individual inequalities. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2009). *Employment, work, and health inequalities. A global perspective*. Geneva: WHO.
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in health. Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2016). Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten? *Retfærd*, 153(2), 6–18.
- Bærøe, K., & Bringedal, B. (2011). Just health. On the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socio-economic status. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 526–529.
- Case, A., & Deaton, A. (2003). *Broken down by work and sex. How our health declines*. Working Paper No. 9821. Cambridge, Massachusetts: NBER.

- Case, A., & Paxson, C. (2008). Stature and status. Height, ability and labor market outcomes. *Journal of Political Economy*, 116(3), 499–532.
- Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), 97–120.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Daniels, N. (2008). *Just health. Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2004). Health and inequality, or, why justice is good for our health. I S. Anand, F. Peter & A. Sen (red.), *Public health, ethics, and equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Deaton, A. (2002). Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs*, 21, 13–30.
- Deaton, A. (2013). What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Deaton, A. (2015). *The great escape – health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey og Oxford: Princeton University Press.
- FN-Sambandet (2017). *Fattigdom*. Nedlastet fra <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Fattigdom>
- Folkehelseinstituttet (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2015). *Definisjoner: sosial ulikhet i helse*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>
- Folkehelseinstituttet (2016). *Folkehelse rapporten (nettutgaven). Helsetilstanden i Norge*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Gakidou, E.E., Christopher, J.L.M., & Frenk, J. (2000). Defining and measuring health inequality. An approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 42–54.
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25(1), 47–56.
- Hausman, D.M. (2007). What's wrong with health inequalities? *Journal of Political Philosophy*, 15(1), 46–66.

- Hausman, D. M. (2013). Egalitarian critiques of health inequalities. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. IS-2474. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelseloven*. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Hurst, S.A. (2009). Just care. Should doctors give priority to patients of low socioeconomic status? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 7–11.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1991). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health*, 25(6), 951–960.
- Kurtze, N., Eikemo, T.A., & Kamphuis, C.B. (2013). Educational inequalities in general and mental health. Differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European Journal of Public Health*, 23(2), 223–229.
- Ljunggren, J. (2017). *Oslo – ulikhetenes by*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., & Hillemeier, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 2. US national and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality. *Milbank Quarterly*, 82(2), 355–400.
- Mackenbach, J.P. (2010). The English strategy to reduce health inequalities. *The Lancet*, 377(9782), 1986–1988.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. mfl. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Mackenbach, J.P., Kulhanova, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T. mfl. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades. Register based study of European countries. *BMJ*, 353, i1732. doi: 10.1136/bmj.i1732.

- Mackenbach, J., & Bakker, M. (2002). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M. (2013). Fair society, healthy lives. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: Department for International Development, UK Government.
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences. What should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537–543.
- Peter, F. (2004). Health equity and social justice. I S. Anand, F. Peter & A. Sen (red.), *Public health, ethics, and equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Siegrist, J., Benach, J., McKinght, A., Goldblatt, P., & Muntaner, C. (2009). *Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by task group 2 for the strategic review of health inequalities post 2010*. London: Marmot Review.
- Smith, A. (1976 [1776]). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (nyutgivelse ved R.H. Campbell & A.S. Skinner (red.)). Oxford: Clarendon Press.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. IS-1282. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- SSB (2012). *Barn og unges miljø og helse 2011*. Rapport 12. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Standing, G. (2011). *The precariat. The new dangerous class*. London og Oxford: Bloomsbury Publishing.
- Stirbu, I., Kunst, A.E., Mielck, A., & Mackenbach, J.P. (2011). Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Services Research*, 11, 288. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-288>.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I. mfl. (2000). Equity in the delivery of

- healthcare in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19(5), 553–583.
- van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A.M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629–647.
- van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177–183.
- Vikum, E., Krokstad, S., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway. The population-based HUNT3 survey. *International Journal for Equity in Health*, 11(48). <http://doi.org/10.1186/1475-9276-11-48>
- WHO (2000). *World health report 2000. Health systems. Improving performance*. Geneva: WHO.
- WHO, & European Commission. (2011). *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*. Bonn: World Health Organization.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin.
- Wolff, J., & de-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.

KAPITTEL 2

Lik tilgang og likeverdige tjenester: hvordan styrke realiseringen av disse rettslige formålene?

Kristine Bærøe, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Jasmeen Garcha Kaur, cand.med. i 2017 ved Det medisinske fakultet, Universitet i Bergen

Kavery Radhakrishnan, cand.med. i 2017 ved Det medisinske fakultet, Universitet i Bergen

Abstract

The Norwegian health care service aims to ensure equal access to healthcare services of good quality. However, «equal access» can be interpreted in different ways that in turn may give rise to dissimilar practices. In this chapter, we discuss how to operationalize equality in access and argue that we have to focus on potential barriers to access. We present several conceptual frameworks that all aim to summarise «access». As per today, one framework stands out as the richest and most adequate framework in the literature. Levesque and colleagues developed this framework based on a literature review of previously published frameworks. Access is defined as opportunity to have healthcare needs fulfilled. The framework encompasses five

different dimensions on the supply and demand side, respectively. From this framework, we demonstrate that relevant barriers can be deduced in a systematic way. In order to decide what barriers we should avoid, reduce or eliminate, we must be able to distinguish acceptable barriers from non-acceptable. We sketch out how this can be assessed, and categorise three groups of potentially non-acceptable barriers, according to the kind of inequality they create. Finally, we argue that health authorities should account explicitly for what kind of inequality they seek to prevent when organising and regulating healthcare services.

Introduksjon

Aristoteles' formale likhetsprinsipp ble nedtegnet for mer enn 2000 år siden, men representerer like fullt en norm for rettferdig fordeling som er like relevant den dag i dag. Dette prinsippet krever at like tilfeller skal behandles likt og ulike tilfeller ulikt, i henhold til relevante forskjeller mellom dem (Aristoteles, 1984). Oversetter vi prinsippet til en situasjon der helsehjelp skal fordeles, er det rimelig å betrakte helsehjelpsbehov som «tilfellene» som krever likebehandling. Det betyr at pasienter med identiske behov har krav på samme type behandling. Dette kan forstås som «identisk behandling», eller i det minste «behandling med samme kvalitet». Hva «behandling» skal innebære, er også åpent for fortolkning. I en helsekontekst er det nærliggende å tenke på medisinske tiltak alene, men i en videre forstand kan «behandling» også innebære mulighetene for å oppsøke, motta og nyttiggjøre seg av den helsehjelpen som tilbys. I et rettferdig fordelingsperspektiv innebærer dette at helsehjelpen man mottar innad i helsetjenesten, ikke bare må ha samme kvalitet ved like behov, *tilgangen* til helsetjenestens tilbud må så langt det er mulig,

også være den samme for alle. «Lik tilgang» knyttes til mulighetsrommet den enkelte har for å oppsøke, motta og nyttiggjøre seg av helsetjenesten, og må analytisk skilles fra den faktiske bruken den enkelte gjør av tjenestene. En slik bred fortolkning av fordelingsnormen gjenspeiles også i den norske lovgivningen på feltet. Pasient- og brukerrettighetsloven, som regulerer retten til både primær- og spesialisthelsetjenester, har som formål å bidra til «lik tilgang på tjenester av god kvalitet», samtidig som «(l) ovenns bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».¹ Spesialisthelsetjenesteloven skal blant annet «bidra til et likeverdig tjenestetilbud».² Samtidig skal helsepersonelloven parallelt tjene til «sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» gjennom fastsatte krav overfor dem som har profesjonell kompetanse til å virkeliggjøre rettighetene.³

Hvorvidt vi i Norge faktisk har «lik tilgang til tjenester av god kvalitet» og «likeverdige tjenester» eller ikke, er både et formelt og et empirisk spørsmål. Formelt sett gjelder de juridiske rettighetene bare dem som omfattes av loven. Papirløse flyktninger og andre uten norsk statsborgerskap har ikke samme lovfestede rettigheter overfor helsetjenesten som den øvrige befolkningen. Det er dermed grunn til å merke seg at lik tilgang formelt sett ikke gjelder *alle* som befinner seg innenfor landegrensene. I dette kapitlet legger

-
- 1 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
 - 2 Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
 - 3 Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

vi imidlertid mest vekt på mennesker med den samme formelle retten til helsehjelp, basert på reguleringen i pasient- og brukerrettighetsloven og kriteriene angitt i prioriteringsforskriften (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken). Men selv om vi holder oss til gruppen av rettighetshaverne, er det ikke sikkert at alle har den samme muligheten for å få tilgang til helsetjenesten. Ulike typer barrierer kan hindre lovens mål om lik tilgang og likeverdige tjenester. Dersom målet om å bidra til tillit til helse- og omsorgstjenesten skal nås – og denne tilliten ikke skal være blind, men være basert på *velbegrunnede* oppfatninger – holder det ikke at en formell likhet er sikret gjennom lovreguleringer. Da trenger vi i tillegg å vite at vi har gode grunner basert på empirisk kunnskap til å tro at lik tilgang også realiseres i praksis. Hvordan kan vi sikre at rettslige formål om lik tilgang og likeverdige tjenester i større grad blir reelle i praksis?

I dette kapitlet diskuterer vi hvordan målet om lik tilgang til likeverdige helsetjenester kan realiseres. For å forenkle fremstillingen fokuserer vi bare på den rettferdige fordelingsnormen som kommer til uttrykk i kravet om at alle skal ha «lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet», men argumentasjonen gjelder for tilgangen til «likeverdige tjenester» også. Vi starter med å beskrive utfordringer ved å operasjonalisere «lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet» og argumenterer for at operasjonaliseringen må knyttes til forhold som hindrer realisering av lik tilgang, som vi kaller «barrierer». Vi presenterer så et begrepsrammeverk som favner bredt med hensyn til hva vi kan forstå med «tilgang». Dette er utviklet av Levesque og hans kollegaer og åpner opp for identifisering av ulike typer barrierer. Ikke alle barrierer er uakseptable. Dersom operasjonaliseringen av formålet med lovreguleringen skal understøtte tillit, bør det også knyttes til et skille mellom akseptable og uakseptable barrierer. Å klargjøre dette skillet er i siste instans politikernes oppgave. Vi etablerer noen grove skillelinjer mellom

barrierene og argumenterer for nødvendigheten av konsekvent politisk styring for å redusere uakseptable barrierer dersom formålet med lovreguleringen skal realiseres i praksis.

Operasjonalisering av idealet «lik tilgang»: noen utfordringer

Skal vi ha *velbegrunnet* (og ikke blind) tillit til at helsetjenesten bidrar til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet, bør det være mulig å operasjonalisere dette formålet. Hva vil det i praksis si at vi har lik tilgang? Det er flere utfordringer knyttet til dette. Først og fremst er formålsformuleringen, som vi nevnte innledningsvis, åpen for ulike fortolkninger. Betyr det at alle med identiske behov skal kunne få nøyaktig den samme behandlingen? Eller kan de få en annen behandling så lenge den fører til det samme resultatet? Er for eksempel behandlinger «like» når de har samme innhold, men pågår over ulike tidsrom på grunn av at helsepersonell er tilgjengelig til ulike tider? På hvilken måte inngår opplevelsen av å bli behandlet respektfullt i beskrivelsen «god kvalitet»? Dette er spørsmål om hvordan loven skal forstås, som krever nærmere presisering.

Men utfordringene ender ikke her. Selv om vi presiserer kravene til «likhet» i denne sammenhengen, møter vi i neste steg på et uoverkommelige krav til hva likhet fordrer i praksis. For hva er «like behov»? Behovsfastsettelse i helsetjenesten beror også på fortolkning, som innebærer både observasjon og vurdering. Når også behovsbeskrivelser er et produkt av fortolkning, blir det logisk umulig å insistere på at likhet ivaretas i praksis på tvers av ulike aktørers fortolkninger. Kravet om lik behandling av like behov på tvers av populasjonen – forstått bokstavelig – blir uoverkommelig å møte i praksis. La oss utdype denne påstanden.

Helserelaterte observasjoner er betinget av hva man er trent i å se etter, og ulike erfaringer man har gjort seg kan skjerpe

oppmerksomheten overfor visse symptomer på ulikt vis hos fortolkerne. Behovsobservasjoner i helsetjenesten er fordelt på mange aktører med variasjon i opplæring og erfaring. I tillegg kommer ulike vurderingselementer inn som kan være av både fagteknisk og fordelingsmessig art (Bærøe, 2011). «Fagtekniske vurderinger» er basert på evnen til å kunne forklare det man observerer, og å kunne forutsi hvordan en tilstand kan utvikle seg med og uten behandling. Denne kompetansen kan være ulikt fordelt blant helsepersonell. «Fordelingsvurdering» er knyttet til hvorvidt den observerte tilstanden er noe man mener det bør brukes ressurser på i helsetjenesten. Ulike fordelingsvurderinger kan oppstå når aktører har ulik grad av risikoaversjon, eller når de arbeider innenfor ulike institusjoner, der forskjellige kollektive praksiser med hensyn til hva man bruker tid på og ikke bryr seg med, er etablert. Noen tar for eksempel flere tester sammenliknet med andre, enten primært for å være på den sikre siden (personlig motivasjon), eller fordi man inngår i en «behandlingspraksis» der uformelle regler tilsier at man tar et bredt sett med tester (kollektiv motivasjon). Videre, ved åpenbart mindre plagsomme eller truende tilstander, kan også tilgjengelige ressurser ha innvirkning på hvor terskelen for at noe vurderes som et behov, settes. Både fagtekniske vurderinger og fordelingsvurderinger kan dermed gi ulikt utslag mellom ulike aktører med hensyn til vurderinger av om en tilstand bør utredes videre eller behandles overhodet. Med andre ord må vi forvente at når ulike aktører vurderer hvorvidt det foreligger et «behov» for videre oppfølging fra helsetjenestens side, kan svaret variere selv om tilstanden er lik.

«Lik tilgang» impliserer at én og samme tilstand blir vurdert som et «behov» eller et «ikke-behov» av noen med relevant kompetanse, uavhengig av hvor man henvender seg. Men gitt uunngåelige forskjeller i helsepersonells bakgrunn og erfaring blir dette en uoppnåelig betingelse å sikre absolutt i praksis. I denne forstand gir det mening å si at «lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet»

i praksis representerer et strukturelt sett uoverkommelig formål. Når det er sagt, gjøres det mye på både myndighets- og profesjonssiden for å redusere ulikheten gjennom beslutningsstøtte tiltak, som for eksempel innføring av prioriteringsveiledere og kliniske retningslinjer.

Et relevant spørsmål melder seg: Hvis underliggende, strukturelle forhold tilsier at vi ikke kan forvente å oppnå fullstendig likhet i tilgang på tjenester av god kvalitet, hva er da poenget med å nedfelle dette formålet i lovgivningen? Vi vil hevde at formålet like fullt tjener minst to ulike funksjoner. For det første fungerer formålet som en påminnelse om et ideal vi kontinuerlig *bør strebe mot* å oppfylle. Selv om vi ikke kan nå det fullt og helt, kan mye gjøres for å redusere en ulikhet som sannsynligvis ville vært mye mer utbredt om vi ikke forholdt oss til dette idealet overhodet. For det andre, når vi erkjenner at det er urealistisk med *absolutt likhet* i tilgang på tjenester av god kvalitet, fremstår det som desto viktigere å skille mellom betingelser vi må akseptere som uforanderlige, og betingelser som skyldes forhold vi faktisk kan gjøre noe med. Dette siste er tett knyttet til spørsmål om rettferdighet: Hva slags betingelser bidrar til uakseptabel ulikhet i tilgang på helsetjenester av god kvalitet? Vi kommer snart tilbake til hvordan rettferdighetshensyn er relatert til en operasjonalisering av «lik tilgang på tjenester av god kvalitet». Før vi kommer så langt, må vi få på plass hovedtrekkene ved en operasjonaliseringsprosess som setter oss i stand til å vurdere implementeringen av lovens formål i praksis. Det første vi nå vil gjøre, er å identifisere hvilke forhold vi bør fokusere på for å kunne avgjøre om lovens formål oppfylles.

Operasjonalisering: vekt på barrierer

Til tross for utfordringene beskrevet foran, la oss nå anta at dersom pasienter har blitt diagnostisert med én og samme tilstand (for

eksempel et brukket ben) som korresponderer med et konkret og veldefinert helsehjelpsbehov, kan vi begrepsmessig forholde oss til «identiske behov». Hvordan skal lovens formål da operasjonaliseres? Det vil si, hvordan skal vi gå frem for å etablere kunnskap om hvorvidt disse behovene blir ivaretatt på samme, gode vis? Hvis enkeltstående observasjoner tilsier at individer med like behov får god hjelp, kan vi ikke logisk sett si at dette gjelder alle; det kan alltid finnes tilfeller (vi ikke har observert ennå) som tilsier at man ikke har samme tilgang på tjenester av god kvalitet. Dette reflekterer kjernen i kritikken som har blitt reist mot såkalte induktive slutninger (Popper, 1963, 2000). Vi får med andre ord aldri bekreftet at det finnes en generell likhet i tilgang på tjenester av god kvalitet. Ved å se på tilfeller (egenopplevde hendelser, historier fra venner og familie eller saker som omtales i media) der velbegrunnede helsehjelpsbehov som normalt blir imøtekommet, *ikke* er ivaretatt, kan vi derimot konkludere at det *ikke* er en altomfattende «likhet i tilgang på tjenester av god kvalitet» (vi ser her bort fra gråsonetilfeller som det ikke er opplagt at helsetjenesten skal sørge for). Dette har betydning for hvordan vi operasjonaliserer lovens formål. Selve operasjonaliseringen av «lik tilgang på tjenester av god kvalitet» bør logisk sett struktureres rundt konkrete, identifiserbare forhold som kan avkrefte (og altså ikke bekrefte) at det finnes en likhet. Logisk sett kan vi etablere sikker kunnskap om ulikhet, men ikke om likhet. Dette betyr at operasjonalisering av likhetsidealet vi ønsker å realisere, krever at vi fokuserer på «barrierer» som hindrer at dette kan skje. I det følgende ser vi nærmere på hvordan «tilgang» til helsetjenester kan gis et dekkende begrepsmessig innhold gjennom ulike konseptuelle rammeverk, som igjen kan brukes til å utlede barrierer. Jo mer nyanserte beskrivelser vi har av hva som inngår i «tilgang», jo bedre oversikt kan vi få over ulike forhold som samtidig truer tilgangen, og som kan bidra til ulikhet.

«Tilgang til helsetjenester»: begrepsrammeverk

Når vi nå skal beskrive konseptuelle rammeverk, kommer språket naturligvis i sentrum. Når vi forholder oss til engelsk litteratur som må oversettes til norsk, oppstår det enkelte utfordringer. Sammenliknet med det rikholdige engelske språket kan norsk fremstå noe mer unyansert. For å bevare de opprinnelig nyansene i hva rammeverkene skildrer, har vi valgt å referere de engelske termene i parentes der vi har egnede norske ord for det samme. Når vi ikke har noen god norsk oversettelse, bemerker vi dette.

Tilgang («access») til helsehjelp har blitt beskrevet ved hjelp av ulike teoretiske rammeverk som inkluderer flere dimensjoner. Aday og Anderson beskrev et av de første rammeverkene i 1974 (Ricketts & Goldsmith, 2005; Aday & Andersen, 1974). De begrepsfestet tilgang basert på to alternative dimensjoner: karakteristiske trekk ved populasjonen på den ene siden og karakteristiske trekk ved helsesystemet på den andre. Denne strukturen utvidet de så til å bestå av fem komponenter: helsepolitikk («health policy»), bruk («utilisation») og brukertilfredshet («consumers' satisfaction»), karakteristiske trekk ved helsesystemet («characteristics of the healthcare system»), og karakteristiske trekk ved risikopopulasjonen («characteristics of the population at risk») (Ricketts & Goldsmith, 2005). Senere benyttet Penchansky og Thomas fem andre dimensjoner for å forstå og registrere tilgang til helsehjelp (Ricketts & Goldsmith 2005; Penchansky & Thomas, 1981). De foreslo at det skulle være en sammenheng («fit») mellom pasientens behov og helsevesenets evne til å møte dette behovet. De fem dimensjonene inkluderer: tilgjengelighet i betydningen tilstedeværelse («availability»), tilgjengelighet i betydningen at tjenestene faktisk er tilgjengelig for brukere («accessibility»), tilrettelagthet («accommodation»), betalingsmulighet («affordability») og aksept («acceptability») (Ricketts & Goldsmith, 2005). I ettertid beskrev Frenk samsvaret mellom befolkningens etterspørsel og

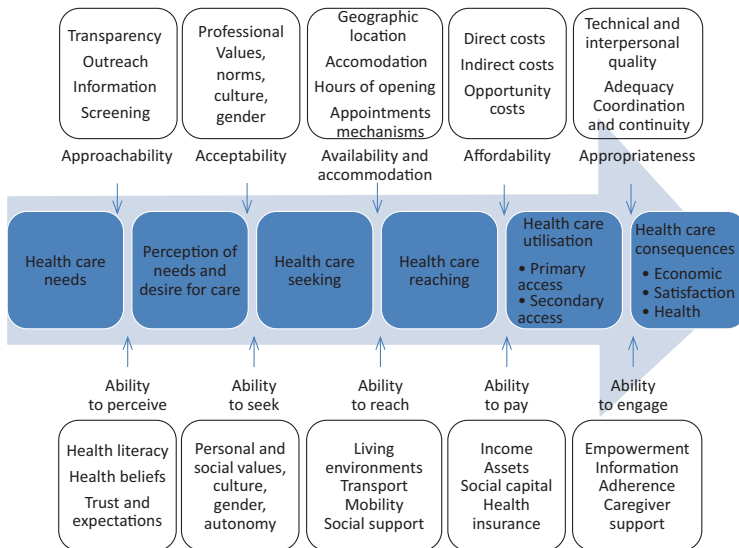
helsetjenestens tilbud som en pågående tilpasningsprosess (Frenk & White, 1992; Ricketts & Goldsmith, 2005). For å klargjøre begrepene «access», «accessibility» og «availability», som ble brukt om hverandre, referer Frenk til «accessibility» og «availability» som begreper som beskriver tilbudssiden («supply-side»), mens «access» beskriver forbrukersiden («demand side»). Frenk definerte «access» som personens evne til å benytte seg av helsehjelpen etter behov eller ønske, «accessibility» som graden av helsehjelp en trengende og søkende person faktisk får, mens «availability» beskriver tilstedeværelsen av helsetjenester (Ricketts & Goldsmith, 2005). Tilstedeværelse av motstand («resistance»), forklarer hvorfor «accessibility» og «availability» ikke sammenfaller som ett og samme begrep. Motstand er «the set of obstacles which arise from health resources that stand in the way of seeking and obtaining care» (Frenk referert i Ricketts & Goldsmith, 2005). Hindringene det her refereres til, er begrenset av barrierer helsehjelpen selv skaper. Et dagsaktuelt eksempel kan være strenge restriksjoner på utskrivning av antibiotika.

Parallelt med disse akademiske forsøkene på å definere «tilgang» benytter FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) et annet, internasjonalt rammeverk for å evaluere implementering av retten til helse. Dette rammeverket er utledet fra Committee on Economic, Social and Cultural Rights' *General comment no. 14 on the right to the highest attainable standard of health*⁴, kjent som AAAQ-rammeverket. AAAQ refererer til «availability», «accessibility», «acceptability» og «quality» (Hunt, 2016), men her oversettes termene noe annerledes enn i rammeverkene foran. Availability brukes om generell tilgang, mens access og accessibility handler om tilgjengelighet for brukere⁵. Disse begrepene er sentrale i den norske juridiske diskursen om implementering av retten til helse.

4 Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000); <http://www.refworld.org/pdfid/4538838do.pdf>

5 Takk til Henriette Sindig Aasen for klargjøring av det begrepslige innholdet i ØSK rammeverk og relevansen for den norske juridiske diskursen

Levesque og kollegaer foreslår nok en konseptualisering av «access» (Levesque, Harris & Russell, 2013). Deres definisjon av «tilgang» representerer en mer omfattende tilnærming enn tidligere forslag. Dette gjør deres tilnærming spesielt interessant å basere diskusjoner om barrierer og ulikhet på; jo mer omfattende beskrivelsene av tilgang til helsetjenester er, jo mer nyanserte er perspektivene på hva som kan hindre likhet. Rammeverket deres kan i så måte også supplere den internasjonale rettslige diskursen om implementering av helserettigheter. Levesque og kollegaene definerer tilgang («access») generelt som «mulighet til å få helsebehov oppfylt», og denne definisjonen dekker videre et multidimensjonalt rammeverk av andre begreper. Ved å organisere de ulike dimensjonene i henhold til både tilbuds- og etterspørselssiden samtidig som disse er strukturert langs ulike, distinkte faser som inngår i et helsehjelpsforløp, dekker rammeverket både kompleksiteten og det brede omfanget av dimensjoner på et nytt vis. Rammeverket er utviklet på bakgrunn



Figur 2.1: Levesque og kollegaers rammeverk for begrepet «access» (hentet fra Levesque, Harris & Russell, 2013; <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

av en systematisk litteraturgjennomgang av tidligere publiserte rammeverk. Forfatterne beskriver fem dimensjoner på tilbudssiden som vektlegger tilgang i henhold til tilbydere av helsetjenester («providers»), organisasjoner, institusjoner og systemer. De beskriver også fem korresponderende dimensjoner på forbrukersiden som fokuserer på populasjoners, samfunnets, husholdningers og individets evne («ability») til å oppnå tilgang til helsetjenester (Levesque mfl., 2013). Videre forklarer de at tilgang til helsetjenester avhenger av mulighetene helsetjenestene *tilbyr*, og forbrukerens evne til å erkjenne sitt behov og ta tjenestene *i bruk*. De fem dimensjonene på tilbudssiden og de korresponderende fem på forbrukersiden dekker alle stadier i et helsehjelpsforløp, fra å oppfatte og identifisere behov for helsetjenester, ønske om behandling, søke tjenester, nå frem til ressurser og skaffe eller ta i bruk tjenester til utfall av helsetjenesten. Tilgang («access») utgjør på tilbudssiden dimensjonene tilnærmelighet («approachability»), aksept («acceptability»), tilgjengelighet («availability») og tilrettelagthet («accommodation»), betalingsmulighet («affordability») og velegnethet («appropriateness») (Levesque mfl., 2013). På forbrukersiden beskrives de fem korresponderende dimensjonene ved forbrukerne som evnen til å oppfatte («perceive»), søke («seek»), oppnå («reach»), betale («pay»), og engasjere («engage») (Levesque mfl., 2013).

Kategorisering av dimensjonene i henhold til ulike kronologiske faser bidrar til en nyansert, analytisk forståelse av dimensjonene. Videre muliggjør dette rammeverket også en ryddig og systematisk fremgangsmåte for å identifisere relevante, potensielle barrierer til «access» på både tilbuds- og forbrukersiden. Rammeverket beskriver hva som skal til for å ha faktisk tilgang, og strukturene på barrierene fremkommer som fravær av slike muligheter. I det følgende gir vi eksempler på barrierer i henhold til de ulike dimensjonene. Disse eksemplene er hentet fra en litteraturgjennomgang av artikler som omtaler barrierer for tilgang til helsetjenesten (Kaur & Radhakrishnan, 2016).

Eksempler på barrierer

Tilnærmelighet og evnen til å oppfatte (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Tilnærmelighet omhandler det faktum at de som trenger helsehjelp, faktisk kjenner til at relevante helsetjenester finnes, kan nås og kan påvirke deres helse. For at helsetjenester skal være tilgjengelige, er det viktig at den enkelte forstår at de har et helseproblem. Eksempler på barrierer kan være mangel på kunnskap om tilgjengelige helsetjenester og ressurser, og ulike forventninger og perspektiv på helse kan bidra til at man ikke oppfatter (eller definerer noe som) et helseproblem.

Aksept og evnen til å søke (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Aksept handler om kulturelle og sosiale faktorer som påvirker hvorvidt helsetjenesten fremstår som attraktiv. Fravær av kulturelle og sosialt akseptable betingelser kan føre til at enkelte ikke søker helsehjelp. Eksempler på betingelser som dermed oppleves som barrierer, kan være psykososiale forhold, stigma og diskriminering samt individuelle forhold som seksuell legning og funksjonsnedsetting.

Tilgjengelighet og tilrettelagthet og evnen til å oppnå kontakt med helsetjenesten (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Tilgjengelighet og tilrettelagthet omhandler de forhold som gjør helsetjenester fysisk, tidsmessig, kognitivt og praktisk sett oppsøkbare. Hvis helsetjenestene ikke er tilgjengelig i rimelig avstand, eller bare via innfløkte prosesser, kan det være mange som ikke når frem til tjenesten. Eksempler på barrierer er knyttet til navigering innenfor både helsetjenestene og forsikringssystemet, der krevende fremgangsmåter, vanskelig språkbruk og manglende informasjonsteknologisk kompetanse kan forhindre forståelse og tilgang. Andre eksempler er dårlig tilrettelegging med redusert kostnadsdekning for asylsøkere og andre med liten betalingsevne. Konkrete beslutninger om hvordan helsehjelpen skal fordeles, det vil si «hvem som skal få hva, når», påvirker også tilgjengeligheten til helsehjelp

(Kaur & Radhakrishnan, 2016). I tråd med dagligdags forståelse av begrepet «å gi prioritet» – det å sette noe foran noe annet – handler dette om at noen får helsehjelp, andre ikke. Uavhengig av begrunnelsen for hvorfor man velger å fordele som man gjør, bidrar slike beslutninger til at noen får tilbud om hjelp, andre ikke, og slik oppstår det en *organisert* ulikhet i tilgang langs denne dimensjonen. Så sant beslutningene er i tråd med regelverket, kan vi si at vi har å gjøre med tilsiktede barrierer fra lovgivers side.

Betalingsmulighet og evnen til å betale (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Betalingsmulighet beskriver evnen folk har til å betale for tjenester. Pris og betalingssevne påvirker tilgang til helsehjelp i stor grad. Eksempler på dette er barrierer forbundet med utgifter til forsikring og medisiner, men også pasienter som på grunn av lav inntekt ikke kan ta seg ubetalt fri til å konsultere helsepersonell. I en norsk kontekst skal offentlig finansiering bidra til å holde denne barrieren nede med lave egenandeler. I 2016 rapporterte imidlertid åtte prosent av respondentene i Norge i en internasjonal undersøkelse om store vansker med å betale, eller ikke å kunne betale, for helsehjelp i løpet av de siste tolv månedene (Skudal, Sjetne, Bjertnæs, Lindahl & Nylenna, 2016).

Tjenestenes egnethet og evnen til å engasjere seg (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Tjenestenes egnethet omhandler sammenhengen mellom helsetjenestene og pasientenes behov og er knyttet til tiden helsehjelpen tar, hvilke tiltak som settes inn for å vurdere helseproblemer og bestemme behandling, samt kvaliteten ved de tekniske og medmenneskelige sidene ved tjenestene som tilbys. Hvorvidt hjelpen oppfattes som tilstrekkelig og adekvat, påvirker brukernes evne til å engasjere seg, som igjen har innvirkning på helsetjenestens velegnethet. Et eksempel på forhold som påvirker tilgangen langs denne dimensjonen, er nedkutting av antall innleggelsesdager på sykehus, som dermed kan undergrave tilstrekkelig omsorg og oppfølging. Et annet eksempel på barrierer

som svekker tilgangen, er ukvalifisert eller inkompetent helsepersonell som ikke evner å bistå med adekvat behandling, eller helsepersonell som opptrer på en uprofesjonell, nedlatende eller respektløs måte.

Barrierer for lik tilgang?

Potensielt finnes det en mengde forhold, eller barrierer, som kan forhindre folk fra å slippe til og ta i bruk god behandling i helse- og omsorgstjenesten. Alle barrierer er imidlertid ikke uakseptable i betydningen urettferdige («inequitable»), selv om de hindrer tilgang for noen. «Urettferdig» forstår vi i dette kapitlet veldig bredt og løsrevet fra enkeltstående teorier, simpelthen i betydningen «ubegrunnet / dårlig begrunnet forskjellsbehandling». Som nevnt sier Arisoteles sitt formale likhetsprinsipp at like tilfeller skal behandles likt og ulike tilfeller ulikt med hensyn til relevante forskjeller mellom dem (Aristoteles, 1984). Ulike rettferdighetsteorier har ulike begrunnelser for hva som utgjør relevante forskjeller, som igjen fører til ulike forståelser av hva som er en rettferdig forskjellsbehandling. Det ligger utenfor rammene for dette kapitlet å gå inn på ulike teorier her (for en relevant fremstilling av teorier knyttet til helse og urettferdig ulikhet i helse, se Wester, kapittel 1 i denne boken).

Fremstillingen vår krever imidlertid at vi foretar en første grov-sortering mellom barrierer som er akseptable, og barrierer som *kan* betraktes som uakseptable. Den siste gruppen fordrer tiltak om fjerning, mens den første gruppen kan bestå. Spørsmålet vi må stille oss, er om det er forhold som kan rettferdiggjøre at barrierene hindrer tilgang for noen mens ikke for andre. Eller sagt annerledes: Er det forhold som tilsier at det er en *relevant* forskjell mellom enkeltindividers eller gruppes forutsetninger for å nærme seg, ta i bruk og nyttiggjøre seg helsetjenesten som rettferdiggjør

ulikhet i tilgangen? En relevant forskjell mellom barrierer folk opplever, er om det er praktisk mulig å gjøre noe med disse barrierene eller ei. Vi lar derfor et grunnleggende skille (men ikke tilstrekkelig) mellom akseptable og uakseptable barrierer hvile på hvorvidt det er praktisk sett umulig (akseptable barrierer) eller mulig (uakseptable barrierer) å gjøre noe med dem. Dette skillet åpner opp for at en stor mengde barrierer kan bli vurdert som uakseptable.

Akseptable og potensielt uakseptable barrierer

Vi vil nå utdype og konkretisere skillet mellom hovedkategoriene akseptable og potensielt uakseptable barrierer. Vi identifiserer først to typer barrierer det er rimelig å si er akseptable, før vi etablerer flere distinksjoner innad i gruppen av potensielt uakseptable barrierer. Disse siste distinksjonene er strukturert rundt *ulike former for ulikhet i tilgang* som barrierene skaper og kan være nyttige å forholde seg til for beslutningstakere som organiserer tilgangen til helsetjenesten.

Akseptable barrierer som skaper uoverkommelig ulikhet

Vi starter med å skille mellom forhold som forårsaker henholdsvis uoverkommelig og overkommelig ulikhet. Vi nevnte tidligere at ulikhet i helsepersonells fagtekniske kompetanse og skjønnsvurderinger er kilde til en form for ulikhet i tilgang vi vanskelig kan gjøre noe med. Disse uoverkommelige forholdene rammer i hovedsak vilkårlig innenfor velorganiserte helsetjenester; ansattes skjønnsvurderinger og fagtekniske kompetanse formes og utvikles på bakgrunn av erfaring og videre utdanning. I tillegg har ulike individer forskjellige personligheter og

kommunikasjonsferdigheter. At fastleger møter pasienter på ulikt vis og har ulike terskler for å henvise videre i systemet, fremstår ikke som uakseptabelt. Det er naturligvis ikke ønskelig at slike ulike tjenester finnes i et tjenestetilbud som i prinsippet skal være likt for alle, men gitt det faktum at mennesker har ulike personligheter, blir det urimelig å hevde at slike forhold skaper ulikhets- skapende, uakseptable barrierer.

Akseptable barrierer som skaper ulikhet basert på egne, frie valg

En annen vesentlig distinksjon finner vi mellom tilgang som begrenses av egne, frie valg, og tilgang som begrenses av forhold den enkelte selv ikke rår over. Denne distinksjonen er knyttet til forskjellen mellom det å ha tilgang og det å gjøre bruk av helsetjenester – man kan ha tilgang, men selv ikke ønske å gjøre bruk av tjenestene samtidig som det ikke er forhold utenfor ens kontroll som påvirker dette valget. Dersom man lar være å ta kontakt med helsetjenesten til tross for at man har hostet stygt i ukesvis, så sier ikke det *nødvendigvis* noe om tilgangen til helsetjenesten. Grunnen til at man ikke tar kontakt, kan simpelthen skyldes at man ikke har lyst til å bruke tid på å gjøre nettopp det. Dette er da et valg man tar; man kunne ha oppsøkt tjenesten, men man foretrekker å la være. Dette er forhold det er vanskelig å gjøre noe med, og ofte er det heller ikke ønskelig. Valgene forutsettes å tas av egen fri vilje, og autonome beslutninger oppmuntres generelt i helsetjenesten. På en annen side kan det at man ikke tar kontakt, skyldes at man kvier seg for å oppsøke tjenesten ene og alene fordi man er engstelig for undersøkelser og hva de vil avdekke. I et sånt tilfelle gir det naturligvis mening å snakke om psykologiske barrierer som forhindrer en fra å oppsøke tjenesten (vi kommer tilbake med eksempler på andre psykologiske barrierer nedenfor). Personlige preferanser eller også psykologiske, eksistensielle barrierer som opptrer helt uavhengig av hva

slags helsetjeneste man møter, er ikke noe tjenesten kan tilrettelegges for å hindre. Dermed gir det heller ikke mening å betrakte slike forhold som uakseptable barrierer.

Hvis man derimot ikke kontakter helsetjenesten til tross for den vedvarende hosten, på grunn av psykologiske barrierer som har oppstått på grunn av helsetjenesten (som for eksempel helseangst frembrakt av overdreven informasjon og skremselspropaganda fra helsetjenesten selv, eller dårlig behandling ved tidligere henvendelser), står vi overfor den typen barrierer vi fokuserer på i dette kapitlet. Da handler det om barrierer som kan knyttes til utforming av konkrete tilbud ved tjenesten som på variert vis skaper ulikhet i befolkningens muligheter til å benytte seg av den på en måte som bidrar til god helse. Dette er barrierer som kan bli vurdert som uakseptable. Ikke bare kan de praktisk gjøres noe med, de kan også i prinsippet knyttes til normative teorier som begrunner at de er urettferdige. Kategorisering av disse barrierene kan grovt struktureres rundt tre ulike typer mer konkrete betingelser vi nå presenterer.

Potensielt uakseptable barrierer som skaper ulikhet basert på praktiske og geografiske forhold

For det første kan barrierer opptre på grunn av helsetjenestens konkrete beliggenhet og strukturelle utforming. Dersom grunnen til at man ikke oppsøker tjenesten, for eksempel er at det innebærer for lang reisetid, reisen koster for mye, helsetjenesten er stengt deler av døgnet, inngangspartiet er utformet slik at man ikke kommer inn med rullestol, eller kontakt må etableres via nettet som ikke alle har tilgang til, da har vi å gjøre med en type barrierer som er relevante for vurderinger av ulikhet i tilgang. Generelt kan vi si at vilkårlige, praktiske forhold ved måten selve helse- og omsorgstjenesten er utformet på, det vil si forhold som kan være organisert på ulikt vis ved forskjellige steder – og som

hindrer folk fra å oppsøke og oppnå tjenester, kan bidra til ulikhet i tilgangen til helsetjenesten.

Potensielt uakseptable barrierer som skaper ulikhet basert på evner til å nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud

For det andre kan tilgang til helsetjenester av god kvalitet også påvirkes av brukernes personlige muligheter til å håndtere og nyttiggjøre seg de eksisterende betingelsene (som nevnt foran), selv om disse tilsynelatende ivaretar lik tilgang til helsetjenesten for alle. Eksempler på slike betingelser er fastlegeordningen, betalingstakster, standardiserte behandlingsregimer, juridisk regelverk og nettbasert helseinformasjon (for mer om likhet i tilgang og nettinformasjon, se Magnussen og Sudmann, kapittel 9 i denne boken). Når muligheter for å benytte seg av tilrettelagte betingelser for lik tilgang er ulikt fordelt i befolkningen, er heller ikke den reelle tilgangen til helsetjenesten lik for alle. Dette er forhold som til en viss grad kan kompenseres for innad i helsetjenesten. Hvis brukere for eksempel har utfordringer med å oppsøke tjenesten, kan tjenesten organiseres slik at den snarere oppsøker brukerne, som barn og unge (gjennom skolehelsetjenesten), asylsøkere, narkotikamisbrukere og hjemløse. Har brukere utfordringer med å følge opp behandlingsregimer, kan tjenesten trå til med oppsøkende oppfølgingstiltak, for eksempel ved å sikre inntak av medisiner ved hjelp av hjemmehjelpsordningen for eldre. Andre forhold som evne til å omsette juridisk kunnskap og generell helseinformasjon i praksis er det vanskeligere for helsetjenesten å kompensere for. Betingelser for tilgang til helsetjenesten som i utgangspunktet er like for alle, men som enkelte av ulike grunner ikke klarer å håndtere og nyttiggjøre seg av på grunn av personlige forutsetninger som forståelse av og oversikt over egen situasjon, utgjør enda et nytt sett med konkrete barrierer for lik tilgang til helsetjenester.

Potensielt uakseptable barrierer som skaper ulikhet basert på sosioøkonomiske forhold

Et tredje forhold som påvirker likhet i tilgangen til helsetjenesten, er tett knyttet til andre former for ulikhet i samfunnet for øvrig. Dette er forhold som utdannelsesnivå, arbeidssituasjon, lønn og kvaliteten på bosted. Slike livsbetingelser vet vi korrelerer systematisk med sykelighet og forventet levetid i befolkningen (Wilkinson & Marmot 2003). Disse betingelsene kan samtidig utgjøre reelle barrierer for å oppsøke helsehjelp og nyttiggjøre seg av behandling. For eksempel kan lav utdanning bidra til begrenset kyndighet i å identifisere eget behov for å oppsøke helsetjenesten, lav inntekt kan gjøre terskelen høy for å ta kontakt så lenge det involverer en egenandel, og kalde og fuktige bosted kan bidra til at standard behandlingstiltak ikke blir tilstrekkelig effektive. Samfunnsskapte forhold som ligger utenfor den enkeltes kontroll å endre, kan bidra til en systematisk skjevhet i befolkningen med hensyn til å nyttiggjøre seg av helsetjenestetilbudet. I Norge er sosialt betinget sykelighet i befolkningen godt dokumentert (Dahl, Bergsli & der Wel, 2014). Hvorvidt det foreligger en systematisk skjevhet i tilgangen, har i mindre grad vært undersøkt. Funn tyder imidlertid på at sosioøkonomisk bedrestilte har større tilgang til spesialisthelsetjenesten enn vanskeligstilte (Vikum, Krokstad & Westin, 2012). Andre funn tyder på at legene er uenige i hvorvidt sosioøkonomiske forhold skal ha betydning for pasientbehandlingen (Bringedal & Bærøe, 2010). Systematisk ulikhet i tilgang krever systematiske tiltak fra helsetjenestens side for å kompensere for denne den. Ett forslag til systematisk tiltak er å sørge for at legene trenes i – og oppfordres til – bevissthet rundt å fortolke «behov for helsehjelp» også i lys av sosioøkonomiske betingelser i den enkeltes liv og ikke bare fag-tekniske, kliniske funn knyttet til tilstanden (Bærøe, 2008; Bærøe & Bringedal, 2011). Systematiske, sosialt betingete utfordringer i å håndtere og nyttiggjøre seg av helsetjenesten

bidrar til ulikhet i tilgang på en måte som også undergraver realiseringen av likhetsnormen.

Grovt oppsummert kan vi nå si at en helsetjeneste som ikke er sensitiv overfor befolkningens varierende evner og muligheter til å forholde seg til, søke kontakt med tjenestene og i neste omgang nyttiggjøre seg av hjelpen man mottar, har reduserte muligheter til å realisere målet om lik tilgang. Det samme gjelder en helsetjeneste som ved forskjellsbehandling (f.eks. ved å vise noen mangel på respekt) undergraver brukernes ønsker om å oppsøke den. Samlet utgjør dette ulike former for barrierer som kan påvirke brukernes reelle tilgang til helsetjenesten på måter helsetjenesten bør ta hensyn til. Vi kan dele disse inn i tre hovedkategorier: 1) helsetjenesten kan være tilfeldig organisert på måter som skaper ulikhet i fysisk og praktisk tilgjengelighet for brukerne, samt påvirker motivasjonen for å oppsøke tjenestene, 2) ulikhet i tilgang kan oppstå gjennom brukernes personlige forutsetninger for å oppsøke og nyttiggjøre seg av tjenestene, til tross for at de konkrete betingelsene for tilgang er felles for alle, og 3) samfunnsskapt ulikheter og sosioøkonomisk status kan skape systematisk ulikt fordelte barrierer i befolkningen for å oppsøke, bruke og ha utbytte av helsetjenester. Både kategori 1 og 2 kan overlapse med 3, og de kan også overlapse med hverandre. Kategoriene behøver imidlertid ikke å overlapse. Man trenger for eksempel ikke å ha problemer med å bruke spesialisthelsetjenesten selv om man deler karakteristikk med den delen av befolkningen som i mindre grad anses for å ha tilgang til denne. Og omvendt, man kan godt høre til de høyere sosiale lag, men likevel ha vanskeligheter med å orientere seg i helsetjenesten eller oppsøke den på grunn av avstand. Man kan også være forhindret av logistiske grunner til å oppsøke helsetjenesten som ligger langt borte, uten at dette er betinget av personlig evne til å nyttiggjøre seg av tjenesten. Ettersom det ikke behøver å være overlapp, kan kategoriene holdes analytisk adskilt.

Likhet i tilgang: politiske tiltak

La oss nå gå tilbake til det overordnede formålet med dette kapitlet: Hvordan kan vi sikre at rettslige formål om lik tilgang og likeverdige tjenester i større grad blir reelle i praksis? Vi har sett at det er en rekke utfordringer med å operasjonalisere og realisere formålet om lik tilgang. Ved å fokusere på barrierer som skaper ulikhet og å vise hvordan disse systematisk kan utledes fra det mest nyanserte rammeverket for «tilgang» vi har funnet i litteraturen, har vi likevel etablert en plattform for operasjonalisering av formålet i praksis. Levesques og kollegaers rammeverk fremstår som en god og oversiktlig, konseptuell utlegning av tilgang knyttet til ulike forhold som strukturerer helsetjenesten og viser med tydelighet hvor mange hensyn og betingelser som kan skape barrierer for at til helsetjenesten blir realisert. Plattformen kan brukes som utgangspunkt for systematiske empiriske undersøkelser av reell, multidimensjonal tilgang for individuelle pasienter og pasientgrupper med lovbestemte rettigheter overfor helsetjenesten. Ved å etablere systematisk og dekkende empirisk kunnskap om barrierer som bidrar til ulikhet i tilgang, beredes grunnen for politiske prioriteringer av hva slags ulikhet helsetjenesten må søke å unngå. Forskningsresultatene kan i neste omgang føre til at konkrete tiltak igangsettes for å redusere ulikheten.

Den reelle tilgangen kan aktivt reguleres i henhold til hvilke barrierer som fremstår som henholdsvis akseptable og uakseptable. Beslutningstakere med makt til å påvirke og utforme helsetjenesten kan igangsette systematiske tiltak for å sikre reell, lik tilgang til ulike typer helsetilbud. Spørsmålet blir først og fremst: Hva slags ulikhet er det man ønsker å unngå? Dersom befolkningen skal kunne ha begrunnet tillit til at de som har ansvar for helsetjenesten, bestreber seg på å fremme «lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet», bør tiltakene som innføres begrunnes med hensyn til hva slags ulikhet, jamfør kategoriene skissert foran, myndighetene primært

søker å avverge. Er det ulikhet basert på geografiske og praktiske forhold? Er det ulikhet basert på personlige forutsetninger for å nyttiggjøre seg tilbudet? Er det ulikhet basert på systematiske, sosio-økonomiske forhold man har til hensikt å forhindre? Søker man å eliminere alle, eller enkelte av disse forholdene? Hvis det siste er tilfellet, hvilke former for ulikhet tar lovgivningen først og fremst sikte på å bekjempe? Synliggjøring av og åpenhet om slike politiske vurderinger er nødvendig og etter vår mening en forutsetning for at befolkningen kan ha *velbegrunnet* tillit til at helsetjenesten utformes i henhold til lovens formål. Samtidig gir beskrivelser av hva slags ulikhet i tilgang man vil til livs, indirekte en forståelse av det likhetsidealet man legger til grunn for fortolkningen av formålsparagrafen; likhet i tilgang fortolkes ideelt som fravær av den formen for ulikhet man finner uakseptabel. På dette viset, via en operasjonalisering av formålet, kan man dermed etablere en substansiell politisk fortolkning av hva lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet innebærer.

Konklusjon

Det er et lovregulert mål i Norge å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. «Lik tilgang» kan imidlertid gi opphav til ulike fortolkninger og forskjelligartet praksis. I dette kapitlet har vi diskutert utfordringer ved å operasjonalisere dette formålet og presentert en mulig løsning. Ved å fokusere på barrierer som kan utledes systematisk i henhold til et konseptuelt rammeverk som beskriver «tilgang» langs flere ulike dimensjoner, har vi et utgangspunkt for å undersøke empirisk om ulikhet i tilgang foreligger eller ikke. Kartlagt ulikhet i tilgang kan i neste omgang legges til grunn for organisatoriske tiltak for å gjøre helsetjenesten lettere tilgjengelig for alle. Slike tiltak representerer en sentral form for helsepolitiske prioriteringer. Vi har vist hvordan potensielt

uakseptable former for ulikhet kan relateres til en rekke ulike barrierer: praktiske og geografiske, personlige og sosioøkonomiske forhold. For å etablere velbegrunnet tillit til at organiseringen av helsetjenesten er i tråd med formålet om lik tilgang på tjenester av god kvalitet, bør politikerne presisere hva slags form for ulikhet de primært vil bekjempe. På den måten blir det også klart hva slags fortolkning av likhet i tilgang de søker å realisere. Denne kunnskapen utgjør i neste omgang et viktig premiss for utforming av en transparent demokratisk helsepolitikk. Gjennom erkjennelsen av at det eksisterer uakseptable barrierer og innføring av tiltak for å fjerne disse, kan vi sikre at lovens formål om lik tilgang og likeverdige tjenester ikke bare er formelle, men også blir reelle.

Referanser

- Aday, L.A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208.
- Aristoteles. (1984). *Aristotle's Nicomachean ethics*. Grinnell, Iowa: The Peripatetic Press.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2010). Bør leger bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse? *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 130, 1024–1027.
- 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.
- Bærøe, K. (2011). Mellom samfunnsstrukturer og profesjon. Om avgrensning, kultivering og premisser for adekvat skjønnsutøvelse i legerollen. *Etikk i praksis*, 2, 23–44.
- Bærøe, K., & Bringedal, B. (2011). Just health. On the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socioeconomic status. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 526–529.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Frenk, J., & White, K.L. (1992). The concept and measurement of accessibility. I K.L. White, J. Frenk, C. Ordonez, J.M. Paganini & B. Starfield (red.), *Health services research. An anthology* (s. 842–855).

- PAHO Scientific Publication nr. 534. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Hunt, P. (2016). Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health and Human Rights*, 18(2), 109–130.
- Kaur, J.G., & Radhakrishnan, K. (2016). *Access to healthcare. On obstructions & inequitable barriers*. Særøppgave. Bergen: Universitetet i Bergen, Det medisinsk-odontologisk fakultet.
- Levesque, J.-F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care. Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9.
- Penchansky, R., & Thomas, J.W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Popper, K. (2000 [1963]). Conjectures and refutations. I T. Schick (red.), *Readings in the Philosophy of Science*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Ricketts, T.C., & Goldsmith, L.J. (2005). Access in health services research. The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274–280.
- Skudal, K.E., Sjetne, I.S., Bjertnæs, Ø.A., Lindahl, A.K., & Nylenna, M. (2016). *Commonwealth funds undersøkelse av helsetjenesteyesystemet i elleve land. Norske resultater i 2016 og utvikling over tid*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Vikum, E., Krokstad, S., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway. The population-based HUNT3 survey. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 48.
- Wilkinson, R.G., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Geneva: World Health Organization.

KAPITTEL 3

De juridiske rammene

Solveig Hodne Riska, universitetslektor ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Henriette Sinding Aasen, professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

The main purpose of this chapter is to present the legislation and the legal framework that apply to decisions on the right to necessary health care from the specialist health service in Norway. These decisions shall be based on the patient- and user rights act and the priority regulation. In this context, the term «prioritization» refers to saying yes to some patients entitled to health care, and no to others who do not fulfill the legal criteria. Our aim is to show how the legal regulation both allows and restricts individual access to specialist health services. Knowledge and understanding of the legal regulation is necessary in order to make lawful decisions about access to health care, and thereby contribute to rule of law, equity and fair distribution of health care.

Introduksjon

Formålet med dette kapitlet

Hovedformålet med dette kapitlet er å presentere lovgivningen og de juridiske rammene som gjelder for beslutninger om rett til

nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i Norge. Disse beslutningene skal treffes med utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 2-1b andre ledd og prioriteringsforskriften. Begrepet «prioritering» viser i denne sammenheng til at man sier ja til noen pasienter, som får rett til helsehjelp, og nei til andre, som ikke gis en rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.² Vårt formål er med andre ord å vise hvordan rettsreglene setter rammer for prioriteringsbeslutningene i spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om dette regelverket er nødvendig for å kunne treffe juridisk riktige beslutninger på dette området. Et formål for oss er dermed også å bidra til økt kunnskap om regelverket i helsetjenesten, og dermed til etterlevelse, likebehandling og rettferdig fordeling av helsehjelp.

Prioriteringer foregår ikke bare i spesialisthelsetjenesten, men i alle deler av helsesektoren. Eksplisitt rettslig regulering av prioriteringsbeslutninger har vi imidlertid bare for spesialisthelsetjenesten. I andre deler av helsetjenesten vil alminnelige forvaltningsrettslige regler sammen med normer om faglig forsvarlighet legges til grunn for beslutningene om hvem som skal få helsehjelp. I alle deler av helsetjenesten gjelder det et «kø-prinsipp», et «behovs-prinsipp» og et likebehandlingsprinsipp, som tilsier at alvorlige tilstander prioriteres foran mindre alvorlige tilstander, og at det ikke skal forekomme usaklig forskjellsbehandling av pasienter (Eckhoff & Smith, 2014).

Rett og samfunn

Et overordnet mål med den norske helsetjenesten er å sikre alle innbyggere i landet lik tilgang til faglig forsvarlige helsetjenester

1 Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Se <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

2 Denne forståelsen av begrepet «prioritering» samsvarer med viktige offentlige dokumenter. Se NOU 1997: 18, s. 34; NOU 2014: 12, s. 11; Meld. St. 34 (2015–2016), s. 9.

(St.meld. nr. 26 (1999–2000)). I tillegg til å bidra til rettferdig fordeling av helsetjenester skal lovgivningen også bidra til forsvarlig ressursbruk. Det som setter rettslige normer i en særstilling i forhold til andre normer i samfunnet, er at den organiserte statsmakten setter sin autoritet bak dem. Dette skjer i første hånd ved at Stortinget som lovgiver har legitim myndighet til å bestemme hva som skal gjelde som bindende normer i samfunnet, herunder hvordan avgjørelser av betydning for den enkelte skal treffes (Mæhle & Aarli, 2016).

Forenklet kan vi si at rettens nøkkelrolle i samfunnet er å sikre enkeltmenneskers frihet, likhet og menneskeverd. Samtidig skal retten legge til rette for sameksistens og samarbeid i et fredelig samfunnsfellesskap (Mæhle & Aarli, 2016). Lovgivning er derfor også innenfor helsetjenesten et viktig politisk virkemiddel som skal ivareta disse verdiene og sikre forsvarlige og forutsigbare beslutningsprosesser.³ På helserettens område innebærer det å fastlegge når plikten til å yte helsehjelp inntreer, hva den enkelte pasienten har krav på, og hvilke prinsipper som skal gjelde for prioritering mellom ulike behov og pasientgrupper. Ikke minst i spesialisthelsetjenesten er det et økende behov for å regulere tilgangen til svært kostbar helsehjelp i tråd med grunnleggende velferdsrettslige verdier og prinsipper (Aasen, Hartlev & Magnussen, 2015).

Et rettsområde i bevegelse

Store og viktige deler av rettsutviklingen skjer gjennom lovvedtak. Stortinget vedtar nye lover og gjør endringer i eksisterende lover med sikte på å forme samfunnsforholdene i en bestemt retning (Bernt & Mæhle, 2010). På helserettens område er det stor lovgivningsaktivitet. Denne aktiviteten preger også pasient- og

3 Se formålsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1.

brukerrettighetsloven. Som følge av lovgivningsaktiviteten har også flere forskrifter kommet til eller blitt endret i de siste årene (Syse, 2015).

Når det gjelder retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, ble denne rettigheten vesentlig endret ved lov 21. juni 2013⁴. Etter tidligere lovbestemmelse fulgte kriteriene for hvem som hadde rett til helsehjelp, direkte av ordlyden. Dette medførte et skille mellom såkalte rettighetspasienter og behovspasienter. Pasienter som oppfylte kriteriene, ble vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, og de hadde rett på en frist for når helsehjelpen skulle ytes. Pasienter som ble vurdert til å ha behov for helsehjelp, men ikke oppfylte kriteriene, hadde ikke rett på en tidsfrist for oppstart av behandlingen. Denne pasientgruppen ble satt på venteliste (Syse, 2015). For å forenkle regelverket ble dette skillet opphevet og ordlyden i bestemmelsen endret, slik at den helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp skulle sammenfalle med pasientens rett til helsehjelp (Aasen & Magnussen, 2016). Som en følge av denne endringen ble også prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne endret. Hva som i dag er gjeldende rett, kommer vi tilbake til nedenfor.

I det videre arbeidet med reguleringen av prioritering ved tilgang til spesialisert helsehjelp er det kommet ytterligere forslag til lovendringer. Ett av disse innebærer en tilnærmet lik rettstilstand som før endringen i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Samtidig satte regjeringen i 2017 ned et utvalg som skal foreslå kriterier for tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Som vi ser, er dette et rettsområde i stor bevegelse og der ytterligere lovendringer kan forventes både ved rett til spesialisert helsehjelp og ved rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette illustrerer samtidig hvor krevende det er å regulere prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten.

4 <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-10-30-1240>

Veien videre

For å ta stilling til innholdet i gjeldende rett benytter en rettsanvender seg av ulike rettskilder i tråd med juridisk metode (Nygaard, 2004). Dette kapitlet er derfor lagt opp slik at vi først gjør rede for det primære rettslige grunnlaget for retten til nødvendig spesialisert helsehjelp (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd). Videre gjøres det rede for kriteriene i prioriteringsforskriften som utpensler det rettslige innholdet i lovbestemmelsen. Så gjøres det rede for prioriteringsveilederne som videre operasjonaliserer innholdet i kriteriene i prioriteringsforskriften. Også veilederne har autorativ kraft og legitimitet som rettskilde, og de gir viktige bidrag til forståelsen av hva som er «nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd (Syse, 2015). I neste punkt gjør vi kort rede for pasientens mulighet til å klage og anlegge sak for domstolene. Til slutt oppsummerer vi kapitlet og omtaler noen utfordringer knyttet til implementeringen av den rettslige reguleringen og prioriteringskriteriene i helsefaglig praksis.

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Etter gjeldende regulering i pasient- og brukerrettighetsloven er det to innganger til spesialisthelsetjenesten dersom man har behov for helsehjelp: som øyeblikkelig hjelp eller ved henvisning fra allmennlege til planlagt nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Den ene inngangen til spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd, der det fremgår at pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven⁵ § 3-1 første ledd slår fast at sykehus

5 Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

plikter straks å motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen institusjonen eller avdelingen kan gi, er «påtrengende nødvendig». Institusjonen eller avdelingen skal da motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling. Ved behov for øyeblikkelig hjelp skal det etter loven ikke foretas noen form for prioritering for å få tilgang til øyeblikkelig hjelp. Alle som har et påtrengende behov for helsehjelp, har rett til øyeblikkelig hjelp, og spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte slik helsehjelp uten opphold, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd og helsepersonelloven⁶ § 7 første ledd. Det fremgår med andre ord av lovreguleringen at ingen pasienter kan avvises når det er behov for øyeblikkelig hjelp. Helsepersonell ved et akuttmottak er likevel kjent med at det også på et akuttmottak må prioriteres mellom pasienter som alle har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasientene blir prioritert etter en såkalt triageskala, som innebærer at pasienter inndeles i kategori ut fra hvor raskt de må behandles, men ingen pasienter kan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd avvises.⁷

Den andre inngangen til spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Etter denne bestemmelsen har pasienten rett til «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Denne rettigheten gjelder pasienter som er henvist for planlagt nødvendig helsehjelp, og som har krav på å bli vurdert av en spesialist innen en viss frist (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd). Det er ved vurderingen av om

6 Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

7 «Triage er en vurdering og prioritering av skadede og innebærer at pasienter systematisk inndeles i kategorier ut fra hvor raskt de må behandles. Triage er i utgangspunktet knyttet til krigs- og katastrofesituasjoner der man må ta stilling til hvem man vil kunne redde om de behandles raskt, hvem som ikke vil ha mulighet til å reddes uansett og hvem som likevel vil kunne overleve selv om de må vente» (Holte, 2017).

pasienten har rett til nødvendig planlagt helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, at helsearbeiderne må prioritere etter gitte kriterier som fremgår av prioriteringsforskriften og av prioriteringsveilederne. Dette medfører at noen pasienter blir vurdert til å ha behov for og rett til nødvendig helsehjelp. Andre pasienter som etter en faglig forsvarlig vurdering ikke anses å oppfylle kriteriene, blir avist eller sendt tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det rettslige grunnlaget: pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd foreligger det en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Rettigheten er ytterligere presisert i prioriteringsforskriften. Gjennom gitte kriterier settes rammene for rettigheten for å sikre likebehandling. Likebehandling innebærer at like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller skal behandles ulikt, i tråd med relevante forskjeller dem imellom (NOU 1997: 18). I denne sammenheng betyr dette at vurderinger av om henviste pasienter har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, skal foretas etter de samme kriteriene (Prop. 118 L (2012–2013)). Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd er formulert slik i gjeldende lovbestemmelse:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»

Etter forarbeidene skal ordlyden i gjeldende lovbestemmelse tolkes slik at den rettslige standarden «nødvendig» samsvarer med

den medisinske vurderingen av behov (Prop. 118 L (2012–2013)). Ved vurderingen av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, er det da avgjørende hva en helsefaglig vurdering tilsier.

Lovgiver antar at gjeldende ordlyd i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd – med «nødvendig helsehjelp» som en rettslig standard – gir en tilstrekkelig juridisk fleksibilitet for å kunne håndtere den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgssektoren (Prop. 118 L (2012–2013)). Bestemmelsen gir stort rom for faglig skjønnsutøvelse. Dette betyr at en fagperson, her en lege, kan foreta faglige vurderinger og treffe beslutninger basert på sin faglige kompetanse. Samtidig er det faglige skjønnnet underlagt begrensningene som følger av prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Disse instrumentene avgrenser dermed rommet for det epistemiske skjønnnet (vurdering av situasjon og valg av handling) (Grimen & Molander, 2008). Rettslig regulering er i denne sammenheng en del av de strukturelle begrensningene som setter skranker for legenes faglige skjønnsutøvelse (Aasen & Magnussen, 2016).

Prioriteringsforskriften som ramme for den individuelle retten

Prioriteringsforskriften har hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd og gjelder bare for beslutningene om rett til nødvendig spesialisert helsehjelp. Forskriften gjelder ikke for beslutninger om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Prioriteringsforskriftens intensjon er å utfylle den sterkt skjønnsmessige bestemmelsen i lovens § 2-1b andre ledd. Forskrifter blir ofte omtalt som «delegert» lovgivning (Mæhle & Aarli, 2016). Gjennom denne forskriften setter helsemyndighetene retten til nødvendig spesialisert helsehjelp

inn i et bredere samfunnsperspektiv som uttrykker behovet for at tilgjengelige helseressurser skal forvaltes etter gitte kriterier.

Etter gjeldende regulering skal det foretas en prioritering i to beslutningsomganger. For det første ved inngangen til spesialisthelsetjenesten når henvisning vurderes etter prioriteringsforskriften § 2, der kriteriene «forventet nytte» og «kostnad som står i forhold til tiltakets effekt» legges til grunn. Videre skal det i andre omgang prioriteres mellom rettighetspasientene ved fastsettelse av frist for start av helsehjelp etter prioriteringsforskriften § 2a. Her legges det tredje kriteriet, «alvorlighets- og hastegrad», til grunn for vurderingen. Prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a kan dermed anses for å ha to ulike funksjoner. Den førstnevnte bestemmelsen sier noe om terskelen for å få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens sistnevnte bestemmelse gir kriterier for å vurdere pasientens plassering i køen.

Prioriteringsforskriften § 2

Etter gjeldende regulering har prioriteringsforskriften § 2 følgende ordlyd:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd når:

- a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.»

Det følger av bokstav a og b to vilkår som begge må være oppfylt for å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For det første må det foreligge en «forventet nytte av helsehjelpen». For det andre skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering der «de forventede kostander står i et rimelig forhold til tiltakets effekt». Er disse vilkårene oppfylt, uansett tilstandens alvorlighetsgrad, har pasienten etter ordlyden rett til helsehjelp. I det følgende skal vi se nærmere på de kriteriene forskriften § 2 viser til for å ta stilling til om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vilkåret «forventet nytte av helsehjelpen»

Innholdet i vilkåret om «forventet nytte» er presisert i prioriteringsforskriften § 2 andre ledd. Kriteriet gir anvisning på et helsefaglig skjønn, der legen skal foreta en faglig vurdering av om det foreligger «forventet nytte» av helsehjelpen. Det er ved vurderingen av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd at det foretas en vurdering av om vilkårene etter lovens § 2-1b andre ledd er oppfylt.

Etter prioriteringsforskriften § 2 andre ledd fremgår det at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Av forarbeidene følger det videre at bestemmelsen medfører at retten til nødvendig helsehjelp ikke omfatter eksperimentell eller utprøvende behandling. Behandlingen skal være vitenskapelig dokumentert innenfor norsk eller internasjonal medisinsk forskning (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)). Dette er et faglig strengt krav som viser til kunnskapsbasert medisin (evidence-based medicine). Kriteriet er imidlertid likevel skjønnspreget, med andre ord vagt formulert og åpent for tolkning. Det er det medisinskfaglige personellet som til enhver tid tolker loven og hva som ligger i ordlyden «forventet nytte». Ulike behandlingstradisjoner, ulik utdanning og erfaring kan ved tolkning medføre uenighet om nytteverdien, noe som

kan virke inn på vurderingen av om tiltaket regnes som nødvendig helsehjelp (Molven, 2015). Nyttan av helsehjelpen er også avhengig av pasienten som mottar den, og i hvilken grad han eller hun responderer på hjelpen. Det kan i denne sammenheng forekomme etablering av ulik forståelse av «forventet nytte» mellom ulike avdelinger, fagområder og helseforetak, som kan medføre en utilsiktet forskjellsbehandling av tilfeller som etter regelverket burde behandles likt. Prioriteringsveilederne presiserer ytterligere hvilke sykdomstilstander som anses for å ha «forventet nytte» av den aktuelle helsehjelpen, og blir derfor et viktig bidrag til utpenslingen av innholdet i retten til «nødvendig helsehjelp». Dersom disse følges, kan man forvente en større grad av likebehandling i praksis (Aasen & Magnussen, 2016).

Vilkåret «forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt»

Det andre vilkåret som etter gjeldende rett må være oppfylt etter prioriteringsforskriften § 2 første ledd bokstav b, er at de «forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt». I motsetning til det første vilkåret er dette vilkåret ikke forsøkt videre operasjonalisert i prioriteringsforskriften. Etter forarbeidene fremgår det at gjeldende prioriteringsforskrift viderefører prinsippet om at det skal ligge en kost-nytte vurdering til grunn for om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det skal her foretas en forholdsmessighetsvurdering mellom kostnader og nytte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Dette innebærer at det må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning og behandling og den forbedringen av pasientens helsetilstand som helsehjelpen forventes å gi. Helsepersonellet må foreta både vanskelige medisinskfaglige vurderinger samt økonomiske og etiske overveielser (Kjønstad, Syse & Kjelland, 2017).

Kriteriet bør sees i lys av kravet om at helsehjelpen ikke skal påføre det offentlige unødige utgift, jf. helsepersonelloven § 6. Helsepersonell skal for eksempel ikke iverksette undersøkelser med svært lav nytteverdi eller utføre for mange og unødige prøver og analyser. Kravet til faglig forsvarlighet har også med forsvarlig ressursbruk å gjøre, og det innebærer derfor at det kan være uforsvarlig å utføre kostbare undersøkelser som etter en medisinskfaglig vurdering vil ha liten nytte. Et overforbruk av kostbare metoder med liten dokumentert nytte kan medføre at andre pasienter eller pasientgrupper blir tilført tilsvarende mindre ressurser. Det er derfor nødvendig å foreta ressursvurderinger i hvert enkelt tilfelle, slik prioriteringsforskriften legger opp til. Det er likevel forståelig at det kan være vanskelige etiske og juridiske avveininger knyttet til vurdering av henvisningene, da det ofte dreier seg om gråsoner uten klare svar.

Helhetsvurdering av vilkårene i § 2 bokstav a og b

Prioriteringsforskriften § 2 oppstiller, som gjort rede for ovenfor, to adskilte vilkår som må være oppfylt for at det skal foreligge en rett til nødvendig helsehjelp. Disse vilkårene skal etter forarbeidene ses i sammenheng, slik at det foretas en helhetsvurdering. Vilrårene er relative i forhold til hverandre, slik at kravet til behandlingens forventede nytte kan være lavere dersom kostnadene for behandlingen er lav. Motsatt dersom behandlingens nytte anses høy, kan behandlingens kostnad være høyere (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)).

Kravet til faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 gjelder ved vurderingen av om vilkårene om nytte og kostnadseffektivitet er oppfylt. Det skal i pasientforløpet ved vurderingen av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd både tas hensyn til nytten av helsehjelpen samt økonomiske overveielser, men da slik at helsehjelpen som ytes, ikke kan være under en minstestandard for forsvarlig helsehjelp

(Molven, 2015). Innebygget i den individuelle retten til «nødvendig helsehjelp» som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, ligger det også en kollektiv vurdering knyttet til forvaltning av fellesskapets ressurser. Vilåårene om «forventet nytte» og at «forventede kostnader står i rimelig forhold til tiltakets effekt», danner med andre ord de juridiske rammene for det medisinske skjønnet ved tolkningen av hva som anses «nødvendig» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Pasientens diagnose er ikke avgjørende for retten til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnosegruppe kan noen pasienter oppfylle de to kumulative vilåårene og ha rett til nødvendig helsehjelp, mens andre med samme diagnose ikke oppfyller vilåårene (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)). Prioriteringsveilederne kan gi ytterligere hjelp til å foreta forsvarlige vurderinger både på individ- og samfunnsnivå (Aasen og Magnussen, 2016).

Den samlede vurderingen av prioriteringsforskriften § 2 bokstav a og b fører til to mulige utfall når henvisningen vurderes. Pasienten kan for det første anses for å oppfylle vilåårene i prioriteringsforskriften § 2. Pasienten anses da for å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og får rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. For det andre kan pasienten etter den samlede vurderingen anses å ikke oppfylle vilåårene i prioriteringsforskriften § 2 og dermed ikke ha verken behov (i lovens forstand) eller rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasienten skal da etter en faglig forsvarlig vurdering avvises eller henvises tilbake til oppfølging i kommunen.

Hittil har vi sett at det etter gjeldende regulering skal foretas en prioritering av pasienter etter vilåårene i prioriteringsforskriften § 2 når henvisningen blir vurdert i spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven første ledd § 2-2, jf. § 2-1b andre ledd. Videre skal det etter gjeldende rett prioriteres *mellom* rettighetspasientene ved fristfastsettelse for start av helsehjelp. Dette er regulert i prioriteringsforskriften § 2a.

Prioriteringsforskriften § 2a

Prioriteringsforskriften § 2a har følgende ordlyd:

«Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.»

Dette innebærer at pasienter som har oppfylt vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 og har rett til spesialisert helsehjelp, skal prioriteres etter «alvorlighets- og hastegrad» når det settes tidsfrist for senest oppstart av helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd og § 2-2 første ledd. Også denne prioriteringen skal skje ved «inngangsporten» til spesialisthelsetjenesten, det vil si når henvisningene vurderes. Vurderingen av «alvorlighet og hastegrad» er med andre ord avgjørende for hvor lang tid det skal ta før helsehjelp påbegynnes.

Helsepersonellet er bundet av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesten av forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Fristen som settes, må etter gjeldende rett gi sikkerhet for at helsehjelpen kan startes og fullføres forsvarlig i hele forløpet. Dette følger også direkte av ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, der det fremgår at «fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever». Det må være faglig forsvarlig å utsette helsehjelpen til den fristen som settes, uten at det går utover prognosen. Kravet til faglig forsvarlighet har derfor stor betydning for tolkningen av vilkåret «alvorlighets- og hastegrad».

Ved vurderingen av henvisningen skal det med andre ord settes en individuell og forsvarlig frist for hver enkelt pasient. Det følger av forarbeidene at fristen gjelder både utredning og behandling, alt etter om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Er pasientens helsetilstand avklart, skal det settes en frist for seneste oppstart av

behandling, som vil anses oppfylt når behandlingen er påbegynt. Er derimot helsetilstanden uavklart, skal det settes en frist for seneste oppstart av utredning. Fristen anses oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristens utløp (Prop. 1 18 L (2012–2013)).

Vilkåret «alvorlighets- og hastegrad»

Tolkningen og innholdet i alvorlighetskravet er etter gjeldende rett den samme som etter tidligere regulering. Begrepet alvorlighet ble innført av Lønning I-utvalget, som definerte alvorlighet slik: «Sykdommen reduserer pasientens leveutsikter. I tillegg må imidlertid faktorer som plager og funksjonsnedsettelse, sykdommens betydning for livskvalitet i høyeste grad tas i betraktning» (NOU 1987: 23).

Etter gjeldende ordlyd i prioriteringsforskriften er «alvorlighets- og hastegrad» det kriteriet som pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir prioritert etter ved fristfastsettelse. Lønning II-utvalget beskrev alvorlighet også som «et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes» (NOU 1997: 18). Lønning II-utvalgets definisjon av alvorlighet kommer tydelig frem i gjeldende ordlyd i § 2a andre setning, der det fremgår at det i prioriteringen skal «legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes». Prognose beskriver videre hvor mange fremtidige gode leveår man kan forvente å ha igjen etter å ha blitt diagnostisert og behandlet. Desto færre fremtidige gode leveår, jo mer alvorlig vil tilstanden være (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Både situasjonen, varigheten og tapet av fremtidige leveår har betydning for vurderingen av alvorlighetsgraden. Dette innebærer at noen tilstander hos barn og unge kan vurderes som mer alvorlig sammenlignet med tilsvarende tilstand hos eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). I hvilken grad alder skal være et kriterium som legges til grunn ved prioritering, er i seg selv en stor diskusjon

(se eksempelvis Sen, 1992, som blant annet argumenterer for at eldre kan ha mindre krav på flere gode leveår enn yngre, da de allerede har fått mange leveår).

Vilkåret «alvorlighets- og hastegrad» er av faglig karakter, der det er behandlende lege som foretar vurderingen av fristfastsettelsen etter dette kriteriet. Ulike fagpersoner kan legge ulike vurderinger til grunn for sin tolkning av bestemmelsen. Kriteriene gir et spillerom for helsearbeiderens utøvelse av faglig skjønn når han eller hun tar stilling til hvilke aspekter ved pasientens situasjon og helsehjelpen som er relevant for prioriteringsspørsmålet. Erfaringer fra klinisk praksis viser også at ulike helsearbeidere legger ulikt substansielt innhold i alvorlighetsbegrepet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Enkeltpasienter kan få høyere prioritet fordi det er spesielle forhold som gjør deres sykdom og situasjon mer alvorlig. Dette er noen ganger uproblematisk, mens andre ganger kan grunnleggende oppfatninger om likebehandling bli utfordret.

På den annen side, individuelle forhold knyttet til den enkelte pasienten må kunne tillegges betydning ved prioritetsvurderingen, og ved nytte- og kostnadsvurderingen, ut fra en oppfatning om at helsepersonellet skal gi forsvarlig helsehjelp. Forskjellsbehandling ut fra individuelle forhold bryter ikke nødvendigvis med målet om «lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet», nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. God kvalitet forutsetter nettopp en slik individuell behandling. Dette er et ledd i forsvarlig medisinsk praksis, som krever individuelt tilrettelagt behandling for den enkelte.

Lovgiver og helsemyndigheter har gjennom kriteriene «forventet nytte», «kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt» og «alvorlighets- og hastegrad» etablert en juridisk skranke for det medisinskfaglige skjønn, for å fremme likebehandling av pasienter. Men det er fortsatt rom for en faglig forsvarlig individuell vurdering. Det dreier seg alltid om enkeltindivider med en unik historie, der behovet for helsehjelp nødvendigvis må vurderes

konkret. For å oppnå formålet om likebehandling er det likevel behov for at man ved vurderingene av enkeltpasienter tilstreber størst mulig konsistens i skjønnsutøvelsen og i prioriteringsbeslutningene. Dette formålet forsøkes oppnådd gjennom de fagspesifikke prioriteringsveilederne som ytterligere utpensler innholdet i kriteriene.

Prioriteringsveiledere

Offentlige organer som administrerer velferdsordninger, avgir ofte uttalelser om hvordan lovgivningen skal eller bør tolkes. Disse administrative uttalelsene kan være både rundskriv og veiledere som bygger på relevante rettskilder for å være i samsvar med gjeldende rett. En del av reglene som er å finne i disse uttalelsene, er kodifisering av forvaltningspraksis, og de må dermed tillegges vekt som administrativ praksis. Det kan derfor være brudd på det forvaltningsrettslige likhetsprinsippet dersom disse uttalelsene ikke følges i en konkret sak (Kjønstad mfl., 2017). I Fusadommen⁸ la Høyesterett stor vekt på uttalelser i et rundskriv som gav uttrykk for en fast og langvarig praksis i kommunene.

I 2012 ble det videre foretatt en lovendring i spesialisthelsetjenesteloven ved tilføyning av § 7-3 første ledd. Det fremgår av denne bestemmelsen at Helsedirektoratet er gitt en normeringsmyndighet som styrker prioriteringsveilederens rettslige betydning: «Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten.» Foran fremgår det at vilkårene i prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a gir betydelig rom for faglig skjønn, som kan medføre at pasienter ikke alltid får «lik tilgang på tjenester» etter formålsbestemmelsen i pasient- og

⁸ Rt. 1990, s. 887. *Fusadommen*.

brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd. Mangelen på likebehandling og lik forståelse av kriteriene i prioriteringsforskriften gjorde at Helsedirektoratet i 2006 iverksatte et prioriteringsprosjekt som i 2012 endte opp med 32 prioriteringsveiledere. Formålet var å imøtegå utfordringene med ulik forståelse av lov og prioriteringsforskrift i praksis og mangelen på likebehandling mellom helseforetakene (Syse, 2015).

Helsedirektoratet har uttalt at veilederne skal «bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem. Målet er at pasientrettighetene blir oppfylt i lik grad uavhengig av hvor pasientene bor og uavhengig av hvilken sykdom de har» (Helsedirektoratet, 2015a). Den grunnleggende verdien om likebehandling ligger til grunn for operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene. Avvik krever derfor en særlig begrunnelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Det foreligger i dag 33 ulike prioriteringsveiledere som er ment å dekke 75–80 prosent av problemstillingene som tas opp i henvisningene til de ulike fagområdene (Helsedirektoratet, 2015a). For å belyse prioriteringsveilederens funksjon som rettskilde som utpensler innholdet i retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, er veilederen «Prioriteringsveileder – hjertemedisinske sykdommer» og tilstanden «hjertesvikt» valgt som illustrasjon i det følgende.⁹ Det fremgår av denne veilederen at dersom pasienten som henvises, har nyoppståtte symptomer på hjertesvikt eller forverring av allerede kjent hjertesvikt, foreligger det «en veiledende rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten». Begrunnelsen som fremgår av veilederen, er at «helsehjelpen anses å være nyttig» og «helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv» (Helsedirektoratet, 2015b). Dette medfører at denne tilstanden oppfyller kriteriene i prioriteringsforskriften § 2 bokstav a og b.

9 Prioriteringssspørsmål ved en hjertemedisinsk avdeling blir behandlet av Teig og Wester i kapittel 8 i denne boken.

Når det gjelder videre fristfastsettelse for seneste oppstart av helsehjelpen etter prioriteringsforskriften § 2a, anses det forsvarlig at utredning starter i løpet av tolv uker, som dermed angis som veiledende frist for start av utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2015b).

Fristene som fremgår av den enkelte prioriteringsveilederen, er altså en sentral rettskildefaktor ved tolkningen av innholdet i retten til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og de blir derfor normalt fulgt. Fristen for når helsehjelpen skal ytes, er vurderingspreget, men prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne angir likevel føringer for skjønnsutøvelsen. Dette bidrar til at retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir mer forutsigbar og mindre skjønnspreget enn om slike veiledere ikke fantes.

I hvert enkelt pasienttilfelle skal det foretas en konkret individuell helhetsvurdering av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp, og hvilken tidsfrist som skal settes etter lovens § 2-1b andre ledd. Når det gjelder tilstanden «hjertesvikt», listes det opp ulike individuelle forhold som kan «endre rettighetsstatus eller frist for start av helsehjelp for enkelte pasienter» (Helsedirektoratet, 2015b). Disse individuelle forholdene kan medføre at pasienten skal prioriteres høyere eller lavere når det gjelder fristfastsettelse i henhold til «alvorlighets- og hastegrad» etter prioriteringsforskriften § 2a. Hvis pasientens sykehistorie viser at tilstanden er så alvorlig at det vil være uforsvarlig med en frist for oppstart av helsehjelpen på tolv uker, må fristen settes kortere, eksempelvis fire uker. Dersom helsepersonellet velger å fravike veilederen, må det foreligge en akseptabel faglig begrunnelse for hvorfor den aktuelle veilederen ikke er fulgt. Det vil være i strid med det forvaltningsrettslige likhetsprinsippet dersom prioriteringsveilederen uten forsvarlig begrunnelse fravikes når den ellers legges til grunn i liknende tilfeller.

Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne indikerer at innholdet i retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er presisert i ganske stor detalj for å realisere målet om likebehandling av pasienter. Samtidig gir regelverket rom for et nødvendig faglig skjønn i møtet med den enkelte pasienten. Det grunnleggende kravet om forsvarlighet i helsetjenesten innebærer at det alltid må være rom for faglig skjønn for å sikre forsvarlig behandling av hvert enkelt individ. Samtidig viser behovet for prioriteringsveiledere at lovgivning på feltet ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for å sikre forsvarlig prioritering i samsvar med grunnleggende etiske og rettslige prinsipper (Aasen & Magnussen, 2016).

Pasientens klagemulighet og domstolskontroll

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder noen viktige bestemmelser som skal sørge for at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Pasienten har rett til å klage på vedtak fattet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, jf. kapittel 7. En annen viktig rettssikkerhetsgaranti er at forvaltningsvedtaket kan bringes inn for de ordinære domstolene til overprøving.

Pasientens mulighet til å klage følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd, der det fremgår at pasienten kan klage til Fylkesmannen dersom han eller hun mener at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd er krenket. Etter norsk rett gjelder det alminnelige prinsippet om at klageinstansen har full overprøvningsrett (Kjønstad mfl., 2017). Ved overprøving av enkeltvedtak fattet av spesialisthelsetjenesten kan Fylkesmannen derfor prøve alle sider av saken, både om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp, og om tidsfristen som er satt for oppstart av behandlingen, er forsvarlig.

Et vedtak om at det foreligger rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og en påfølgende avgjørelse i en klagesak, kan videre bringes inn for de alminnelige domstolene for overprøving. Det følger av forvaltningsloven § 27 b at «det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket, kan bestemme at søksmål om gyldigheten av forvaltningsvedtak ikke skal kunne reises uten at vedkommende part har nyttet sin adgang til å klage over vedtaket, og at klagen er avgjort av den høyeste klageinstans som står åpen». I denne sammenheng må det foreligge en avgjørelse av Fylkesmannen. Domstolen kan foreta en legalitetskontroll, som innebærer en prøving av lovmessigheten av avgjørelsen. Pasienter har dermed mulighet for å få overprøvd en avgjørelse om «rett til nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten ved domstolene (Kjønstad mfl., 2017, Eckhoff & Smith, 2014).

Hovedregelen er at domstolen eventuelt opphever avgjørelsen og ikke selv avgjør realiteten, men sender det tilbake til forvaltningen (her: spesialisthelsetjenesten) for ny behandling (Kjønstad mfl., 2017, Eckhoff & Smith, 2014). Dette fremgår også av forarbeidene til tvisteloven, der det heter at domstolen etter tradisjonell norsk rett ikke har adgang til å gi realitetsdom når lovligheten beror på svært skjønnsmessige vurderinger (Ot.prp. nr. 51 (2004–2005)).

Et betimelig spørsmål er likevel i hvilken grad lovverkets bestemmelser om pasientens klagemulighet og mulighet for domstolskontroll av et vedtak gir en reell rettssikkerhetsgaranti i praksis. Realisering av klageretten og prøvingsretten for domstolene avhenger først og fremst av at pasienten er klar over disse mulighetene (Kjønstad mfl., 2017). Stort sett er det bare et mindretall av de uriktige avgjørelsene som fattes i helsevesenet, som blir gjenstand for klagebehandling. Dette til tross for at klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven har eksistert i over ti år (Syse, 2015; Molven, 2015). Det lave antallet klagesaker kan skyldes både at pasientene ikke kjenner til klagemuligheten, og at pasienter med

behov for helsehjelp befinner seg i en ressurs svak situasjon der det oppleves for krevende å reise en klagesak. Samtidig har det heller ikke vært tradisjon for pasienter å uttrykke misnøye gjennom å påklage vedtak (Syse, 2015).

Pasientens klagemulighet og mulighet for å prøve vedtaket for domstolene er likevel utvilsomt viktige rettssikkerhetsgarantier. Den preventive effekten av slike regler må ikke undervurderes. Spesialisthelsetjenestens visshet om at en avgjørelse kan påklages og omgjøres, vil i seg selv øke bevisstheten og etterlevelsen av pasient- og brukerrettighetsloven (Syse, 2015).

Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett hvordan lovgiver og helsemyndigheter gjennom lov, forskrift og prioriteringsveiledere søker å sikre likebehandling ved vurderingen av om det foreligger rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. I praksis handler dette om at alle henvisninger som kommer til de ulike helseforetakene og poliklinikkene, skal behandles ut fra samme kriterier. Hensikten er realisering av formålet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd om å gi befolkningen «lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

Retten til helsehjelp inngår i en større verdimessig og velferdsrettslig sammenheng og må også sees som et ledd i oppfyllelse av menneskerettslige krav om å sikre befolkningen lik tilgang til adekvate helsetjenester innenfor rammen av tilgjengelige ressurser (FNs høykommissær for menneskerettigheter, 2000; Toebes, 2012). Nasjonal lovgivning er overordnet lokale prosedyrer og retningslinjer i de ulike helseforetakene og representerer derfor et viktig politisk virkemiddel for å realisere målet om lik tilgang til faglig forsvarlige helsetjenester uavhengig av hvilket helseforetak eller hvilken sykehusavdeling som behandler en henvisning.

En utfordring med lovreguleringen er at en effektiv lovgivning forutsetter at helsepersonell har kjennskap til regelverket om prioritering i spesialisthelsetjenesten og trening i å anvende det. Det bør derfor gjennomføres systematisk opplæring i gjeldende regulering og prioriteringskriterier både blant ledere og leger som vurderer henvisningene (NOU 2014: 12). Undersøkelser viser at leger i stor grad finner regelverk om prioritering og veiledere nyttige i sitt arbeid (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). Dette indikerer at rettslig regulering ikke nødvendigvis oppfattes som hindringer for effektiv og god klinisk praksis.

Idealet om likebehandling kan bli utfordret ved utøvelsen av faglig skjønn, som er et viktig element i yrkesutøvelsen og anvendelsen av regelverket. Bevissthet, kunnskap og åpenhet om hvilke kriterier som ligger til grunn for prioritering, er derfor svært viktig (Hanssen, Humerfelt, Kjellefeldt, Norheim, & Sommerseth 2015). Også dette taler for at opplæring i vedtatte prioriteringskriterier bør utgjøre en større del av pensum i helserelaterte utdanninger (NOU 2014: 12). Studentene bør gjennom utdanningsløpet bli introdusert for den verdiavveiningen man kan bli stilt overfor som helsepersonell. At hensynet til pasienten nødvendigvis må være helsepersonellens primæransvar, er ikke det samme som at hensyn til virksomhetens og samfunnets ressursforvaltning er uviktig. Mye kan tyde på at det er lagt for lite vekt på prioriteringsspørsmål og prioriteringsetikk i grunn- og videreutdanningen av leger og annet helsepersonell (NOU 2014: 12; St.meld. nr. 26 (1999–2000); Norheim, 2015). Helseutdanningsinstitusjonene har ansvar for utdanningen av helsepersonellet og for at faglig skjønnsutøvelse «kultiveres» i tråd med gjeldende lovgivning og regelverk (Bærøe, 2011). Denne «kultiveringen» av skjønnet kan være med på å sikre formålet i pasient- og brukerrettighetsloven om å gi befolkningen «lik tilgang» til tjenester av god kvalitet.

Referanser

- Aasen, H.S., Hartlev, M., & Magnussen, A.M. (2015). Right to hospital care and prioritisation from a law and politics perspective – the experiences of Norway and Denmark. *European Journal of Social Security*, 17(4), 409–435.
- Aasen, H.S., & Magnussen, A.M. (2016). Prioriteringsveiledere som styringsverktøy i skjæringspunktet mellom rett og medisin. *Rettfærd*, 153(2), 19–31.
- Bernt, J.F., & Mæhle, S.S. (2010). *Rett, samfunn og demokrati*. Oslo: Gyldendal.
- Bærøe, K. (2011). Mellom samfunnsstrukturer og profesjon. Om avgrensning, kultivering og premisser for adekvat skjønnsutøvelse i legerollen. *Etikk i Praksis. Nordic Journal of Applied Ethics*, (2), 23–44, doi: 10.5324/eip.v5i2.1769
- Eckhoff, T., & Smith, E. (2014). *Forvaltningsrett* (10. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- FNs høykommissær for menneskerettigheter (2000). *General Comment No. 14 on the right to the highest attainable standard of health*. Nedlastet fra <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og kjønn. I A. Molander & L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoll, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2015). *Faglig kjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2015a). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
- Helsedirektoratet (2015b). *Prioriteringsveileder – hjertemedisinske sykdommer*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjertemedisinske-sykdommer>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). *Høringsnotat – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet*. Nedlastet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/110519/H%C3%B8ringsnotat%20-%20Pasdir%203.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Utvalg om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-om-prioritering-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten/id2548583/>
- Holte, H.H. (2010). *Publiserte triageskalaer gjenspeiler den akuttmedisinske vurderingen av pasienter i akuttmottaket*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/publ/2010/publiserte-triageskalaer-gjenspeiler-den-akuttmedisinske-vurderingen-av-pas/>
- Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland M. (2017). *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* (6. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Mæhle, S.S., & Aarli, R. (2016). *Fra lov til rett*. Oslo: Gyldendal.
- Norheim, O.F. (2015). Rettferdig prioritering i helsetjenesten. Hva kan gjøres i praksis? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 32(2), 191–194.
- NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1997: 18. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nygaard, N. (2004). *Rettsgrunnlag og standpunkt* (2. utgave). Bergen/Oslo: Universitetsforlaget.
- Ot.prp. nr. 51 (2004–2005). *Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Ot.prp. nr. 63 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.* Oslo: Helsedepartementet.
- Prop. 118 L (2012–2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Sen, A. (1992). *Inequality reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
- St.meld. nr. 26 (1999–2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Syse, A. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (4. rev. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Toebe, B. (2012). The right to health and other health-related rights. I B. Toebe, M. Hartlev, A. Hendriks & J.R. Herrmann (red.), *Health and human rights in Europe* (s. 83–111). Antwerp: Intersentia.

KAPITTEL 4

Iverksettingen av EUs pasientrettighetsdirektiv i Norge

Mot en mer markedsorientert spesialisthelsetjeneste?

Even Nilssen, professor ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Abstract

The paper elaborates on the implementation of the Directive on patients' rights in cross-border health care in Norway from two interrelated angles.

- 1) *The relationship between the over-national and national levels of policy-making.* The Directive may be seen as part of an over-national juridification process, where the EU system plays an important political role in the development of welfare services at the national level within the EU/EEA area. It is, for example, reasonable to interpret the Directive as part of an over-national strategy to create a common European health market. How has this affected Norwegian law in the field of special health care?
- 2) *Highlighting the relationship between consumer rights (the market) and social rights (the welfare state).* The paper focuses specifically on

how a trade-off between individual freedom and public needs and interests has been made in Norway. It examines if the Directive reinforces the importance of consumer rights at the expense of social rights. If so, what are the possible consequences for national priorities within the special health service?

It is, however, important to study the interrelation between the Directive and independent national political processes concerning distribution of health services. In Norway, the importance of patients' individual choice of hospitals and treatment (public and private) have been emphasised during the last years. Hence, the Directive may reinforce an ongoing national development towards a «marketization» of the Norwegian health sector.

Introduksjon

Rett til helsehjelp innenfor EU er regulert gjennom et komplisert nett av lover og reguleringer både på nasjonalt og overnasjonalt nivå. Disse tjener en rekke formål. Et viktig problemområde berører forholdet mellom individuell frihet og offentlige interesser og hensyn. Spørsmål om grenseoverskridende helsetjenester er et godt eksempel på de utfordringene som ligger i å finne et balansepunkt mellom pasienters individuelle valgfrihet og deres mer kollektivt funderte sosiale rettigheter (jf. Hermans, 1997, s. 11). På helseområdet finner vi også en underliggende spenning mellom subsidiaritetsprinsippet i EU som berører medlemsstatenes ansvarsområde, på den ene siden og overnasjonale prinsipper som angår hensynet til EUs interne marked og kravet om fri bevegelse av personer og tjenester mellom landegrensene, på den andre. Pasientrettighetsdirektivet (EU, 2011) påvirker i stor grad både forholdet mellom individet og offentlige myndigheter og mellom EUs og medlemsstatenes ansvarsområde.

Dette kapitlet retter søkelyset mot innholdet i pasientrettighetsdirektivet og hvordan det er implementert i Norge. Norge er ikke medlem av EU, men som en følge av EØS-avtalen gjelder pasientrettighetsdirektivet også for Norge. I henhold til EØS-loven § 2 skal «bestemmelser i lov som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser etter avtalen, (...) i tilfelle konflikt gå foran andre bestemmelser som regulerer samme forhold»¹. EØS-komiteen vedtok å innlemme pasientrettighetsdirektivet i EØS avtalen (generelle tjenester) 9. juli 2014 (beslutning nr. 153/2014). På forhånd hadde Stortinget gjort nødvendige endringer i rett til helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» (iverksatt 1. november 2015).²

Jeg er særlig opptatt av direktivets eventuelle betydning for prioritering av helsetjenester.³ Da direktivet ble integrert i norsk lov så seint som i 2015, er det ikke mulig å si noe særlig om dets empiriske virkninger, for eksempel hvem som benytter seg av denne typen rettigheter. Spørsmål om prioritering blir først og fremst diskutert i lys av pasientrettighetsdirektivets institusjonelle (rettslige og organisatoriske) virkninger. Jeg vil også se nærmere på de politiske skillelinjene ved innføringen av direktivet og på forholdet mellom de overnasjonale rettighetene og norsk helsepolitikk.⁴

1 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-11-27-109>

2 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

3 Prioritering innebærer en forskjellsbehandling av ulike pasienter/pasientgrupper med utgangspunkt i bestemte kriterier. Noen pasienter får rett til helsehjelp, og andre får det ikke (inkludering/ekskludering), eller noen pasienter får helsehjelp før andre pasienter (rangering).

4 Rett til refusjon av helsetjenester utenfor spesialisthelsetjenesten (ikke-sykehus tjenester) har eksistert siden januar 2011 i Norge. Dette gjelder blant annet behandling og undersøkelse hos lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor og tannlege (samt visse legemidler og medisinsk utstyr) i den grad slike tjenester tilbys og dekkes av det offentlige (i tilhørighetslandet).

Pasientrettighetsdirektivet

I juli 2008 presenterte EU-kommisjonen et direktivutkast om *Patient's rights in cross-border healthcare* i forbindelse med «den fornyede sosiale agenda» i unionen (jf. SEC 2008 2157).⁵ Medlemsstatene hadde tradisjonelt betraktet helsepolitiske reformer som noe som hadde vært, og fortsatt burde være, et nasjonalt anliggende (Hermans, 1997, s. 11). Et tidligere forsøk fra EU-kommisjonen på å kodifisere domstolsbeslutninger angående pasientmobilitet fra EU-domstolen i det såkalte tjenstedirektivet i 2004 hadde blitt avvist både av Rådet og EU-parlamentet. For å redde dette direktivet måtte slike forslag trekkes tilbake (Sauter, 2009, s. 109).

Etter mye debatt og en rekke tillegg (se Sauter, 2011, s. 4) ble «The directive on patients' rights in cross-border healthcare» (EU, 2011) vedtatt av EU-systemet (Rådet og Parlamentet) 9. mars 2011. Direktivet er i hovedsak en samling og systematisering av EU-domstolens beslutninger angående grenseoverskridende behandling i helsesektoren. I hovedsak har domstolens avgjørelser sitt fundament i TFEU artikkel 48 (free movement of persons), artikkel 56 (freedom to provide services) og artikkel 114 (on the establishment and the mode of operation in the internal market). I tillegg er retten til grenseoverskridende helsetjenester regulert i Regulation 1408/71 og Regulation 883/2004 (Sauter, 2011, s. 10–12). Pasientrettighetsdirektivet utvidet retten til grenseoverskridende helsetjenester til også å omfatte planlagt sykehusbehandling, forstått som behandling med minst én overnatting på behandlingsinstitusjon.

Pasienters rett til grenseoverskridende helsetjenester

Pasientrettighetsdirektivet (EU, 2011) er inndelt i fem kapitler:

5 <http://www.ipex.eu/IPEXL-WEB/dossier/document/SEC20082157FIN.do>

- 1 General provisions (article 1–3)
- 2 Responsibilities of member states with regard to cross-border health care (article 4–6)
- 3 Reimbursement of cross-border health care (article 7–9)
- 4 Cooperation in health care (article 10–15)
- 5 Implementing and final provisions (article 16–21)

Kapittel 1 presenterer primært den rettslige konteksten for direktivet og en del definisjoner som blant annet «member state of affiliation» (landet pasienten har rett til refusjon fra: heretter tilhørighetsland) og «member state of treatment» (landet der helsetjenestene utføres: heretter behandlingsland). Her står det også at:

«This Directive provides rules for facilitating the access to safe and high-quality cross-border healthcare and promotes cooperation on healthcare between member states, in full respect of national competencies in organizing and delivering healthcare.»

Direktivet anerkjenner at medlemsstatene har rett til å organisere og produsere helsetjenester i henhold til egen nasjonale politikk. Samtidig er hensikten med direktivet å skape regler som begrenser medlemsstatenes handlingsfrihet gjennom harmonisering og etablering av et europeisk helsemarked (Eilertsen, 2012, s. 5).

I kapittel 2 slås det fast at medlemsstatene skal utpeke ett eller flere nasjonale kontaktpunkter for grenseoverskridende helsetjenester og formidle navn og kontaktdetaljer til Kommissjonen. Slik informasjon skal gjøres offentlig tilgjengelig på EU- og nasjonalt nivå. En viktig funksjon med de nasjonale kontaktpunktene er å skape informerte helsekonsumenter innenfor et europeisk helsemarked (Frich, 2001).

Tilhørighetslandet har en plikt til å sikre at kostnadene for grenseoverskridende helsetjenester er refundert i henhold til de relevante reglene i direktivet, og å sikre at det er etablert ordninger som, på forespørsel, gir pasienter tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter til slike helsetjenester (herunder klageordninger).

Det er også klart at direktivet ikke gir grunnlag for å diskriminere mellom private og offentlige helsetjenestetilbydere.

Kapittel 3 omhandler en av de sentrale ideene ved direktivet – refusjonsordningen:

«Without prejudice to Regulation (EC) No 883/2004 and subject to the provisions of Articles 8 and 9, the Member State of affiliation shall ensure the costs incurred by an insured person who receives cross-border healthcare is reimbursed, if the healthcare in question is among the benefits to which the insured person is entitled in the Member State of affiliation» (artikkel 7, punkt 8 og 9).

Retten til refusjon avhenger av om personen har rett til tilsvarende helsetjenester i det landet som skal betale for slike tjenester, det vil si *at tjenestene også er tilgjengelige i tilhørighetslandet*. Han eller hun har altså ikke rett til refusjon av utgifter til behandling i utlandet som ikke tilbys i hjemlandet. Det er også viktig å merke seg at plikten til å refundere behandlingsutgifter er *begrenset til kostnadene ved tilsvarende behandling i tilhørighetslandet*. Dette betyr at dersom kostnadene ved en behandling er større i behandlingslandet enn de tilsvarende tjeneste i tilhørighetslandet, har pasienten ikke krav på full refusjon av behandling-utgiftene. Tilhørighetslandet har heller ingen plikt til å dekke andre utgifter enn det den aktuelle tjenesten koster, for eksempel reise- og boutgifter i forbindelse med behandlingen. Pasienter har også rett til refusjon hvis behandlingen i tilhørighetslandet ikke kan utføres innen en tidsperiode som kan anses som medisinsk forsvarlig.

Som vi seinere skal se, har et viktig punkt i den norske debatten vært knyttet til spørsmål om *forhåndsgodkjenning av refusjon* for grenseoverskridende helsetjenester. Dette vil si at myndighetene, ut fra nasjonale hensyn, kan stille krav om forhåndsgodkjenning til alle pasienter som en betingelse for at de kan få refusert

utgiftene etter behandling. Direktivet åpner helt klart opp for denne muligheten under gitte betingelser:

«The Member State of affiliation may limit the application of the rules on reimbursement for cross-border healthcare based on overriding reasons of general interest, such as planning requirements relating to the aim of ensuring sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality treatment in the Member State concerned or to the wish to control costs and avoid, as far as possible, any waste of financial, technical and human resources» (kapittel 3, artikkel 7, punkt 8 og 9).

I kapittel 3 artikkel 8 heter det blant annet at forhåndsgodkjenning kan kreves hvis det dreier seg om «treatments presenting a particular risk for the patient or the population» (punkt 2b).

Forhåndsgodkjenning innebærer altså at nasjonale hensyn, i visse situasjoner, kan overtrumfe retten til grenseoverskridende helsetjenester. Reglene om forhåndsgodkjenning er å betrakte som unntaksbestemmelser, det vil si at medlemslandene ikke kan innføre et slikt krav som en generell regel. Dersom det oppstår uenigheter på dette området, er det til syvende og sist opp til EU-domstolen å bestemme lovligheten av et slikt krav.

Tidsfrist for medlemslandene til å iverksette direktivet ble opprinnelig satt til 25. oktober 2013, men for en del land har det tatt lengre tid.

Det norske helsevesenet

Helsesystemet i Norge er i hovedsak en del av den norske velferdsstaten; det vil si at det i liten grad bygger på et forsikringsprinsipp der den enkelte borgeren selv eller sammen med arbeidsgivere har hovedansvaret for sin egen og familiens tilgang på helsetjenester. Selv om det også finnes et privat helsemarked, har staten et stort ansvar for finansieringen og produksjonen av slike tjenester. Mer enn 95 prosent av de totale kostnadene til helsevesenet dekkes

av offentlige myndigheter (statlige, fylkeskommunale eller kommunale) eller av folketrygden, resten dekkes av pasientene direkte. Folketrygden omfatter alle gjennom obligatorisk medlemskap og er finansiert via en øremerket del av skatteinngangen (Sæter & Heimly, 1996, s. 7).

Organiseringen av det norske helsevesenet er bygd rundt prinsippet om at alle skal ha samme tilgang til helsetjenestene, uansett sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Det er en uttalt helsepolitisk målsetting at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat.⁶

Statens rolle er å fastsette den nasjonale helsepolitikken, utforme og forvalte helselovgivningen og styre finansieringen. De fire regionale helseforetakene (RHF) og kommunene har ansvaret for selve tjenesteytingen: helseforetakene for *spesialisthelsetjenestene* og kommunene for *primærhelsetjenestene*. På nasjonalt nivå er Stortinget lovgiver og det overordnede politiske beslutningsorganet, mens det overordnede forvaltnings- og fagansvaret for helsesektoren ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet.

Selv om helsesystemet primært er bygd opp ut fra ideen om kollektiv forpliktelse, det vil si statens plikt til å stille bestemte institusjonelle og personellmessige ressurser til rådighet overfor borgerne, har vi de siste 15–20 årene også fått et sterkere innslag av individuelle pasientrettigheter på dette feltet. Disse kommer særlig til uttrykk i lov om pasient- og brukerrettigheter fra 1999. Her spiller også spørsmål om tilgang til og prioritering av spesialisthelsetjenester en viktig rolle.

6 Spilker, R.S. (s.a.). *Introduksjon til det norske helsevesenet*. Nedlastet fra http://mighhealth.net/no/index.php/Introduksjon_til_det_norske_helsevesenet

Rett til nødvendig helsehjelp

*Pasient- og brukerrettighetsloven*⁷ og *prioriteringsforskriften*⁸ utgjør det rettslige grunnlaget for prioritering av pasienter i Norge. Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (§ 1-1). Videre skal lov og forskrift bidra til at de pasientene som trenger det mest, raskest mulig skal få tilgang til helsehjelp.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Lovgivningen har som formål å styrke pasienters rettigheter i møte med spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsforskriften ble først introdusert i år 2000 og har siden vært gjenstand for flere revideringer. Paragraf 2 omhandler «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» og innebærer at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp dersom a) pasienten har forventet nytte av helsehjelpen og b) de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Vilårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom en medisinsk vurdering av behov, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken).

Det norske helsevesenet bygger altså på et likebehandlingsprinsipp der sosioøkonomiske eller geografiske faktorer ikke skal spille noen rolle ved fordelingen av helsetjenestene. I de siste årene har også rettigheter knyttet til individuell valgfrihet for pasienter fått en mer sentral stilling i lovgivningen.

7 Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Nedlastet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

8 Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av spesialisthelsetjenester (prioriteringsforskriften). Nedlastet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>

Fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven etablerte i 2001 en rett til fritt sykehusvalg for den norske befolkningen (§2-4). Med dette fikk pasienter rett til å velge det sykehuset de selv måtte ønske å bli vurdert av, eller motta behandling fra, både innenfor somatikk og psykiatri. Ordningen gjaldt alle offentlige og private helseaktører i spesialisthelsetjenesten, men den forutsatte at det var inngått avtale mellom regionale helseforetak og de aktuelle private utøverne.

Den nye Høyre-Frp-regjeringen, som tiltrådte 16. oktober 2013, utvidet i 2015 denne ordningen med en rett til fritt behandlingsvalg. I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd heter det nå:

«Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-1 b andre ledd, kan velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasienten kan bare velge privat virksomhet som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.»⁹

Retten til fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg ble slått sammen til en felles ordning (ny § 2-4). Regjeringen la vekt på at pasienter med rett til helsehjelp selv skal kunne velge hvor de vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentlige regning. Private som tilfredsstillt kravene, kan i definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris (Prop. 56 L (2014–2015: 6)). Det stilles ikke lenger krav om at private tilbydere må ha en avtale med et regionalt helseforetak, slik det ble gjort ved fritt sykehusvalg, bare at de er godkjent av helsemyndighetene ut fra gjeldende forskrifter. Når private leverandører er godkjent, kan de levere tjenester som er omfattet av ordningen, til pasienter til

9 Pasient- og brukerrettighetsloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

den prisen som er fastsatt av staten (Prop. 56 L (2014–2015)). Det betyr at de regionale helseforetakene kan kjøpe mer fra private gjennom anbud. Det ble argumentert for at reformen ville mobilisere ledig kapasitet, uansett om den var å finne i private eller offentlige sykehus, og dermed føre til økt konkurranse både mellom offentlige sykehus og spesielt mellom offentlige og private tjenesteleverandører. Økt valgfrihet for pasientene skulle også føre til en effektivisering innad i spesialisthelsetjenesten og følgelig til en redusering av helsekøen. Fritt behandlingsvalg tar i prinsippet sikte på å *utvide handlingsrommet for private markedsbaserte helseaktører* i konkurranse med den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Stortingsbehandlingen viste at det hersket uenighet mellom partiene om denne reformen. Skillelinjene gikk i hovedsak mellom regjeringen (Høyre og Fremskrittspartiet samt deres støtteparti Venstre og Kristelig Folkeparti) og partiene fra den gamle rødgrønne regjeringen (Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti), men på enkeltområder gikk skillelinjen mellom ulike partikonstellasjoner (Innst. 224 L (2014–2015)). Sp og SV mente for eksempel at ordningen kunne føre til en sterk privatisering og en svekkelse av det offentlige helsevesenet (Innst. 224 L (2014–2015), s. 23). De rødgrønne partiene stilte seg tvilende til den angivelige dynamikken fritt behandlingsvalg skulle skape i form av økt behandlingsskapasitet i offentlig sektor (Innst. 224 L (2014–2015), s. 34). Helsepolitisk talsmann i Ap, Torgeir Micaelsen, uttalte til Dagsavisen (10. november 2016)¹⁰ i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet: «Vi går imot hele regjeringens forslag og bevilgning til fritt behandlingsvalg.» Partiet mener ifølge Micaelsen at ordningen er byråkratisk og har gitt «merverdi til svært få pasienter».

10 <http://www.dagsavisen.no/innenriks/skroter-fritt-behandlingsvalg-1.803175>

En annen rettslig endring som er verdt å merke seg, er opphevelsen av skillet mellom behovspasienter og rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten. For å ha rett til spesialisthelsetjenester kreves det at helsehjelpen er nødvendig og oppfyller kravene angitt i prioriteringsforskriften. *Nødvendig helsehjelp* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd er en rettslig standard som viser til en helsefaglig vurdering av om det er behov for den aktuelle helsetjenesten. I tillegg skal det foretas en vurdering etter prioriteringsforskriften § 2 av om pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og om de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Den 10. november 2015 ble det foretatt en endring i prioriteringsforskriften (nr. 399) som presiserer at ved vurdert behov for spesialisthelsetjeneste har pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.¹¹ Den som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal enten få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke. Før endringen var det slik at det først ble foretatt en vurdering av om det forelå behov for helsehjelp, og deretter om behovet var av en slik grad og art at det oppfylte de juridiske vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 2-1b). I henhold til regelverket skilte man mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter (behovspasienter), det vil si de som dekkes av eller ikke dekkes av retten til nødvendig helsehjelp. Endringen medførte at antallet rettighetspasienter økte, og utvidet dermed gruppen av pasienter som kan benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg. Samtidig skal det også innen denne utvidede gruppen prioriteres i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b ut fra alvorlighets- og hastegrad.

11 <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-10-29-1229>

Pasientrettighetsdirektivets implementering

Som medlem av EØS var det klart at Norge måtte innføre direktivet på samme måte som andre EU-land. Jeg vil her rette oppmerksomheten mot implementeringen av direktivet i norsk lovgivning og den politiske diskusjonen rundt dette. Hvordan ble direktivet fulgt opp, hvilke politiske diskusjoner har vært viktige, og hvilke rettslige og institusjonelle endringer har implementeringen medført? Det er også viktig å se iverksettingen av direktivet i sammenheng med nasjonale endringsprosesser på helsefeltet, som innføringen av fritt behandlingsvalg.

Stoltenberg-regjeringen (Ap, SV, Sp) 2005–2009 og 2009–2013

Etter at EU-kommisjonen la frem et utkast til direktiv i juli 2008, sendte den norske regjeringen forslaget til høring til en rekke aktører i helsesektoren. Mange av disse var positive til en overnasjonal regulering av grenseoverskridende helsetjenester, men mange var også skeptiske til hvordan dette ville påvirke den nasjonale prioriteringen av helsetjenester og en mulig markedsbasert utvikling av det norske helsevesenet (Eilertsen, 2012, s. 7).

Direktivet var som vi har sett, basert på EU-domstolens rettspraksis angående grenseoverskridende helsetjenester, som også var nedfelt i EU-reguleringer (f.eks. regulering 883/2004). Slike reguleringer var allerede implementert i den norske lovgivningen. Det nye var en utvidelse av disse rettighetene til også å gjelde sykehusbehandling. I Prop. 118 L (2012–2013) foreslo regjeringen Stoltenberg å utvide refusjonsordningen i pasient- og brukerrettighetsloven til også å gjelde sykehusbehandling, noe Stortinget sluttet seg til. Det ble også bestemt at pasienter skulle motta spesifiserte regninger som skulle vise hvilke tjenester som var gitt til hvilken pris, både i henhold til spesialisthelsetjenesteloven (§ 5-3) og kommunehelsetjenesteloven (§ 11-2).

Samtidig ble en lovbestemmelse om forhåndsgodkjenning innlemmet i folketrygdloven § 5-24a.¹² Spørsmål om krav om forhåndsgodkjenning ble et sentralt punkt for regjeringen. Som vi har sett, åpnet direktivet opp for at medlemslandene, under gitte betingelser, kan kreve at pasientene må ha en forhåndsgodkjenning av myndighetene for å få refundert utgiftene til behandling i andre EU- og EØS-land. Etter EU-domstolens praksis hadde forhåndsgodkjenning vært godkjent som restriksjon i den frie flyten av tjenester under visse betingelser spesifisert i direktivets kapittel III. I tillegg til i bestemte økonomiske situasjoner kunne det også kreves forhåndsgodkjenning for helsehjelp som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkning, eller der det er alvorlig og konkret bekymring knyttet til helsetjenestenes sikkerhet og kvalitet.

Regjeringen gikk også inn for at det bare var de pasientene som ikke hadde fått oppfylt sine rettigheter innen en bestemt (medisinsk forsvarlig) frist (fristbrudd), som kunne søke Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) om forhåndsgodkjenning for behandling i utlandet (som altså skulle være en forutsetning for å få refundert utgiftene til behandling i ettertid). Helfo, som er en etat under Helsedirektoratet, var utpekt som nasjonalt kontaktpunkt for grenseoverskridende helsetjenester i Norge.

«Det følger av sistnevnte bestemmelse (§ 2-1b i pasient- og brukerrettighetsloven, *forfatters tilføyelse*) at dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunkt som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket» (Prop. 118 L (2012–2013), s. 41).

12 Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Nedlastet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#§5-14

Etter høringsrunden i 2008 utarbeidet regjeringen et «posisjonsskriv» som ble overlevert til det svenske formannskapet i EU sommeren 2009 (Eilertsen, 2012). Man tok utgangspunkt i resultatet etter den første behandlingen i EU-parlamentet (april 2009) og fremhevet seks problemstillinger som blant annet omfattet spørsmålet om forhåndsgodkjenning og krav om å lage systemer for direkteoverføring av betaling fra trygden til helsetjenestetilbydere i andre land. Et sentralt punkt var at Norge mente at direktivet burde begrenses til helsetjenestetilbydere som har avtale med det offentlige, eller som har avtale med det offentlige trygdesystemet, så langt det er mulig innenfor regelverket om fri bevegelse av tjenester (Eilertsen, 2012, s. 22). Regjeringen argumenterte med at refusjoner for behandling hos private tilbydere ville gå på bekostning av mulighetene for nasjonale prioriteringer i helsevesenet. Private aktører kunne konsentrere seg om helsetjenester som er lavt prioritert i det offentlige helsevesenet. Slike argumenter ble avvist av EU, som gjorde det klart at det *ikke kan skilles mellom offentlige og private tilbydere*, men at de skal likebehandles med hensyn til finansiering fra offentlige budsjetter (Eilertsen, 2012, s. 23). Det betyr at så lenge helsetjenesten innfrir nødvendige krav til kvalitet og sikkerhet, må nasjonale myndigheter behandle alle tilbydere likt.

Regjeringen Solberg (H, Frp) 2013–2017 og 2017–d.d.

Den nye konservative regjeringen (oktober 2013) var langt mer positiv til pasientrettighetsdirektivet enn sin forgjenger. Stoltenberg-regjeringen forsøkte å bevare nasjonal kontroll med helsevesenet ved hjelp av den muligheten for krav om forhåndsgodkjenning som direktivet åpnet for. EFTA-landenes overvåkningsorgan ESA var imidlertid kritisk til å stille et generelt krav

om forhåndsgodkjenning i den norske lovgivningen.¹³ Krav om forhåndsgodkjenning kunne aksepteres under bestemte betingelser, men ikke som et generelt prinsipp. På denne bakgrunnen fjernet den nye regjeringen kravet om forhåndsgodkjenning. Et slikt krav ble betraktet som en innskrenkning av pasientenes valgfrihet og som ressurskrevende og vanskelig å håndheve (Prop. S (2013–2014), s. 5). Dessuten viste erfaringer fra Sverige at få vil benytte seg av retten til grenseoverskridende behandling. Regjeringen gikk også imot Stoltenberg-regjeringens forslag om å begrense retten til grenseoverskridende behandling til «fristbruddspasienter». Ordningen skulle gjelde alle pasienter som hadde fått innvilget rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av gitte tidsfrister (Prop. S (2013–2014), s. 5).

I stedet for krav om forhåndsgodkjenning fikk borgerne rett til en forhåndsvurdering av muligheten for å få dekket konkrete helsetjenester i utlandet dersom man ønsket det. Et forhåndstilsagn gjør det mulig for pasienten å forutberegne hvilke utgifter han eller hun kan få dekket ut fra direktivet. Det er usikkerhet knyttet til hvorvidt Kommisjonen eller EU-domstolen kan prøve hvilke rettigheter og rettsvirkninger en slik frivillig ordning gir (Knudsrød, 2015, s. 85). Det var også knyttet en del usikkerhet til hvordan man skulle beregne utgiftene til helsetjenester i Norge, og dermed hva som skulle legges til grunn for refusjon av utgifter i andre land. Her valgte man å bygge på det eksisterende prisfastsettingssystemet for beregning av stønad – DRG (diagnoserelaterte grupper).¹⁴

Regjeringen fremmet den 12. september 2014 Prop. 135 S (2013–2014), *Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om*

13 Brev fra ESA datert 14. mai 2014 til Helse- og omsorgsdepartementet angående «the criteria for access to in-patient treatment in other EEA States». Se: <http://www.eftasurv.int/media/public-documents/692126.pdf>

14 DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. DRG gir dermed et grunnlag for å beregne kostnader av ulike typer behandling.

innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, for Stortinget. På bakgrunn av denne proposisjonen har Stortinget samtykket til innlemmelse av pasientrettighetsdirektivet i EØS-avtalen. Den formelle lovreguleringen av refusjonsordningen er plassert i folketrygdloven kapittel 5 om Stønad ved helsetjenester, § 5-24 a¹⁵: «Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift.» Bestemmelsen gir ikke rett på stønad, men hjemmel for departementet til å gi regler om stønad (Knudsrød, 2015, s. 18).

Politiske skillelinjer

Inkluderingen av pasientrettighetsdirektivet i norsk lov har vært politisk kontroversielt. Selv om mange aktører har støttet hovedlinjene i direktivet, har en del instanser og organisasjoner også uttrykt bekymring for utviklingen av det norske helsevesenet i en markedsliberal retning og at man dermed ville miste politisk kontroll med helsetjenestene (jf. Prop 118 L (2012–2013); Prop. 56 L (2014–2015)). Landsorganisasjonen (LO) uttalte for eksempel i sitt høringsinnlegg 29. september 2014 at regjeringens forslag må ses som et videre steg i en markedsretting og privatisering av det norske helsesystemet. I det lange løp mente LO at dette vil føre til økte ulikheter i fordelingen av helsetjenester, der ressurssterke personer vil komme best ut.

På Stortinget finner vi de sterkeste motforestillingene i de EU-skeptiske partiene Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Et av stridsspørsmålene var kravet om forhåndsgodkjenning som regjeringen hadde fjernet. Kravet om forhåndsgodkjenning ble,

15 Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Nedlastet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#§5-14

som vi har sett, først og fremst knyttet til behovet for kontroll over ressursene i helsesektoren på nasjonalt nivå. Dette var nok en viktig årsak til at Ap, KrF og V ba regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med en plan for å implementere pasientrettighetsdirektivet, slik det ble beskrevet i Prop. 118 L (2012–2013), som den gang stilte krav om forhåndsgodkjenning (Innst. 99 S (2014–2015), s. 8). SV og Sp understreket også at en ordning med en statlig forhåndsgodkjenning ville vært avgjørende for å sikre at den pasienten som først trenger hjelp, får det mens det enda er tilgjengelige budsjetter (op.cit.:7). Disse partiene ba på sin side regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med et forslag som innebar en avvisning av hele pasientrettighetsdirektivet (Innst. 99 S (2014–2015), s. 9).

Et av de sentrale spørsmålene i implementeringen av direktivet dreide seg om i hvilken grad direktivet impliserte en endring av den norske helsetjenesten i en mer markedsorientert retning. Komitemedlemmene fra Sp og SV mente at regjeringens forslag til metode for innarbeidelse av pasientrettighetsdirektivet ville innebære at helse i enda større grad skulle behandles som om det var en vanlig vare i et vanlig marked. De advarte mot en slik utvikling, fordi de mente dette bereder grunnen for å undergrave grunnleggende helserettferdighet.

Som vi har sett, opphevet regjeringen skillet mellom behovs- og rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten og innførte en rett til fritt behandlingsvalg for alle pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og pasientrettighetsdirektivet ble også tatt opp av opposisjonen i Stortinget. Medlemmene fra Ap, KrF, Sp og SV bemerket at:

«Måten regjeringen foreslår å implementere Pasientrettighetsdirektivet på, vil gi en åpning for finansiering av sykehus i EØS-området og dermed en innføring av reformen Fritt behandlingsvalg gjennom EØS-avtalen, uten tilstrekkelig høring og stortingsbehandling i forkant» (Innst. 99 S (2014–2015), s. 4).

Sps medlem fremhevet at mens det var stor debatt om innføring av fritt behandlingsvalg i Norge, var det taust om betydningen av pasientrettighetsdirektivet og fritt behandlingsvalg for EU- og EØS-borgere.

I mars 2017 behandlet Stortinget et representantforslag fra Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen, begge Senterpartiet, om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotika-resistens (Dokument 8:2 S (2016–2017)). Forslagsstillerne mente at det ikke bør gis refusjon for helsebehandling i utlandet, så lenge behandling kan tilbys i Norge innen fristen på forsvarlig vis (Dokument 8:2 S (2016–2017), s. 3). Man henviste blant annet til Folkehelseinstituttets høringsbrev i forbindelse med utarbeidelsen av Prop. 135 S (2013–2014):

«Hensynet til pasientsikkerhet ved medisinsk behandling ved sykehus i utlandet, og til befolkningens vern mot smittsomme sykdommer, er tungtveiende grunner til å ha krav om forhåndsgodkjenning av refusjon av utgifter til sykehusbehandling utenfor Norge» (Dokument 8:2 S (2016–2017), s. 3).

Det ble ikke gitt noen konkret henvisning til unntaksbestemmelsene om forhåndsgodkjenning i direktivet, men det er nærliggende å knytte dette kravet til spørsmål om særlig risiko for pasienter og befolkning ved grenseoverskridende behandling.

På denne bakgrunnen foreslo representantene blant annet:

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet (jf. Pasientrettighetsdirektivt)» (Dokument 8:2 S (2016–2017), s. 4).

Stortingsflertallet ga sin tilslutning til dette forslaget 01. mars 2017.

Regjeringen har imidlertid per medio desember 2017 ikke fulgt opp dette stortingsvedtaket.

ESAs rolle i iverksettingen av direktivet

Den europeiske overvåkningsmyndigheten ESA har, som vi har sett, uttalt seg kritisk om et generelt krav om forhåndsgodkjenning i den norske lovgivningen. Kritikken av måten Norge har iverksatt pasientrettighetsdirektivet på, går imidlertid også på en rekke andre forhold, og ESA har truet med å bringe Norge inn for EFTA-domstolen for brudd på flere av EØS-rettinghetene dersom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ikke foretar endringer i regelverket.¹⁶ I flere brev til departementet har ESA lagt frem sin kritikk (mai 2014 og februar 2016 med tilsvaer fra HOD i august og oktober 2015 og mai 2016). Vi skal ikke gå nærmere inn i denne kommunikasjonen, men bare gjengi ESAs hovedinnvendinger mot iverksettingen av pasientrettighetsdirektivet.

- Vurderingen av medisinsk «nødvendighet» sikrer ikke i tilstrekkelig grad at det som er anerkjent i internasjonal medisin, tas hensyn til når effekten av en viss medisinsk behandling vurderes.
- Selv når fristen løper ut for hva som er en medisinsk forsvarlig ventetid på behandling, forbyr regler i prioriteringsforskriften norske pasienter å vende seg direkte til sykehus i et annet EØS-land.
- Det foretas ikke en tilstrekkelig individuell vurdering av spørsmålet om det finnes tilgjengelig behandling i Norge som er like effektiv som den pasienten kan få i utlandet innen en medisinsk forsvarlig frist, når det søkes om refusjon/forhåndstillatelse til sykehusbehandling i andre EØS-land. De norske reglene legger heller opp til en vurdering av hvorvidt det

¹⁶ Dagens Medisin (20. september 2017). ESA vurderer rettslige skritt mot Norge. Artikkel av journalist Lasse Moe: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/20/esa-vurderer-rettslige-skritt-mot-norge/>

er kompetansemangel i Norge, eller om det finnes et adekvat behandlingstilbud, i stedet for å vurdere om pasienten, i den enkelte saken, kan tilbys like effektiv behandling som i utlandet innen tidsfristen.

- De norske reglene er verken klare, presise eller tilgjengelige nok til å samsvare med kravene i gjeldende rettspraksis og i pasientrettighetsdirektivet i EØS.¹⁷

Samlet mener ESA at de norske rettsreglene ikke legger tilstrekkelig til rette for sykehusbehandling i andre EØS-land ut fra pasientrettighetsdirektivets krav. Gjennom den siste henvendelsen til HOD har ESA tatt det andre skrittet i en formell prosedyre om traktatbrudd mot Norge på dette området. I sitt svarbrev til ESA av mai 2016 konkluderer HOD på følgende måte:

«The Ministry is of the opinion that the presently applicable legislation is compatible with EEA law requirements under Article 36 EEA, the Patients' Rights Directive and Regulation No 883/2004.»¹⁸

I en kommentar til Dagens Medisin sier HOD likevel at de nå vil foreta en grundig gjennomgang av uttalelsen fra ESA før det tas stilling til hvordan saken skal håndteres videre.¹⁹ Slik foreligger saken per medio desember 2017.

17 Faktaark ESA om «Sykehusbehandling i andre EØS-land»: <http://www.eftasurv.int/media/press-releases/FACT-SHEET---NOR--Hospital-treatment-in-other-EEA-States.pdf>

18 Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til ESA 03. mai 2016 angående «Observations to the supplementary letter of formal notice to Norway concerning criteria for access to in-patient treatment in other EEA States». <http://www.eftasurv.int/media/esa-docs/physical/772442.pdf>

19 Dagens Medisin (20.september 2017). ESA vurderer rettslige skritt mot Norge. Artikkel av journalist Lasse Moe: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/20/esa-vurderer-rettslige-skrutt-mot-norge/>

Diskusjon

Pasientrettighetsdirektivet som uttrykk for overnasjonal rettsliggjøring

Internasjonale organisasjoner, som EU, spiller en stadig større rolle som lovgivere med stor innflytelse på politikktutforming og innholdet i nasjonale reguleringer (Aasen, Gloppen, Magnussen & Nilssen, 2014). Denne formen for rettsliggjøring ble også fremhevet i makt- og demokratiutredningens sluttrapport (NOU 2003: 19), der overnasjonale reguleringer ble sett på som en fare for demokratiet på nasjonalt nivå. Det er også en generell enighet blant forskere som har studert europeisk politikk og lovgivning, at EU-domstolen har vært en innflytelsesrik aktør i utviklingen av den Europeiske Unionen på flere felt (Hatland & Nilssen, 2009, s. 94). På mange områder har domstolen skapt nye rettigheter og plikter både for individer og for politiske institusjoner gjennom sin rettspraksis. Dette gjelder i økende grad også på det velferds-politiske området. Gjennom EØS-medlemskapet påvirker en slik utvikling også Norge.

Som vi har sett, er pasientrettighetsdirektivet basert på en samling og systematisering av EU-domstolens rettspraksis. Direktivet berører i stor grad forholdet mellom overnasjonal regulering og nasjonal politikktutforming og kan dermed ses ut fra et slikt rettsliggjøringsperspektiv. Selv om EU fremhevet at utforming og organisering av helsetjenester primært er et nasjonalt anliggende, er det klart at pasientrettighetsdirektivet innebærer en overnasjonal regulering på helsetjenesteområdet. Spenningen mellom de to nivåene kom klart til uttrykk gjennom at Kommisjonen måtte trekke forslaget til slike reguleringer ut av det generelle tjenestedirektivet i 2004.

Det synes å være stor enighet om at pasientrettighetsdirektivet primært er forankret i EUs prinsipp om fri flyt av personer

og tjenester og hensynet til EUs indre marked. Direktivet kan derfor ses som et ledd i utformingen av et *felles europeisk helsemarked*. Uavhengig av politisk tilhørighet synes dette også å være oppfatningen i Norge. Mens noen støtter en slik utvikling, uttrykker andre skepsis eller direkte motstand. Motstanderne har i særlig grad fremhevet at direktivet svekker mulighetene for nasjonal politisk styring av helsevesenet, og dermed skaper mindre rom for offentlig prioritering av helsetjenester. Motstanderne fremhever at forbudet mot å skille mellom offentlige og private tilbydere vil føre i retning av en *privatisering* på dette området. For tilhengere av økt konkurranse mellom det offentlige og private oppfattes dette i større grad som en positiv utvikling. Solberg-regjeringen tok gjennom innføring av rett til fritt behandlingsvalg direkte til orde for at private aktører på sykehusområdet skulle få en større rolle i det norske helsevesenet. Pasientrettighetsdirektivet kan i så måte ses som en utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg for personer som er vurdert til å ha rett til behandling, til også å inkludere helse-tjenester i utlandet.

Et stridspunkt som også omfatter forholdet mellom det nasjonale og overnasjonale, var spørsmålet om *forhåndsgodkjenning av grenseoverskridende helsetjenester*. Dette dreide seg om muligheten for at nasjonale hensyn, under visse betingelser, kunne veie tyngre enn den individuelle retten til behandling i utlandet, og hvorvidt et slikt krav kunne gjøres obligatorisk for alle rettighetspasienter. Stoltenberg-regjeringen gikk inn for forhåndsgodkjenning som et generelt krav, men dette forslaget ble fjernet av den etterfølgende konservative regjeringen. Solberg-regjeringen anså blant annet et slikt prinsipp som et hinder for fri flyt av tjenester mellom EU- og EØS-landene. Argumentene for forhåndsgodkjenning dreide seg i hovedsak om at dette ville styrke nasjonal kontroll over helsevesenet, og dermed også over prioritering av helsetjenester. I mars 2017 vedtok imidlertid Stortinget å be regjeringen komme med et

nytt forslag om å bringe et krav om forhåndsgodkjenning inn i lovgivningen. Dette ble nå primært tolket som et tiltak mot spredning av antibiotikaresistente bakterier fra utlandet til Norge, det vil si ut fra helsemessige risikovurderinger.

ESAs innvendinger mot flere sider av den rettslige iverksettingen av direktivet, og overvåkinsorganets trussel om å bringe Norge inn for EFTA-domstolen hvis det ikke foretas endringer, *tydeliggjør også den overnasjonale rettsliggjøringen på dette området*, selv om det foreløpig (desember 2017) ikke har medført konkrete endringer i det norske regelverket.

Velferdsstat versus marked

Helsesystemer i ulike land varierer mye når det gjelder hvilken rolle private og offentlige tilbydere er tildelt, noe som i stor grad også påvirker den enkelte borgers relasjon til helsetjenestene. For å belyse dette nærmere tar jeg utgangspunkt i to idealtypiske systemer for fordeling av ressurser i samfunnet: velferdsstat og marked.

Velferdsstatsmodellen fremhever vårt kollektive ansvar for de av våre medborgere som av ulike grunner ikke kan sørge for seg selv gjennom markedet. Velferdsstaten stiller ressurser til rådighet for å hjelpe bestemte grupper i ulike situasjoner. Det kan dreie seg om materielle ressurser eller ulike former for tjenester. Slike ressurser fordeles ikke som almisser eller veldedighet, men på grunnlag av den enkeltes status som medborger i et politisk fellesskap. Et universelt sosialt medborgerskap konstitueres gjennom et sett av sosiale rettigheter som innebærer en rettslig regulert tilgang på bestemte velferdsressurser som for eksempel helsetjenester (Magnussen & Nilssen, 2013; Aasen mfl., 2014; Magnussen & Nilssen, 2015). Sosiale rettigheter skal sikre alle borgere et nødvendig grunnlag til å kunne delta i samfunnet, individuelt og kollektivt, som medborgere heller enn forbrukere (Marshall, 1950).

Omfordeling av ressurser gjennom skattesystemet er ansett som et viktig middel for å sikre universell tilgang til grunnleggende materielle goder og tjenester. Sosiale rettigheter kan idealtypisk sies å være individuelle rettigheter med basis i et medborgerskap som er forankret på et kollektivt politisk nivå (Magnussen & Nilssen, 2013, s. 231). Prioritering av helsetjenester blir ut fra denne modellen et spørsmål om politiske valg.

Markedsmodellen er ikke direkte knyttet til et kollektivt politisk fellesskap, men til et bestemt økonomisk system (Nilssen, 1999). Resurser fordeles ut fra en markedslogikk der penger utgjør det sentrale formidlingsmediet (Habermas, 1994), det vil si ut fra forholdet mellom tilbud og etterspørsel med prisme-kanismen som regulerende faktor. Idealtypisk rettes oppmerksomheten mot tjenesten som produkt (vare). Fordelingene er ikke primært knyttet til kollektive vurderinger av behov eller rett, men til den enkeltes preferanser, det vil si hans eller hennes muligheter til å velge tjenester ut fra vurderinger av egne interesser, ønsker eller behov (Nilssen, 1999, s. 29). Konkurransen mellom tilbydere og valgfrihet for konsumentene utgjør sentrale elementer i modellen. Rettigheter er i denne sammenheng innrettet mot å sikre individets muligheter til å operere som markedsaktør (f.eks. kontraktsrett og forbrukerlov-givning). I motsetning til sosiale rettigheter gir denne typen tiltak ingen materielle rettigheter, det vil si rett til konkrete ytelser som for eksempel nødvendig helsehjelp. Prioritering av helsetjenester blir ut fra denne modellen et spørsmål om individuelle valg mellom konkrete tjenestetilbydere (tilbud og etterspørsel).

Det norske helsevesenet er i stor grad bygd på en velferdsstatsmodell der finansiering og utforming først og fremst skjer gjennom kollektive politiske prosesser. Universalitet og likebehandling er sentrale verdier. Prioritering av helsetjenester styres blant annet gjennom rettslige reguleringer i lov og forskrift. På denne bakgrunn kan vi si at det offentlige har relativt stor kontroll på dette

feltet. Velferdsstatsmodellen innebærer at de rettighetene og legitime forventningene den enkelte har til helsetjenester, er forankret i et universelt sosialt medborgerskap.

Pasientrettighetsdirektivet står nødvendigvis ikke i motsetning til denne modellen. Men det bringer i større grad inn elementer fra markedsmodellen i spesialisthelsetjenesten. For det første bygger direktivet på ideen om et felles europeisk helsemarked forankret i prinsippene om *fri flyt av personer og tjenester* i EU. For det andre står hensynet til *individets valgfrihet* på tvers av nasjonsgrenser sentralt. For det tredje ønsker man gjennom de nasjonale kontaktpunktene å bidra til å skape *informerte markedsaktører*. Og for det fjerde kan det enkelte medlemsland *ikke diskriminere mellom offentlige og private tilbydere*. Dette innebærer likevel ikke en rein markedsmodell. Selve grunnfundamentet i direktivet ligger i retten til å få refundert kostnadene for helsetjenester mottatt i et annet land innenfor EU- og EØS-området. Det betyr at det er det offentlige som, under gitte betingelser, må betale for slike tjenester. Prismekanismen er dermed, iallfall delvis, satt ut av spill i den enkelte pasients valg av helsetjenester. Vi kan si at direktivet til en viss grad impliserer en kollektiv finansiering av individuelle valg. At den enkelte ikke får dekket mer enn tilsvarende tjeneste koster i eget land, og at man ikke kan velge andre tjenester enn dem som tilbys i eget land, begrenser også omfanget av markedsmodellen. At pasientene må dekke reise- og bokostnader selv, og at de må legge ut for tjenestenes kostnader, kan også påvirke den enkeltes valg. Det kan for eksempel bety at det er *de mest ressurssterke* som vil benytte seg av de rettighetene direktivet gir. Krav til initiativ, informasjon og kommunikasjon i forbindelse med valg av helsetjenester i andre land kan også føre i den retning (jf. Jacobsen, Jensen & Aarseth, 1982).

De faktiske fordelingene av spesialisthelsetjenester kan dermed komme i et motsetningsforhold til formelle nasjonale

prioriteringsregler og hensynet til lik tilgang på helsetjenester (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1). De norske reglene om pasientskadeerstatning gjelder ikke for behandling i utlandet dersom det ikke er inngått en avtale mellom behandlingsstedet og norske myndigheter på forhånd.²⁰ Pasientskadeerstatning må søkes etter reglene i behandlingslandet. Pasienter med kjennskap til dette kan dermed i større grad enn andre vegre seg mot behandling i land med ordninger som anses som dårligere enn i Norge.

Vi har sett at det på nasjonalt nivå også har vært foretatt endringer i lovgivningen som i større grad åpner opp for en markedsmodell i det norske helsevesenet. Ved å oppheve skillet mellom behovs- og rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten har flere kommet inn under de rettighetene som er fastsatt i pasientrettighetsdirektivet, og innføringen av rett til fritt behandlingsvalg har åpnet for større individuell valgfrihet og en utvidet rolle for private aktører i Norge. Det er i denne forbindelse viktig å fremheve at pasientrettighetsdirektivet er begrenset til *behandling* i utlandet. Det omfatter ingen tilsvarende rett til valg av tjenesteyter for *utredning* som den nasjonale retten til fritt behandlingsvalg gjør (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd).

Solberg-regjeringens argumentasjon for fritt behandlingsvalg er forankret i markedsmodellen: *En sterkere konkurranse* mellom ulike tilbydere skal føre til *økt valgfrihet* for pasientene og et *mer effektivt helsevesen* (reduerte helsekøer). I dette ligger det *et større rom for private tjenesteytere* til å konkurrere med den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Samlet kan vi si at endringene i nasjonal og overnasjonal regulering av spesialisthelsetjenesten har brakt elementer fra markedsmodellen sterkere inn i det norske helsevesenet. En utvidelse av personkretsen med rett til fritt behandlingsvalg nasjonalt og i

20 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>

utlandet kan gjøre det vanskeligere å prioritere mellom pasienter innenfor gruppen, slik man for eksempel forsøkte ved å skille mellom behovs- og rettighetspasienter. Men mens man ut fra pasient- og brukerrettighetsloven kan prioritere innenfor den utvidede rettighetsgruppen ut fra alvorlighets- og hastegrad, kan dette ikke gjøres ved behandling i utlandet. Pasientrettighetsdirektivet gir alle rettighetspasienter den samme muligheten til å søke behandling i andre EU- eller EØS-land. En mulig konsekvens kan bli at *private tjenestetilbydere i større grad satser på de rettighetspasientene som ikke har høyest prioritet nasjonalt* (har lengre ventetid for behandling), på det offentliges bekostning. En strategi kan for eksempel være å etablere seg i et EU-naboland for på den måten å fange opp de rettighetspasientene som prioriteres lavest ut fra det norske regelverket, men som likevel dekkes av pasientrettighetsdirektivets regler. En måte å unngå dette på kan være å ta inn alvorlighetskravet i pasient- og brukerrettighetsloven som en betingelse for å få rett til helsehjelp og på den måten fjerne de minst prioriterte pasientene fra rettighetsgruppen.

Avslutning

I dette kapitlet har vi sett på pasientrettighetsdirektivets regulering av rett til sykehustjenester innenfor EU- og EØS-området og dets gjennomføring i Norge. Direktivet innebærer en sterkere overnasjonal påvirkning av nasjonale helsesystemer med utgangspunkt i EU-domstolens rettspraksis og en sterkere rett for EU-borgere til å søke helsehjelp i andre EU-land, finansiert av det offentlige i hjemlandet. Til tross for noe nasjonal motstand for eksempel når det gjelder krav om forhåndsgodkjenning, er direktivet som helhet innlemmet i norsk lov. I en prioriteringskontekst er det særlig to utviklingstrekk som er viktige: 1) Direktivet kan ses som et forsøk på å *etablere et europeisk helsemarked* forankret i EUs prinsipper

om fri flyt av tjenester og personer, der offentlige og private tjenestetilbydere skal behandles likt, og 2) på nasjonalt nivå går dette sammen med etableringen av en rett til fritt behandlingsvalg og en oppheving av skillet mellom behovs- og rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten. Disse utviklingstrekkene har ført til at markedstenkningen har fått en styrket posisjon i det norske offentlige helsevesenet, og det har utvidet handlingsrommet for private helseaktører på sykehusområdet, selv om velferdsstatsmodellen fortsatt er grunnleggende.

I hvilken grad en slik utvikling påvirker mulighetene for offentlig prioritering i helsesektoren, gjenstår å se. Foreløpig er det få som benytter seg av fritt behandlingsvalg nasjonalt. Samtidig har pasientrettighetsdirektivet ikke vært i kraft så lenge at vi kan si noe om hvor mange eller hvem som vil benytte seg av det. Men hvis mange etter hvert anvender grenseoverskridende helsetjenester, kan det få konsekvenser for det offentliges muligheter til å prioritere mellom ulike helsetjenester og -former. Opphevingen av skillet mellom behovs- og rettighetspasienter kan for eksempel bety at pasienter innenfor rettighetspasientgruppen som ikke har høyest prioritet i Norge, kan få hurtigere behandling i utlandet på statens regning.

Innstramning eller utvidelse av kravene til å få status som rettighetspasient i Norge vil også få konsekvenser for størrelsen på personkretsen med rett til grenseoverskridende spesialisthelsetjenester. Tap av rettigheter til pasientskadeerstatning kan begrense attraktiviteten til slik behandling.

Referanser

- Aasen, H.S., Gloppen, S., Magnussen, A-M., & Nilssen, E. (2014). Introduction. I H.S. Aasen, S. Gloppen, A-M. Magnussen & E. Nilssen (red.), *Juridification and social citizenship in the welfare state*. Cheltenham og Northampton, Massachusetts: Edward Elgar Publishing.

- Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til ESA 03.05.2016 angående «Observations to the supplementary letter of formal notice to Norway concerning criteria for access to in-patient treatment in other EEA States». <http://www.eftasurv.int/media/esa-docs/physical/772442.pdf>
- Brev fra ESA datert 14.5.2014 til Helse- og omsorgsdepartementet angående «the criteria for access to in-patient treatment in other EEA States». <http://www.eftasurv.int/media/public-documents/692126.pdf>
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-002s/>
- Eilertsen R. (2012). *EUs pasientrettighetsdirektiv. Mot et europeisk helsemarked*. De Facto-rapport 9:2012. Nedlastet fra <file:///Users/rubenperu/Downloads/EUs%20Helsedirektiv.pdf>
- ESA (s.a.) *Faktaark. Sykehusbehandling i andre EØS-land*. Nedlastet fra <http://www.eftasurv.int/media/press-releases/FACT-SHEET---NOR---Hospital-treatment-in-other-EEA-States.pdf>
- EU (2011). *Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients's rights in cross-border healthcare*. Nedlastet fra <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF>
- Frich, J.C. (2011). Mot et europeisk helsemarked? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(23), 2366–2368. Nedlastet fra <http://tidsskriftet.no/2011/11/kronikk/mot-et-europeisk-helsemarked>
- Habermas, J. (1994). Om den interne forbindelsen mellom rettsstat og demokrati. I E.O. Eriksen (red.), *Den politiske orden*. Bergen: Tano.
- Hatland, A., & Nilssen, E. (2009). Policymaking and application of law. Free movement of persons and the European Court of Justice. I R. Ervik, N. Kildal & E. Nilssen (red.), *The role of international organizations in social policy. Ideas, actors and impact*. Cheltenham og Northampton, Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Hermans, H. (1997). Patients' rights in the European Union. Cross-border care and the right to health care. *European Journal of Public Health*, 7(3 supplement), 11–17.
- Innst. 99 S (2014–2015). *Om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene*. Nedlastet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-099/>

- Innst. 224 L (2014–2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. Nedlastet fra <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillingar/Stortinget/2014-2015/inns-201415-224/>
- Jacobsen, K.D., Jensen, T.Ø., & Aarseth, T. (1982). Fordelingspolitikkenes forvaltning. *Sosiologi i dag*, 12(1), 29–49.
- Knudsrød, A.L. (2015). *Folketrygdlovens § 5-24. Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land*. Mastergradsoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet.
- Magnussen, A.-M., & Nilssen, E. (2015). Sosialt medborgerskap, autonomi og deltagelse. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(1). DOI: 10.18261/issn.2464-3076
- Magnussen, A.-M., & Nilssen, E. (2013). Juridification and the construction of social citizenship. *Journal of Law and Society*, 40(2). DOI: 10.1111/j.1467-6478.2013.00621.x
- Marshall, T.H. (1950). Citizenship and social class. I C. Pierson & F. Castles (red.), *The welfare state reader*. Cambridge: Polity Press.
- Moe, L. (2017). *ESA vurderer rettslige skritt mot Norge*. Nedlastet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/20/esa-vurderer-rettslige-skritt-mot-norge/>
- Nilssen, E. (1999). *Penger, makt og velferd. En studie av trygd og forsikring*. Sefos-rapport 1/1999. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- NOU 2003: 19. *Makt og demokrati. Sluttrapport fra makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Prestegård, S. (2016). *Skroter fritt behandlingsvalg*. Nedlastet fra <http://www.dagsavisen.no/innenriks/skroter-fritt-behandlingsvalg-1.803175>
- Prop. 56 L (2014–2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 118 L (2012–2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 135 S (2013–2014). *Om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene*. Oslo: Utenriksdepartementet.

- Sauter, W. (2009). The proposed patients' rights directive and the reform of (cross-border) healthcare in the European Union. *Legal Issues of Economic Integration*, 36(2).
- Sauter, W. (2011). *Harmonisation in healthcare. The EU patients' rights directive*. Nedlastet fra https://www.tilburguniversity.edu/upload/dc8c9d2f-552c-4a4f-9228-467afea53330_harmonisation-healthcare.pdf
- Spilker, R.S. (s.a.). *Introduksjon til det norske helsevesenet*. Nedlastet fra http://mighealth.net/no/index.php/Introduksjon_til_det_norske_helsevesenet
- Sæter, T., & Heimly, V. (1996). *En kort beskrivelse av helsevesenet i Norge*. KITH-rapport 13/96. Nedlastet fra <http://www.kith.no/upload/2154/R13-96HelsevesenetNorge.pdf>
- SEC 2008 2157. Renewed social agenda. Opportunities, access and solidarity in 21st century Europe. Summary of the impact assessment. Brussel: Commission of the European Communities. <http://www.ipex.eu/IPEXL-WEB/dossier/document/SEC20082157FIN.do>

KAPITTEL 5

Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?

Morten Magelssen, forsker ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Abstract

Health professionals must participate in priority setting and take resources into account. Through priority setting, a patient might receive less than the optimal treatment. However, the health professional's primary allegiance is to the patient. How then can priority setting be reconciled with a sound professional ethics? This question is given a normative ethical analysis in this chapter, taking physicians as a case. After briefly recounting some studies of physician professional ethics, pointing out the ambivalence of many physicians towards participation in priority setting, I give a summary of Vegard Bruun Bratholm Wyller's critique of priority setting at the clinical level. I then develop two main lines of counter-arguments to the critique: First, that clinicians perform decisions involving priority setting daily, and that priority setting is therefore part and parcel of clinical practice; second, that there

are ways for clinicians to participate in priority setting without having to deliberate in ways that are alien to the traditional practical reasoning of health professionals. However, Wyller's critique also contains important insights. In particular, having to ration clearly beneficial care for the patient in front of you could run against important intuitions in professional ethics. Health professionals need support from guidelines, managers at all levels and politicians in the endeavour of fair priority setting at the clinical level.

Innledning

Helsepersonell må ta hensyn til ressurser og prioritere. Prioritering kan innebære at en pasient får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen. Samtidig forventes helsepersonell å sette pasientens interesser først. Strider kravet om prioritering mot helsepersonells profesjonsetikk?

Profesjoner, slik som helseprofesjonene, har noen felles kjennetegn (Christoffersen, 2005). Blant annet skal profesjonen fremme viktige fellesgoder i samfunnet; profesjonsutøverne har stort handlingsrom der faglig og etisk skjønn må utøves; profesjonen definerer og håndhever selv faglige og etiske regler for yrket; og, ikke minst, profesjonens virksomhet skal ikke være for profesjonsutøverens egen vinning, men for pasientens eller klientens beste.

I lys av samfunnets behov for rettferdig prioritering av helseressurser kan man da spørre hvordan helsepersonell kan prioritere mellom pasienters behov uten å gå på akkord med profesjonens egen etikk? Hvordan kan en lege nedprioritere pasienten hun har foran seg – og dermed handle på en måte som ikke er til denne pasientens beste – til fordel for andre pasienter?

I kapitlet gis en normativ etisk analyse av spørsmålet om hvorvidt det er moralsk akseptabelt at helsepersonell prioriterer.¹ Selv om alt helsepersonell må ta prioriteringsbeslutninger, brukes gjennomgående legene som eksempel. Prioritering defineres ofte som å sette noe foran noe annet. I dette kapitlet brukes en noe snevrere definisjon: Prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen, altså en rasjonering av helsehjelp.

Noen studier av legers profesjonsetikk

Noe av det mest slående i empiriske studier av legers prioriteringspraksis er hvordan de ofte unngår å bruke begrepet «prioritering» når de skal beskrive sin egen kliniske praksis. Skirbekk og Nortvedt fant at legene i stedet var opptatt av «å gjøre en forskjell for pasienten, gjennom gode medisinsk-faglige beslutninger» (Skirbekk & Nortvedt, 2011). Beslutninger som har prioriteringskonsekvenser, anses ofte som rent medisinske og kles i medisinsens språk. Leger snakker ofte om helsehjelp som «medisinsk indisert» eller «ikke indisert». Slike merkelapper kan noen ganger skjule en *moralsk* vurdering om at helsehjelpen er for kostbar, for lite kostnadseffektiv eller har for lav forventet helsegevinst til at den bør prioriteres.

I sin studie av legers profesjonsetikk fant Terje Mesel at leger var opptatt av at de var profesjonsetiske subjekter, men at de hadde mangelfull kunnskap om profesjonsetikkens *innhold* (Mesel, 2009). Som i Skirbekk og Nortvedts studie skiller legene gjerne ikke mellom profesjonsetisk refleksjon og den øvrige kliniske refleksjonen. Dette tyder på at legene kan trenge hjelp til å få øye på og

¹ Teksten gjengir flere avsnitt fra mitt upubliserte notat for Helse- og omsorgsdepartementet, «Prioritering i helsetjenesten i lys av profesjonsetikk og verdigrunnlag» (2015). Figur 5.1 er tilpasset fra min artikkel i *Indremedisinen* nr. 2/2015, «Prioriteringens dårlige rykte». Diskusjonen av Vegard Bruun Bratholm Wyllers prioriteringskritikk er nyskrevet, men trekker veksler på Magelssen mfl., 2016.

sette ord på det etiske, det vil si situasjoner der noe av verdi står på spill og *faget alene* ikke gir svarene på hva som er rett og godt. Prioriteringsdilemmaer kan være slik.

I Teig og Westers kapittel (kap. 8) i denne boken er leger på en hjertemedisinsk avdeling tilsynelatende mer bevisste på og gir flere eksempler på prioritering i praksis. Kapitlet viser hvordan legene tilpasser seg styringsmessige krav samt de begrensningene som organiseringen av sykehuset, avdelingene og arbeidet legger. I sum yter de helsehjelp som de beskriver som «god nok», uten at den nødvendigvis er best eller ideell for den enkelte pasienten.

I Senter for medisinsk etikks «syke gamle»-prosjekt fant man at mange leger så det som en viktig oppgave å slåss for sin pasient eller pasientgruppes interesser (Nortvedt, Pedersen, Grøthe, Nordhaug mfl., 2008; Pedersen, Nortvedt, Nordhaug, Slettebø mfl., 2008). Lojalitet mot fag, enkeltpasienter og pasientgrupper stod sentralt. Noen leger skildret en alles kamp mot alle, der det var viktig å ha spisse albuer på fagets vegne, og der prestisjeområdene oftest vant. Man hadde lite kjennskap til eksplisitte prioriteringskriterier, og prioriteringer ble i liten grad diskutert med annet helsepersonell eller pasienter og pårørende. De prioriteringene som fant sted, var typisk implisitte, lukkede prosesser.

Prioritering og profesjonsetikk

Hva sier profesjonsetiske regelsett om prioritering? I Etiske regler for leger del I § 12 ble følgende bestemmelse tatt inn i 1994:

En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. (...) Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 6.3 heter det at: «Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie.»

Disse to bestemmelsene kan leses som uttrykk for at prioritering mellom pasienter og grupper i prinsippet er akseptert av profesjonene. Men hvordan prioriteringen blir fremstilt, er av største betydning for om det blir vurdert som akseptabelt eller ikke. Formuleringen om at legen skal «ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi», er kanskje ukontroversiell og lett å akseptere for de aller fleste. Langt mer kontroversielt ville det være å hevde at «leger bør nekte pasienter virksom helsehjelp av hensyn til kostnader». En oversiktsstudie viser nettopp hvordan legers grad av aksept for prioritering avhenger av hvordan prioriteringen beskrives (Strech, Persad, Marckmann & Danis, 2009). Den amerikanske prioriteringsforskeren Peter Ubel viser hvordan det amerikanske begrepet «health care rationing» er blitt «forgiftet» og uspiselig for store deler av befolkningen og helsepersonellet, mens prioritering som moralsk realitet likevel ofte aksepteres under andre navn, slik som «parsimonious medicine» («sparsommelig medisin») og «avveining mellom hensynet til enkeltpasienten og hensynet til folkehelsen» (Ubel, 2015).

En europeisk studie fra 2004 viste at det er ganske stor aksept for prioritering blant norske leger, større enn i de andre landene som ble undersøkt (Hurst, Slowther, Førde & Danis, 2015). Men mange peker på potensielt problematiske sider av prioritering, og det er en minoritet som synes å avvise at leger skal ha noe med prioritering å gjøre. 56 prosent synes det er akseptabelt at spesielt kostbar helsehjelp ikke tilbys. 53 prosent mener at kostnader for samfunnet har betydning for deres beslutning om å tilby en behandling. 34 prosent sier seg enig i at de noen ganger bør avslå virksom, men dyr behandling fordi ressursene burde gå til andre pasienter som trenger det mer, mens 37 prosent svarer ja til at det å avslå medisinsk virksomme, men kostbare tjenester til noen av deres pasienter kan komme i konflikt med lege-pasient-forholdet. Det er verdt

å merke seg at mange av respondentene altså frykter at eksplisitt prioritering kan skade lege-pasient-forholdet. Men studien viste også at norske leger er *mindre* redd for dette enn europeiske kolleger. Kanskje kan dette skyldes at Norge er kommet noe lenger i det praktiske prioriteringsarbeidet og i den offentlige samtalen om ressursbruk og prioritering (Førde, 2015).

I sum er det altså et flertall blant leger som aksepterer prioritering i helsetjenesten i prinsippet, og det er støtte for dette i norske legers og sykepleieres profesjonsetiske regelsett. Prioritering er likevel kontroversielt, det har stor betydning hvordan det fremstilles, og det er bekymring for hvordan det vil virke inn på lege-pasient-forholdet.

Problematisk prioritering på klinisk nivå?

Mange har fryktet at eksplisitt prioritering som finner sted på klinisk nivå, har potensial til å skade tilliten i behandler-pasient-relasjonen. Hvordan kan du ha full tillit til legen din når du vet at hensynet til kostnader og til andre pasienter spiller inn i valget av helsehjelp? Det er grunn til å ta denne bekymringen på alvor. I en norsk kontekst er professor i barnesykdømmer Vegard Bruun Bratholm Wyller blant dem som har fremsatt denne bekymringen med størst kraft og i størst detalj (Wyller, 2014, 2017). Hans kritikk er spesielt interessant fordi den artikulere og utdyper intuisjoner som trolig er utbredt blant klinikere. Wyller gir stemme til en ofte ikke-artikulert uro. I min vurdering er denne kritikken viktig og lærerik, men ikke fellende. I det følgende gjengis hovedpunktene i Wyllers kritikk av prioritering på klinisk nivå. I påfølgende avsnitt presenteres motargumenter mot denne kritikken, hvorav de to viktigste er at prioritering er så innvevd i helsepersonells daglige praksis at det aldri vil la seg unngå helt, og at prioritering på klinisk nivå ikke krever av helsepersonell at de må ta i bruk moralske rammeverk som står i motstrid med tradisjonell profesjonsetikk og

klinisk tenkemåte. Til slutt følger en drøfting av viktige lærdommer fra kritikken og noen refleksjoner over hvordan prioritering kan innrettes i praksis, slik at det i minst mulig grad oppstår friksjon i møtet med helsepersonells profesjonsetikk.

Wyller gir sin tilslutning til Ubels definisjon av prioritering («rationing»), som er at prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen (Wyller, 2014). Prioritering på klinisk nivå (eng. «rationing at the bedside») vil da si at en lege beslutter å gi en pasient noe annet enn den aller mest gunstige helsehjelpen, fordi legen finner det moralsk mer riktig å prioritere andre pasienters behov eller spare ressursene.

Det paradigmet for prioritering som Wyller kritiserer, er det som fremkommer for eksempel i Norheim-utvalgets prioriteringsutredning (NOU 2014: 12): Prioritering skal gjøres «åpent» og «rettferdig», med presist definerte kriterier, og i alle deler av helsetjenesten; klinikere er ikke fritatt for å bidra i prioritering. Norheim-utvalgets forslag har røtter i Daniels og Sabins innflytelsesrike rammeverk «accountability for reasonableness» (Daniels & Sabin, 2008), som fremholder blant annet åpenhet, partsmedvirkning og grundige prosesser som førende prinsipper. Wyller plasserer sin kritikk av prioritering i rammen av en bredere, ideologisk motstand mot New public management (NPM) i helsetjenesten og i samfunnet generelt; han skildrer prioriteringsparadigmet som kompatibelt med og en naturlig følge av NPM.

For det første fremhever Wyller at vi er for raske til å akseptere ressursknapphet som en situasjon vi er gitt, og som vi så plikter å gjøre det beste ut av. Ressursknapphet i helsetjenesten er langt på vei, hevder han, en følge av politiske prioriteringer. Politikerne har, spesielt i et rikt land som Norge, anledning til å tilføre helsesektoren nye ressurser. Hvis de gjør det, vil mange av prioriteringsdilemmaene helsepersonell i dag står overfor, forsvinne.

For det andre står prioriteringstenkningen i fare for å fremstille det som i virkeligheten er et verdivalg, som om det var en

vitenskapelig utregning, med en vedtatt fremgangsmåte for å finne frem til et fasitsvar for hva som vil være rettferdig ressursfordeling. Helseøkonomenes regnestykker med begreper som kvalitetsjusterte leveår (QALY) lar prioriteringsbeslutninger ufortjent låne autoritet fra aritmetikken og vitenskapen og gir et skinn av objektivitet. QALY-regnestykkene tillater politikerne å abdisere fra det som i sin natur er deres oppgave, nemlig å utmynte politiske beslutninger basert på verdivalg og argumenter. I stedet blir stor makt overdratt til bioetikere (som kan designe prioriteringskriteriene) og byråkrater (som kan utføre de helseøkonomiske regnestykkene), som i motsetning til politikerne ikke står ansvarlig overfor folket.

For det tredje, enda verre er det hvis helsepersonell blir forventet å gjøre det som er politikernes jobb, ved å måtte prioritere mellom pasienter, pasientgrupper og gode formål. Klinikeren får da en makt han eller hun ikke skal ha. Videre må helseøkonomenes metoder ikke bli førende for hvordan prioriteringer skal foregå på klinisk nivå. QALY-begrepet forutsetter feilaktig at livskvalitet kan tallfestes på en meningsfull måte, og resonnementer og regnestykker med slike størrelser er i tillegg fremmedgjørende for klinikere og pasienter. Helst bør leger og andre klinikere måtte prioritere så sjelden som mulig. Prioritering kan være skadelig ved at det lar en uvedkommende inntrenger få forstyrre lege-pasient-forholdet; denne inntrengeren er hensynet til en annen pasient, til en gruppe pasienter eller til samfunnet. Når pasienten kjenner til at hennes lege aksepterer det å prioritere i den kliniske hverdagen, kan det lede til utrygghet: Pasienten kan aldri være sikker på om legens avgjørelse om helsehjelpen er til hennes eget beste, eller om den er et kompromiss som primært tilgodeser en tredjepart. Dette eroderer tilliten som er så avgjørende for et godt lege-pasient-forhold, og for befolkningens relasjon til helsetjenesten generelt. Legens lojalitet må alltid være rettet mot den enkelte pasienten. Wyller gir sin tilslutning til Levinskys tese fra 1984: «Physicians are required to do everything

that they believe may benefit each patient without regard to costs or other social considerations» (siteret i Wyller, 2014).

Til sist trekker Wyller linjer til moralfilosofi og profesjonsetiske teorier. Hans bekymring går rett inn i det som er tema for mitt kapittel: Han hevder at paradigmet for prioritering som Norheim-utvalget og andre fremmer, rett og slett er uforenlig med en sunn profesjonsetikk for medisinen og de andre helseprofesjonene. Moralfilosofisk bygger prioriteringsparadigmet særlig på konsekvensetikk (John Stuart Mill mfl.) og kantiansk kontraktsteori/konstruktivism (John Rawls mfl.). Sentralt i den første av disse to tilnærmingene er prinsippet om at den rette handling er den som maksimerer gode konsekvenser; dette gjenfinnes i den overordnede målsettingen om at helsetjenesten må frembringe «mest mulig helse per krone», og at dette målet kan operasjonaliseres ved hjelp av QALY-regnestykker. Den andre tilnærmingen tilfører blant annet moralske prinsipper, slik som at de dårligst stilte skal gis prioritet, noe som gjenfinnes i prioriteringssystemets alvorlighetskriterium, samt den sentrale tanken om at prioriteringsbeslutninger primært rettfærdiggjøres etisk og politisk gjennom måten de blir til på, ikke gjennom sitt innhold – derav kravet om gode prioriteringsprosesser med partsrepresentasjon og åpenhet i prosessene. Problemet, hevder Wyller, oppstår særlig når slike moderne, abstrakte og (i stor grad) universalistiske rammeverk for moralsk handling tres over hodene på klinikerne, som bes prioritere i tråd med disse teoriene. Det gjør vold på helsepersonells profesjonsetikk, som ikke passer inn i slike rammeverk. Profesjonsetikken har helt andre og til dels før-moderne kilder, særlig nærhetsetikken (Emmanuel Levinas, Knud E. Løgstrup) og dydsetikken (Aristoteles mfl.). Den første eksemplifiseres godt med fortellingen om den barmhjertige samaritan, som tok seg av den sterkt sårede mannen han fant på sin vei, og ga denne den hjelpen han trengte, uten først å måtte regne på om det var samfunnsøkonomisk lønnsomt – eller om det lå

andre sårede i andre palestinske grøfter som burde få enda høyere prioritet på grunn av alvorlighetsgraden, ressursbruken eller nytten av behandlingen. Nærhetsetikken setter ord på sentrale kliniske intuisjoner ved at den viser oss hvordan det etiske kravet som ligger på deg som behandler, springer ut av det fysiske møtet med den enkelte pasienten og dennes lidelse og behov. Dydsetikken i tradisjonen etter Aristoteles legger vekt på «det gode menneske» mer enn «den rette handling». Mange har ment at dydsetikken utgjør en god modell for profesjonsetikken fordi det er fruktbart å diskutere hvilke karaktereregenskaper – dyder – det gode helsepersonell bør inneha for å være i stand til å gi profesjonens spesifikke bidrag til helsetjenestens mål, nemlig god helse for befolkningen (Pellegrino & Thomasma, 1993).

Prioriteringsparadigmets universalistiske og profesjonsetikkens partikulære etiske teorier lar seg ikke forene. Særlig har Alasdair MacIntyre, som Wyller også viser til, vært opptatt av avgrunnen mellom disse etiske teoriene. I MacIntyres omfattende modernitetskritikk fremgår det hvordan teoriene ikke bare har ulike oppfatninger av hva den rette handling er, men frembyr totalt ulike *forståelser av vår praktiske fornuft*, det vil si måten vi overveier om handlinger og så setter disse ut i livet (MacIntyre, 1981, 1988, 2016). Det dreier seg om konkurrerende oppfatninger av hva det vil si å være et handlende individ. Viktig er det at de moderne etiske teoriene anerkjenner et lite knippe grunnleggende, abstrakt formulerte prinsipper, som så skal kunne komme til anvendelse i enhver moralsk valgsituasjon. Tilnærmingen forutsetter at mye ved de konkrete omstendighetene kan abstraheres vekk for å komme frem til en renskåret situasjonsbeskrivelse. Bruken av de abstrakte prinsippene kan så lede til en moralsk dom, en handlingsveiledning som kan universaliseres slik at den i prinsippet bør komme til anvendelse i alle relevante og like situasjoner. Formuleringen av et lite knippe presise prioriteringskriterier, og tanken om at disse så

prinsipielt skal kunne brukes på enhver beslutning i helsetjenesten, passer med dette mønsteret. Motsatt krever MacIntyres foretrukne alternativ, en dydsetikk i tradisjonen etter Aristoteles og Thomas Aquinas, at vi begynner med å stille oss helt andre spørsmål: Hvem er den handlende og de andre involverte, hvilke roller inntar de, og hvilke forventninger tilligger rollene? Det sentrale spørsmålet blir så hvordan den gode (det vil si dydige) helsearbeideren ville handlet i denne situasjonen, og de konkrete omstendigheter blir her ikke en distraksjon, men den helt nødvendige, moralsk relevante konteksten som gir valgsituasjonen dens karakter. Løsningen man kommer frem til, er partikulær, altså tilpasset den aktuelle situasjonen og personene, og den gjør ikke krav på pretensjonen om å kunne bli opphøyd til en allmenngyldig regel. Denne tilnærmingen passer godt med en forestilling om den kloke kliniker som evner å skreddersy helsehjelpen til den konkrete pasientens behov. Prioriteringsparadigmet er derfor ifølge kritikken ikke bare en uvant måte å tenke på; det øver vold mot helsepersonell når det kreves at disse i hvert pasientmøte aktivt legger til side den tradisjonelle tenkemåten der pasientens beste står i høysetet, for å anlegge en helt annen type blick på helsehjelpen: hvorvidt denne maksimerer nytte og er i tråd med effektivitetskrav påtvunget fra utenfor helsetjenesten selv. En slik ideologisk invasjon må helsepersonell motsette seg. Problemet synes i noen grad å oppstå fordi den samme tankegangen som er førende i prioriteringsbeslutninger på overordnet, politisk nivå, også blir avkrevd klinikerne i møtet med pasientene.

Prioriteringsbeslutninger gjennomsyrrer klinisk praksis

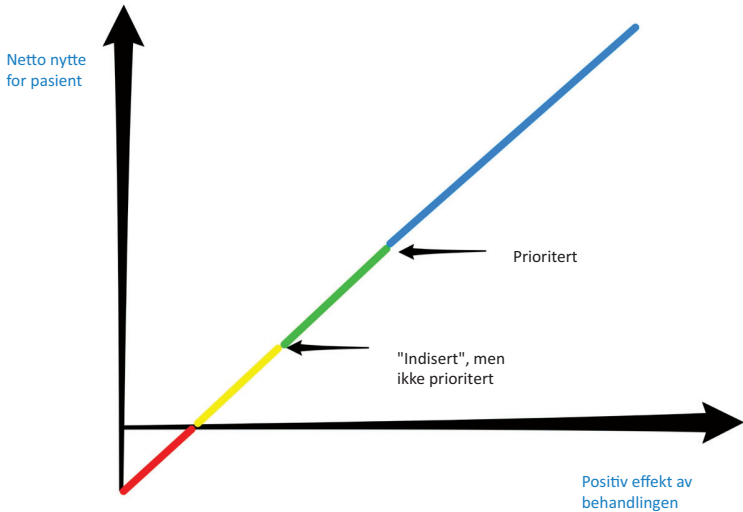
Wyllers kritikk kan møtes med flere motargumenter (Magelssen, Nortvedt, & Solbakk, 2016), men i det følgende diskuteres de to

viktigste: at prioritering er en nødvendig del av helsepersonells hverdag, på en slik måte at helsepersonell ikke kan fraskrive seg ansvar for å prioritere, og at kritikerens beskrivelse av hva prioritering på klinisk nivå innebærer i praksis, ikke nødvendigvis stemmer.

Til grunn for diskusjonen legges Ubels definisjon av prioritering som beslutninger som innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen. Slik forstått vil mange beslutninger i helsetjenesten ha prioriteringsimplikasjoner. I Teig og Westers kapittel (kap 8.) blir det også vist hvordan legene ofte aksepterte å gi helsehjelp som var «god nok», uten å skulle kreve *det ideelle*. Det er viktig å se at enhver beslutning om å (bare) gi «god nok» helsehjelp også per definisjon er en prioriteringsbeslutning: Legen avstår fra å gi den helsehjelpen som for pasienten isolert sett ville vært den aller mest gunstige. Generelt gjelder at hvis et tiltak har utsikt til bare en liten gevinst, eller sannsynligheten for gevinst er svært lav, eller tiltaket er uforholdsmessig kostbart målt mot gevinsten, så er det ikke gitt at det skal tilbys; mange klinikere vil nok avstå fra et slikt tiltak, uten å oppleve det som en problematisk avgjørelse som strider mot deres forpliktelse til å fremme pasientens beste. Men igjen er det viktig å se at dette *er* en prioriteringsbeslutning, der vi nøyer oss med det som er «godt nok», og oppgir kravet om «det beste». Figur 5.1 er ment å illustrere dette.

For å vise at den kliniske hverdagen er full av situasjoner der beslutninger kan ha prioriteringskonsekvenser, vil jeg nå helt kort liste opp en rekke eksempler på slike situasjoner.

1. Noen helsetjenester involverer knappe ressurser der mer penger ikke uten videre eller på kort sikt kan øke ressurstilgangen. Plasser på intensiv- og overvåkningsavdelinger, telemetriutstyr (for overvåkning av hjerterytme til inneliggende pasienter) samt organer for transplantasjon er eksempler på



Figur 5.1: Forholdet mellom positiv effekt og netto nytte (positiv effekt minus bivirkninger) for pasienten av en tenkt, ressurskrevende behandling, for eksempel et nytt kreftmedikament. I rødt område har behandlingen minimal eller ingen positiv effekt, og bivirkningene dominerer. I gult område oppveier den positive effekten bivirkningene, men netto nytte er minimal, og behandlingen blir trolig regnet som «ikke indisert». Men det å ikke tilby behandling som er i det gule området, er en prioriteringsbeslutning. I grønt område er behandlingen medisinsk indisert, men kostnad-nytte-forholdet er for lavt til at behandlingen blir prioritert. I blått område er netto nytte og kostnad-nytte-forholdet tilstrekkelig gunstig til at behandlingen blir prioritert.

slike knappe ressurser. Her må legene prioritere pasientene ut fra hensyn som alvorlighet, nytte og hastegrad.

2. I mange situasjoner er det nødvendig å «ordne køen» av pasienter på en rettferdig måte. Dette kan gjelde såkalt triagering i et travelt akuttmottak, eller at pasienter satt opp til planlagt operasjon blir strøket av operasjonsprogrammet fordi viktigere eller akutte operasjoner må få forrang. Slike beslutninger er prioriteringsbeslutninger fordi de innebærer at noen pasienter får et dårligere tilbud gjennom økt ventetid, med den økte risikoen for forverring og komplikasjoner og forlengelse av symptomer som det kan innebære.

3. Mange fastlegers og poliklinikkers praksis med å ha korte konsultasjoner som standard innebærer i seg selv et kompromiss som gjør at noen av behovene til noen pasienter ikke blir optimalt ivaretatt.
4. Overlegens vurdering av nyhenviste pasienter til spesialisthelsetjenesten skal skje i lys av fagets prioriteringsveileder, og det innebærer prioritering ut fra kriterier som alvorlighet og hastegrad.
5. Retningslinjer for antibiotikavalg tar ikke bare hensyn til hva som er aller best for den enkelte pasienten, men tilstreber også å redusere risikoen for resistensutvikling. Kompromisser kan innebære enten at behandlingen som gis, har smalere antimikrobielt spektrum enn et mer resistensdrivende alternativ (dvs. middelet har ikke full effekt mot visse av mikrobenes som forårsaker denne typen infeksjoner; Bruun, 2013), eller at den har noe større risiko for bivirkninger enn alternativet. Retningslinjene innebærer et kompromiss mellom hensynet til den enkelte pasienten og samfunnets interesser.
6. Tidspunktet for utskrivning fra sykehus kan også innebære et kompromiss. Slik noen av Teig og Westers informanter viser til, blir pasienter i noen situasjoner skrevet ut tidligere enn det som ville vært aller best for deres medisinske ivaretagelse. Også dette er dermed en prioriteringsbeslutning.
7. Noen svært ressurskrevende behandlingsformer blir ikke tilbudt alle pasienter som kunne hatt nytte av dem. Implanterbare hjertestartere (ICD) er et eksempel, som også nevnt hos Teig og Wester. Til denne behandlingen prioriterer legene de pasientene som har høyest risiko, og dermed også høyest forventet nytte av behandlingen.
8. Enzymbehandling ved Fabrys sykdom er eksempel på et tiltak som er svært lite kostnadseffektivt (Rombach, Hollak, Linthorst & Dijkgraaf, 2013). Selv om en gitt pasient har fått

dekket kostnadene til preparatet gjennom vedtak om individuell refusjon – eller kunne fått et slikt vedtak – vil legen ha anledning til (og kanskje bli forventet) å gjøre sin egen vurdering av om behandlingen (fortsatt) bør tilbys.

9. Retningslinjer for forebygging av hjerte-kar-sykdom sier at pasienter mellom 50 og 59 år bør ha over fem prosent total risiko for sykdom de neste ti årene for å bli prioritert til medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2009). Hva med pasienten med bare fire prosent risiko? Fastlegen vil her kanskje forklare at pasienten har noe risiko for sykdom, men ikke så høy at det synes riktig eller påkrevd å starte behandling. I stedet gis livsstilsråd, og det gjøres ny vurdering om for eksempel et halvt år. Her gjør fastlegen en prioriteringsvurdering og beslutter at helsehjelp som *kunne* gitt en helsegevinst for pasienten, ikke bør prioriteres (Norheim, 2014). Beslutningen tas med støtte i retningslinjedokumentet. (Her forutsettes det at den potensielle helsegevinsten faktisk var større enn potensielle ulemper, slik som medikamentbivirkninger. Hvis grunnen til at pasienten ikke tilbys behandling, er at man antar at ulempene ved behandling er større enn fordelene, dreier det seg ikke om prioritering.)
10. En pasient kommer med smerter som fremstår muskulære, og ønsker MR. Fastlegen vurderer det slik at det er høyst usannsynlig – men ikke helt umulig – at MR kan påvise noe som kan hjelpe til med å skreddersy behandlingen (det er ikke uvanlig for helsepersonell å mene at pasienter kan ha for store forventninger til hva MR og andre billedundersøkelser kan bidra med). Fastlegen vurderer dette utfallet som så usannsynlig at det ikke er riktig å prioritere pasienten til en såpass ressurskrevende undersøkelse som MR, og meddeler pasienten dette. I stedet brukes klinisk undersøkelse og skjønn i vurderingen og valg av behandling, og pasienten følges med nye kontroller.

En lærdom man kan trekke av dette knippet med eksempler, er at beslutninger med prioriteringskonsekvenser er mye mer utbredt i klinisk praksis enn Wyller medgir. Og hvis det er slik, kan ikke legene fraskrive seg ansvar for å prioritere etisk rettferdig og klinisk klokt. Det å fatte gode prioriteringsbeslutninger blir snarere en sentral del av jobben deres, og det å bidra i prioritering kan i seg selv følgelig heller ikke stride mot profesjonsetikken. Verken politikere eller helsebyråkrater kan frita klinikere for selv å måtte stå for prioriteringsbeslutninger. Kliniske retningslinjer og prioriteringsretningslinjer som utarbeides på overordnet nivå, må implementeres i praksis på det kliniske nivået. Slike retningslinjer kan i sin natur ikke være tilstrekkelig spesifikke til at legens egen skjønnsutøvelse blir overflødig (Tanenbaum, 1993). Legens skjønn er påkrevd i flere ledd: Kommer den aktuelle retningslinjen for eksempel til anvendelse for denne pasienten? Hvilke spesielle omstendigheter må tas i betraktning? Og så videre. Dernest illustrerer eksemplene over at leger er unikt kvalifiserte til å ta prioriteringsbeslutninger i klinisk praksis. Vi ville ikke akseptere at prioriteringen av pasienter til intensivavdelingen ble utført av «vakhavende helseøkonom» eller medisin-etiker. Legens medisinske kunnskap og førstehåndskjennskap til de konkrete pasientene er essensiell for å kunne gjøre de beste prioriteringene. Tilsvarende er legenes kunnskap også uvurderlig når de generelle retningslinjene for prioritering, slik som prioriteringsveilederne for de medisinske spesialitetene, skal utarbeides. Leger i den offentlige helsetjenesten forvalter store ressurser på fellesskapets vegne. De har derfor nødvendigvis et «dobbelte ansvar»: ikke bare overfor pasientene, men også overfor samfunnet (Bærøe, 2009).

Bare i noen av situasjonene presentert foran er legens intensjon eksplisitt å prioritere ressursbruk og prioritere mellom pasienter. Like fullt er det svært mange beslutninger som har prioriteringskonsekvenser. Legen har et ansvar også for ikke-intenderte

prioriteringskonsekvenser av beslutninger. Dette ansvaret fordrer en bevissthet om slike prioriteringskonsekvenser, en bevissthet som ikke klart fremgår av Wyllers kritikk. Snarere er det en fare for at legers avvisning av å skulle bidra i prioritering på klinisk nivå gjør dem blinde for de prioriteringskonsekvensene beslutningene deres faktisk har. Når slik bevissthet mangler, er det sannsynlig at de ubevisste «driverne» bak prioriteringer – som profesjonsinteresser, behandlingsformers status, ny teknologi (Hofmann, 2015), ressurssterke pasientgrupper med dyktige talsmenn og helse-tjenestenes struktur og økonomiske insentiver – får stor innvirkning på beslutningene som tas (Magelssen mfl., 2016). Resultatet kan bli mindre rettfærdige prioriteringer enn når beslutningene tas eksplisitt og bevisst.

I sum: Prioriteringsbeslutninger er utbredt i klinisk praksis, og det ligger til legers profesjonelle ansvar å erkjenne og å bidra i slike beslutninger.

Pasientnær prioritering i praksis

Et annet viktig tilsvarende til Wyller er at hans fremstilling av hvordan pasientnær prioritering er tenkt å foregå i praksis, er fortegnet – eller i hvert fall ikke nødvendigvis riktig. Det er nødvendig å undersøke hva tilhengerne av prioriteringsparadigmet helt konkret krever av klinikerne når de forutsetter at de skal ta ansvar for prioritering.

Norheim-utvalget har blitt oppfattet som uklare på hvordan de tre prioriteringskriteriene de foreslår, helt konkret skulle benyttes på klinisk nivå. Mange har tilsynelatende lest utredningen dit hen at operasjonaliseringen av kriteriene i helseøkonomiske termer ikke bare skal brukes på overordnet nivå, men også i den kliniske hverdagen (Bringedal, 2015). Slik var det neppe ment, men utvalget kunne gjort mer for å forebygge en slik feiloppfatning. Utvalgets kriterier har formuleringer velegnet for helseøkonomiske

regnestykker – som når helsegevinstkriteriet operasjonaliseres som antall QALYs som vinnes ved helsehjelpen. Men kriteriene har også ikke-kvantitative formuleringer som er bedre egnet på klinisk nivå – som når helsegevinstkriteriet formuleres som at «et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)» (NOU 2014: 12, s. 18). Klinikeren trenger ikke ta frem kalkulatoren for å kunne *resonnere i lys av* dette og de andre kriteriene.

Magnussen-gruppen (som undertegnede var medlem av) tok dette lenger: I erkjennelsen av at prioriteringssituasjoner kan se høyst ulike ut på overordnet nivå og på klinisk nivå, anbefalte vi at kriteriene i tillegg til å få en «spisset» versjon velegnet for helseøkonomiske utregninger fikk en likeverdig versjon som ga en ganske detaljert beskrivelse av hvilke aspekter ved kriteriet som vil være moralsk og klinisk relevante på klinisk nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne ideen er videreført i stortingsmeldingen om prioritering, ved at både ressurskriteriet, nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet har fått en beskrivelsesversjon. For eksempel lyder nyttekriteriet nå:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: Overlevelse eller redusert funksjonstap; fysisk eller psykisk funksjonsforbedring; reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 12).

Det er viktig å se at denne formen av kriteriene ligger tett opp til det som er gjengse, dagligdagse fortolkninger av henholdsvis «nytte», «alvorlighet» og «ressursbruk». Kriteriene åpner for at mange ulike momenter kan vektlegges, uten at de legger føringer for hvordan vektningen skal utføres. Videre er kriteriene «åpne» i den forstand at de gir et stort tolkningsrom for klinikeren. Forskjellen fra de kvantitative

versjonene av prioriteringskriteriene fremtrer nå som svært stor: De sistnevnte er knapt og presist formulert, noe som motvirker skjønnsutøvelse, og de krever tallfesting for å kunne inngå i regnestykker der man tilstreber mest mulig presise svar. Det er ikke overraskende at helsepersonell er motvillige til å skulle bruke slike kriterier i den kliniske hverdagen. Motsatt kan beskrivelsesversjonene av prioriteringskriteriene være til nytte i klinikken, fordi de bygger på klinikernes oppfatninger av og intuisjoner om hvilke momenter som er klinisk og moralsk relevante i prioriteringsbeslutninger. Disse kriterieutgavene krever ikke at legen tar i bruk en stringent beslutningsprosedyre; de inviterer til at legen skal *resonnere i lys av* kriteriene.

Tatt i betraktning denne redegjørelsen for hvordan prioritering kan foregå i klinisk praksis, må Wyllers kritikk sies å skyte over mål. For dette prioriteringsparadigmet krever ikke at legen tar i bruk en helt annen praktisk rasjonalitet som er fremmed i medisinsk tankegang, slik Wyller beskrev ved hjelp av MacIntyres analyse av avgrunnen mellom modernitetens universalistiske etiske teorier og den dydsetiske tradisjonen. Det å resonnerer i lys av de tre prioriteringskriteriene forutsetter verken konsekvensetisk tankegang eller regnestykker med QALYs. Om det enn er god grunn til å hegne om legers tradisjonelle profesjonsetikk, er det ikke riktig at legers bidrag til prioritering gjør at de må ta i bruk et helt nytt tenkesett. Vurderingen av helsehjelpens nytte og ressursbruk og tilstandens alvorlighet – og hvilke følger disse forholdene bør få for valg og individuell tilpasning av helsehjelp – kan finne sted som en forlengelse av det faglige skjønnet.

Når står prioritering og profesjonsetikk i motstrid?

To argumenter som tilsvar til kritikken har nå blitt drøftet: for det første at prioriteringsbeslutninger er dagligdags kost i klinisk

praksis og derfor er noe helsepersonell må forholde seg til, og for det andre at klinikeres prioritering *kan* finne sted uten å gjøre vold på tradisjonell klinisk tenkemåte. Med dette er Wyllers kritikk tilbakevist, i den forstand at den ikke treffer som kritikk av hvordan prioritering på klinisk nivå er tenkt gjennomført i Norge.

Dette forhindrer ikke at mye i Wyllers analyse er viktig å lytte til. Det gjelder etter min oppfatning særlig forankringen av helsepersonells profesjonsetikk i dyds- og nærhetsetiske rammeverk. En slik analyse hjelper oss også å forklare hvordan prioritering i noen situasjoner likevel går på tvers av helsepersonells profesjonsetikk. En nærhets- og dydsetisk analyse begrunner, som vist, oppfatningen om at legen, som pasientens advokat, i særdeleshet skal ha øye for interessene til den pasienten han eller hun har foran seg. I lege-pasient-møtets asymmetriske relasjon har legen makt og myndighet til å fremme pasientens beste, og har derfor også et moralsk ansvar for det. Det vil være galt å handle på tvers av dette ansvaret uten å ha spesielt gode moralske grunner for det. Slike grunner må gi mening innenfor den dyds- og nærhetsetiske oppfatningen av legens ansvar, og ikke bare i etiske rammeverk som er profesjonsetikken mer eller mindre fremmed, slik som konsekvensetikken.

Den typen prioriteringssituasjon som derfor i aller størst grad utfordrer profesjonsetikken, har følgende fire karakteristika: Det er der legen velger eller vurderer å rasjonere helsehjelp til pasienten han eller hun har foran seg, der det er stor sannsynlighet for at pasienten dermed går glipp av en betydelig helsegevinst, der beslutningen ikke er påtvunget på grunn av akutt ressursknapphet (slik som mangel på organer til transplantasjon), og der beslutningen ikke har støtte i retningslinjer. Etter min mening er det viktig i størst mulig grad å beskytte helsepersonell fra å måtte ta denne typen beslutninger.

Paul Menzels distinksjon mellom *statistiske* og *identifiserbare liv* er her opplysende (Menzel, 2014). Forebyggende behandling,

for eksempel primærforebygging av hjerte-kar-sykdom gjennom medikamentell behandling av personer med risiko høyere enn en viss grenseverdi, forebygger et visst antall hjerte-kar-dødsfall. Men de som har nytte av denne behandlingen, lar seg ikke identifisere – det er statistiske liv, og ikke identifiserbare liv, som her har blitt reddet. Motsatt kan en operasjon for blindtarmbetennelse være livreddende for personen som opereres: I motsetning til i forebyggingseksemplet er den som drar nytte av helsehjelpen, en identifiserbar person. Menzels poeng er at det fremstår mye mindre akseptabelt for alle involverte parter å prioritere ned behandling når det er en *identifiserbar persons* livskvalitet som blir skadelidende, enn når det er en *statistisk person* som får et like reelt tap av livskvalitet. Prioritering på klinisk nivå er, som et psykologisk faktum, mye mer spiselig når identiteten til den som drar nytte av behandlingen, er skjult bak et slør av risiko og sannsynlighet, slik Menzel uttrykker det. Det kan stride mot profesjonsetiske intuisjoner å skulle prioritere ned helsehjelpen til pasienten som har et navn og et ansikt.

Denne intuisjonen lar seg forklare innen en profesjonsetikk bygget på nærhets- og dydsetikk, mens den i universalistiske etiske teorier kan bli sett på som et moralsk irrelevant og forstyrrende psykologisk fenomen. Hvis rettferdig prioritering bare vil si å maksimere de QALYs vi kan få for ressursene vi bruker på helse, og så fordele disse QALYene rettferdig, hvilken plass er det da for Menzels profesjons- og allmenntiske innsikt?

I helse- og omsorgstjenestene er mange ansatte opptatt av det de opplever som kronisk underfinansiering og -bemanning av tjenestene, og de opplever at dette ikke bare går ut over faglig kvalitet, men også setter dem i en profesjonsetisk skvis. Det er klart at kravet til faglig god helsehjelp ikke bare følger av lovverket, men også står helt sentralt i profesjonsetikken. Men mitt poeng i denne sammenhengen er at ressursknappheten også utfordrer profesjonsetikken

når profesjonsutøverne i praksis blir delegert ansvaret for å prioritere, og beslutningene de tar, har karakteristikaene nevnt over: En identifiserbar pasient går glipp av en betydelig gevinst, og profesjonsutøverne har ikke tilstrekkelig støtte og forankring for beslutningen. Vike, Debesay og Haukeliens analyse (2016) fra kommunal helse- og omsorgssektor argumenterer for at profesjonsutøverne der opplever mange situasjoner av denne typen: Ansatte er blitt delegert et ansvar for at budsjettene holdes, samtidig som rettighetslovgivningen og andre politiske føringer tilsier at tjenestekvaliteten skal være høy, uten at det er legitimt å vise til ressursknapphet for å rettferdiggjøre kompromissene (Vike mfl., 2016). Et slikt sprik mellom det forventede og det mulige stiller store krav til profesjonsutøverne og krever at de prioriterer på måter de ikke er komfortable med, ved at de må si nei til at pasienten de har foran seg, skal få en potensielt viktig tjeneste, og uten at de har tilstrekkelig eksplisitt støtte for beslutningen i ledelseshierarkiet.

Konklusjon: støtte for prioritering

Er prioritering så forenlig med helsepersonells profesjonsetikk? Svaret må bli: «Det kommer an på.» Prioritering på klinisk nivå er ofte en dyd av nødvendighet, og det kan praktiseres på måter som ikke utfordrer profesjonsetikken. Men som vist kan slik prioritering også stride mot profesjonsmoraliske intuisjoner om at interessene til pasienten du har foran deg, må settes høyest.

I Norge har vi etter min mening *i teorien* innrettet oss lurt: Vi har prioriteringskriterier som er såpass «åpne» at de ikke tvinger helsepersonell til å se bort fra relevante hensyn når de prioriterer. Men viktigst av alt er det at vi har kommet et godt stykke på vei i å gi helsepersonell støtte for valgene de tar, en støtte de er helt avhengige av for å prioritere på en profesjonsetisk forsvarlig måte. Prioriteringsveilederne gir eksplisitt veiledning og støtte; kliniske retningslinjer og veilederdokumenter

gir også støtte, men bør i større grad tilstrebe å gjøre eksplisitt når rådene helt eller delvis er basert på prioriteringshensyn, og ikke utelukkende på hva som er best for pasienten.

Man kan skille mellom spesifikk og generell støtte til prioriteringsbeslutninger. Spesifikk støtte gir helsepersonell mandat til å foreta prioritering i den konkrete situasjonen de står overfor. Slik støtte kan komme fra retningslinjer som er spesifikke for den aktuelle tilstanden, eller for eksempel fra en drøfting av den konkrete saken i en klinisk etikk-komité (Magelssen, Miljeteig, Pedersen & Førde, 2017). En generell støtte for prioritering er også veldig viktig: Klinikere trenger å oppleve at de har et eksplisitt mandat til å gjøre skjønnsmessige prioriteringer. Det må formidles aksept for dette fra alle ledd i ledelseshierarkiet, fra avdelingsleder til helsebyråkratiet og politikerne. Analysen til Vike og medarbeidere viser at det skorter på slik generell støtte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Vike mfl., 2016). Det kan også spørres i hvilken grad lovverket er til hjelp her. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienten «rett til nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten og «rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Pasientens rettigheter står i sentrum; gir lov og forskrifter helsepersonell tilstrekkelig mandat til å sette grenser?

Prioritering blir altså mer akseptabelt for klinikerens – og kanskje også for pasienten – når føringene kommer fra et høyere nivå, gjennom faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere, lovverk eller ledelse. Slike bestemmelser gir klinikerens mandat og støtte for eksplisitte prioriteringsbeslutninger. Samtidig må det være et rom for klinikerens faglige og moralske skjønn. Her er det altså en balansegang som må ivaretas (Molander, Grimen & Eriksen, 2012): Hvis føringene som legges på klinikerens prioriteringsbeslutninger, er for spesifikke, blir de en tvangstrøye som ikke lar klinikerens skreddersy helsehjelpen til pasientens spesielle situasjon og behov; hvis de blir for luftige og uforpliktende, får klinikerens ikke tilstrekkelig støtte for beslutningene han eller hun tar.

Referanser

- Bringedal, B. (2015). Verdensmester i teoretisk prioritering. *Nytt norsk tidsskrift*, 32(1), 79–87.
- Bruun, J.N. (2013). Antibiotikapolitikk, smittevern og etikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1793. doi:10.4045/tidsskr.13.0961.
- Bærøe, K. (2009). Priority-setting in healthcare. A framework for reasonable clinical judgements. *Journal of Medical Ethics*, 35(8), 488–496. doi:10.1136/jme.2007.022285.
- Christoffersen, S.A. (2005). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daniels, N., & Sabin, J.E. (2008). *Setting limits fairly. Learning to share resources for health*. New York: Oxford University Press.
- Den norske legeforening (2015). *Etiske regler for leger*. Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etik/etiske-regler-for-leger/>
- Førde, R. (2015). The Norwegian context. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 71–87). New York: Oxford University Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofmann, B. (2015). Too much technology. *BMJ*, 350, h705. doi:10.1136/bmj.h705.
- Hurst, S.A., Slowther, A.M., Førde R., & Danis, M. (2015). The values at the bedside study. Bedside rationing by physicians. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 19–28). New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (1981). *After virtue*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, A. (1988). *Whose justice? Which rationality?* Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, A. (2016). *Ethics in the conflicts of modernity. An essay on desire, practical reasoning, and narrative*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.

- Magelssen, M., Miljeteig, I., Pedersen, R., & Førde, R. (2017). Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. *BMC Medical Ethics*, 18, 68. doi:10.1186/s12910-017-0226-5
- Magelssen, M., Nortvedt, P., & Solbakk, J.H. (2016). Rationing at the bedside. Immoral or unavoidable? *Clinical Ethics*, 11(4), 112–121. doi:10.1177/1477750916657664.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Menzel, P. (2014). Statistical versus identified lives. Why not to use the «R» word. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 238–252). New York: Oxford University Press.
- Mesel, T. (2009). *Legers profesjonsetikk*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E.O. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–230. doi: 10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x.
- Norheim, O. (2014). Priority setting through clinical practice guidelines. Lessons learned. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 373–386). New York: Oxford University Press.
- Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, A., Brinchmann, B.S., & Andersen, B. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged – professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 332–335. doi:10.1136/jme.2007.020693.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig Prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen, R., Nortvedt, P., Nordhaug, M., Slettebø, A., Grøthe, K., Kirkevold, M., Brinchmann, B.S., & Andersen, B. (2008). In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Journal of Medical Ethics*, 34(4), 230–235. doi:10.1136/jme.2006.018531.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.

- Rombach, S.M., Hollak, C.E., Linthorst, G.E., & Dijkgraaf, M.G. (2013). Cost-effectiveness of enzyme replacement therapy for Fabry disease. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8(1), 29. doi:10.1186/1750-1172-8-29.
- Skirbekk, H., & Nortvedt, P. (2011). Making a difference. A qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*, 19(1), 77–88. doi:10.1007/s10728-010-0160-x.
- Strech, D., Persad, G., Marckmann, G., & Danis, M. (2009). Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy*, 90(2-3), 113–124. doi:10.1016/j.healthpol.2008.10.013.
- Tanenbaum, S.J. (1993). What physicians know. *New England Journal of Medicine*, 329, 1268–1270. doi:10.1056/NEJM199310213291713.
- Ubel, P. (2015). Why it's not time for health care rationing. *The Hastings Center Report*, 45(2), 15–19. doi:10.1002/hast.427.
- Vike, H., Debesay, J., & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wyller, V.B. (2014). Give to the doctor what is due to the doctor! Why «fair rationing at the bedside» is impossible. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 253–262). New York: Oxford University Press.
- Wyller, V.B. (2017). The bedside rationing paradigm and the shortcomings of modernist ethics. *Clinical Ethics*, 12(2), 70–75. doi:10.1177/1477750917691888.

KAPITTEL 6

Styring for kvalitet og likebehandling

Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning

Berit Bringedal, dr.polit, seniorforsker ved
LEFO - Legeforskningsinstituttet

Benedicte Carlsen, professor ved Institutt for velferd og
deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen
på Vestlandet

Abstract

How do medical doctors consider different steering instruments' effects on quality and equity in health care? The current chapter presents the results of a postal survey of a representative sample of Norwegian doctors. The sample belongs to a panel of doctors established in 1994, which is surveyed biannually. The current survey took place in 2014. 1261 of a total of 1612 doctors responded (78,2 percent); the steering instruments in the questionnaire included legal and economic measures, audit and control systems, clinical support, and organizational measures. Overall, the doctors consider economic measures, reporting requirements (excluding

clinical records) and, to some extent, structural measures to yield negative effects on quality and equity, while they consider that all other measures in the survey have positive influence. The responses vary between GPs and hospital specialists; relatively more hospital doctors consider economic, legal and structural measures to have a negative impact on quality and equity. One fourth of the doctors answered the open question: "If any of the measures hinders you in delivering medical help as you would like to, which group(s) of patients are particularly suffering from this?" A majority mention co-morbid patients, especially those of high age, patients with psychiatric and/or addiction related disease, as well as the chronically ill.

Introduksjon

Målsettingene for norsk helsetjeneste, slik de er formulert i relevante lover¹, er at pasientene skal få lik tilgang til medisinsk behandling av god kvalitet, og at behandlingstilbudet skal være likeverdig, uansett bosted, kjønn, alder eller andre kjennetegn som anses som medisinsk irrelevante. Vi viser til kapitlet til Riska og Aasen (kap. 6) i denne boken for en nærmere presentasjon av lovene.

For å bidra til å realisere målsettingene om god kvalitet og likebehandling bruker helsemyndighetene en rekke forskjellige styringsverktøy eller virkemidler. *Juridiske virkemidler* består av lover

¹ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), med tilhørende forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften); lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven); lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

og forskrifter som både angir målsettingene med helsetjenestene og gir mer spesifikke regler om rettigheter og krav til innholdet i og utførelsen av dem. *De økonomiske virkemidlene* består selvsagt av de gitte økonomiske rammene som helsetjenesten skal holde seg innenfor, men også finansieringsordninger som mer direkte tar sikte på å styre aktiviteten i bestemte retninger. Disse styringsverktøyene er utformet for å virke som insentiver for aktørene, enten det er helseforetak, enkeltavdelinger eller individuelle leger. Eksempler på slike insentivordninger er tariffen for bestemte diagnostiske eller terapeutiske tiltak hos fastlegen (kalt normaltariffen) eller finansiering av sykehus etter aktivitet (såkalt innsatsstyrt finansiering, forkortet ISF).

I tillegg til *juridiske og økonomiske styringsverktøy* bruker myndighetene *beslutningsstøtte for utøvelse av det daglige medisinske arbeidet* som et virkemiddel for å styre medisinsk praksis. Faglige retningslinjer og anbefalinger tilhører denne kategorien av virkemidler. Helsedirektoratet utgir nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på en rekke spesifikke områder, for eksempel retningslinjer for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten eller retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer.² (Faglige retningslinjer og veiledere utgis også av Den norske legeförening og legemiddelfirmaene. De skiller seg fra Helsedirektoratets retningslinjer ved at de ikke kan ses som del av myndighetenes styringsverktøy.)

Helsetjenesten har også ulike *kontrollordninger*. Tilsynsmyndighetene, både Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen, kan gå helsetjenesten nærmere etter i sømmene. Også ulike rapporteringskrav tilhører denne kategorien av styringsverktøy, for eksempel rapportering av ventetider for sykehusbehandling, pasienttilfredshet eller reinnlegelser etter operasjon.

2 Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer> for en oversikt over foreliggende retningslinjer og veiledere.

Endelig har vi *strukturelle* ordninger som styringsverktøy. Dette gjelder for eksempel sammenslåing og funksjonsdeling for å styre virksomheten. Slike organisatoriske virkemidler kan bestå i å bestemme hvilke sykehus som skal tilby hvilke funksjoner, sammenslåing av funksjoner eller endret organisering av spesifikke behandlinger. Eksempler på det siste er endringer i kravene til fullverdige fødselsavdelinger eller pakkeforløp for kreft. Reformene i helsetjenesten, som sykehusreformen, fastlegereformen eller samhandlingsreformen, er andre eksempler på organisatoriske virkemidler for styring.

Virkemidlene henger sammen. En organisatorisk reform, for eksempel, krever som regel både juridiske og økonomiske endringer, på samme måte som en ny lov eller forskrift kan kreve endringer i kontrollrutiner, finansiering eller organisering.

Problemstilling

Hvor godt styringsverktøyene virker for å fremme målsettingene for helsetjenesten, er selvsagt et empirisk spørsmål. For å studere dette trengs det kunnskap om virkninger på forskjellige nivåer, fra sentralt planleggingsnivå til analyse av virkningene som kan spores i behandlingen av enkeltpasienter. I denne artikkelen beskriver vi hvordan dette ser ut fra et legeperspektiv. Vi har gjort en utforskende studie der vi har spurt et representativt utvalg av leger som praktiserer i Norge, om deres oppfatning av hvordan de ulike kategoriene av styringsverktøy virker inn på henholdsvis kvalitet og likebehandling i helsetjenesten.

Selv om det åpenbart er slik at vi med denne empirien ikke får fullstendig informasjon om den faktiske kvaliteten på helsetjenestene eller hvordan de faktisk fordeles, er det interessant å vite hvordan legene oppfatter situasjonen. For eksempel er det sannsynlig at deres holdninger påvirker om de spiller på lag med eller motarbeider forskjellige styringsverktøy. Til en viss grad kan også legenes

respons sees som en indikasjon på hvordan ting faktisk forholder seg. Dersom vi for eksempel spør legene hvilke pasientgrupper som blir særlig skadelidende under et bestemt styringsregime, er det grunn til å se nærmere på dette.

Empirien vi bygger på, ble innsamlet for prosjektet «Prioritizing health care. Tensions and interplay between legal, political, economic and professional perspectives». Dette er et større forskningsprosjekt som studerer hvordan ulike styringsverktøy påvirker prioriteringene i norsk helsetjeneste. Spesifikt studerer prosjektet hvordan slike ordninger virker inn på legens prioriteringer mellom ulike oppgaver i det daglige kliniske arbeidet. Flere av artiklene i denne antologien bygger på empiri eller teori utviklet i prosjektet.

Spørreundersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført som en del av Legeforskningsinstituttets (LEFO) legesurvey, som gjennomføres annethvert år blant et panel av leger som er yrkesaktive i Norge. Panelet ble etablert i 1994 og består av et representativt utvalg på om lag 1600 leger. Det eksakte antallet varierer fra år til år, siden noen medlemmer faller fra og nye inkluderes. Representativiteten³ vurderes opp mot medlemsregisteret i Den norske legeforening, som inkluderer rundt 97 prosent av norske leger.

I 2014-utsendelsen var bruttoutvalget 1612 leger, hvorav 1261 svarte (svarprosent på 78,2). Svarprosenten for dette panelet er generelt god – den har variert fra 65 til 95 prosent – noe som trolig kan forklares med at panelet består av leger som på forhånd har sagt seg villige til å være med. Vi kan også anta at deltakerne synes undersøkelsene er meningsfulle, siden de i stor grad fortsetter å være med.

3 Sammenligningsvariabler for representativitet er alders- og kjønnsfordeling samt spesialitet. Se Rosta og Aasland (2014) for en nærmere beskrivelse av utvalget.

Innholdet i spørreskjemaene består dels av spørsmål som stilles ved hver utsendelse, dels av spørsmål som stilles med (u-)jevn mellomrom, og dels enkeltstående spørsmål. Temaene i 2014 besto av to hovedgrupper: 1) arbeidsforhold, arbeidstid og helse, denne delen inkluderer de faste spørsmålene, og 2) etikk og prioritering, der spørsmålene om vurdering av styringssystemets betydning for det medisinske arbeidet utgjorde hoveddelen. Så å si alle spørsmålene om styringsverktøy var nye for panelet (hele spørreskjemaet kan fås ved å henvende seg til lefo@legeforeningen.no).

Spørsmålene om styringsverktøy

I utarbeidelsen av disse spørsmålene startet vi med å identifisere de viktigste instrumentene som brukes for å styre helsetjenesten. Vi endte opp med følgende fem kategorier: 1) økonomiske ordninger, 2) juridiske ordninger, 3) kontrollordninger, 4) klinisk beslutningsstøtte og 5) strukturelle forhold. Tabell 6.1 gir en oversikt over de spesifikke styringsverktøyene i hver kategori.

Tabell 6.1: Styringsverktøy som inngår i undersøkelsen

Kategorier av styringsverktøy	Spesifikke styringsverktøy
Økonomiske	Normaltariffen (for fastleger) Aktivitetsbaserte ordninger (DRG ⁴ , ISF)
Juridiske	Pasientrettigheter Prioriteringsregler
Kontrollordninger	Rapporteringskrav (ikke journaler) Tilsyn
Klinisk beslutningsstøtte	Kliniske retningslinjer og veiledere Prioriteringsrådets anbefalinger
Strukturelle	Organisering og funksjonsdeling

4 DRG= diagnoserelaterte grupper. Basert på faktiske kostnader for ulike intervensjoner beregnes nasjonale gjennomsnittstall, som i neste omgang brukes for å beregne overføringene til sykehusene.

Som tabellen viser, spesifiserte vi styringsinstrumentene under hver kategori. Under *økonomiske ordninger* anga vi normaltariffen (aktuelt for fastleger) og «aktivitetsbaserte» ordninger: innsatsstyrt finansiering (ISF) og diagnoserelaterte grupper (DRG) (aktuelt for sykehusleger). Under *de juridiske ordningene* anga vi «pasientrettigheter» og «prioriteringsregler»; legene kan dermed både ha tenkt på pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Av *kontrollordninger* spesifiserte vi «tilsyn» og «rapporteringskrav». For sistnevnte ekskluderte vi eksplisitt journaler, som også er en type rapporteringskrav. Under *klinisk beslutningsstøtte* spesifiserte vi retningslinjer, veiledere og Prioriteringsrådets vedtak og anbefalinger. Endelig anga vi «organisering og funksjonsdeling» under *strukturelle forhold*. Dette er en relativt åpen kategori, som kan vise til alt fra mindre organisatoriske tiltak til større reformer.

Siden vi ønsket å ligge tett opptil lovverket om prioritering, tok vi utgangspunkt i formålsformuleringen i lov om pasient- og brukerrettigheter: Lovens formål er «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». ⁵ Formålet er todelt; loven skal bidra til å sikre både lik tilgang og god kvalitet. Av denne grunn skilte vi mellom kvalitet og likhet i spørreskjemaet, slik at vi hadde en gruppe spørsmål om hvordan styringsverktøyene påvirker kvaliteten i pasientarbeidet, og en gruppe (likelydende) spørsmål om betydningen for likebehandling.

Spørsmålene var formulert slik: «B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy stort sett virker, derfor er kategoriene vide.» Deretter spesifiseres de ulike verktøyene med spørsmål om hvordan de påvirker henholdsvis kvaliteten på og likheten i tilgang til tjenester (likebehandling) i

5 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

det medisinske arbeidet. Det ble gitt en fem-gradert svarmulighet, fra «i overveiende grad positivt» til «i overveiende grad negativt», som ble kodet med tallverdier fra 1 til 5, i tillegg til et «vet ikke / ikke aktuelt for meg»-alternativ. Alle spørsmålene er gjengitt helt til slutt i dette kapitlet.

Resultater

Alle resultatene som presenteres her, gjelder utelukkende leger i kliniske stillinger, siden vi er interessert i hvilke erfaringer legene i klinisk arbeid har når det gjelder styringens betydning for pasientbehandlingen. Antallet svar er dermed lavere enn nettoutvalget totalt.

Tabell 6.2 viser vurderingen av de spesifikke styringsverktøyene. Resultatet er presentert som prosentvise andeler av respondenter som oppgir at styringsverktøyet har positiv, nøytral eller negativ effekt for kvaliteten i pasientbehandlingen. De to positive og de to negative svaralternativene er slått sammen til henholdsvis én positiv og én negativ svargruppe.

Vi ser at svarene er sammenfallende for kvalitet og likebehandling. Dette har vi testet ved å gjøre en kjikvadrattest, og denne viser sterk korrelasjon mellom svarene knyttet til de to utfallene kvalitet og likebehandling. Det betyr at legene i overveiende grad mener styringsinstrumentene har samme effekt på likebehandling som på kvalitet, eller at de ikke skiller nevneverdig mellom de to utfallene (gamma ligger i intervallet 0,82–0,88, med ett unntak der gamma er 0,76. Det gjelder spørsmålet om betydningen av rapporteringskrav, der flere svarer at dette virker negativt på kvalitet, enn på likebehandling).

For begge spørsmål kommer retningslinjer og pasientretigheter på topp når det gjelder positive effekter, mens to typer styringsverktøy peker seg ut med særlig mange som svarer at

Tabell 6.2: Legenes vurdering av hvordan styringsinstrumentene påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen (i prosent). (Antall svar varierer fordi respondentene ikke svarer på samtlige spørsmål.)

Hvordan påvirker følgende kvaliteten på pasientbehandlingen?	Positivt	Verken - eller	Negativt	N	Antall vet ikke / ikke aktuelt
Økonomiske ordninger: <i>Normaltariffen</i>	33,6	51,0	15,4	441	597
Økonomiske ordninger: <i>ISF/DRG</i>	9,6	49,1	41,2	456	479
Juridiske ordninger: <i>Pasientrettigheter</i>	48,8	40,4	10,9	773	237
Juridiske ordninger: <i>Regler for prioritering</i>	36,0	48,9	15,1	728	209
Kontrollordninger: <i>Rapportering (ikke journal)</i>	11,8	34,3	53,9	670	268
Kontrollordninger: <i>Tilsyn</i>	33,0	44,2	22,8	710	225
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Retningslinjer og veiledere</i>	75,1	20,3	4,6	867	73
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Prioriteringsrådets vedtak</i>	43,2	45,7	11,2	672	267
Strukturelle ordninger: <i>Organisering og funksjonsdeling</i>	35,5	38,2	26,3	772	167

de «virker negativt inn på kvalitet og likebehandling», nemlig innsattsstyrt finansiering og rapporteringskrav (journaler ekskludert). Disse er de eneste kategoriene der det er flere som svarer negativt enn positivt.

Kliniske retningslinjer og veiledere kommer på topp av de verkøyene som anses å ha god effekt på kvalitet og tilgang, mens også juridiske ordninger (pasientrettigheter og regler for prioritering) og Prioriteringsrådets anbefalinger kommer høyt opp som positive bidrag.

Tabell 6.3: Legenes vurdering av hvordan styringsinstrumentene påvirker muligheten for likebehandling (i prosent).

Hvordan påvirker følgende lik-heten i tilgang på tjenest er i ditt pasientarbeid?	Positivt	Verken – eller	Negativt	N	Vet ikke / ikke aktuelt
Økonomiske ordninger: <i>Normaltariffen</i>	33,9	54,2	11,9	463	533
Økonomiske ordninger: <i>ISF/DRG</i>	14,4	53,5	32,1	492	508
Juridiske ordninger: <i>Pasientrettigheter</i>	53,0	39,2	7,9	863	189
Juridiske ordninger: <i>Regler for prioritering</i>	46,4	43,5	10,0	797	246
Kontrollordninger: <i>Rapportering (ikke journal)</i>	14,8	51,6	33,5	701	334
Kontrollordninger: <i>Tilsyn</i>	28,6	54,1	17,3	763	280
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Retningslinjer og veiledere</i>	64,4	29,8	5,8	912	147
Klinisk beslutningsstøtte: <i>Prioriteringsrådets vedtak</i>	44,8	46,6	8,6	755	283
Strukturelle ordninger: <i>Organisering og funksjonsdeling</i>	30,4	45,3	24,3	836	222

I tillegg til hvordan legene oppfatter at de ulike styringsinstrumentene virker inn på kvalitet og tilgang, ønsket vi å vite noe om hvilket omfang de mener at en eventuell negativ effekt har. Vi stilte dermed et spørsmål om *hvor ofte* de opplever at styringsinstrumenter hindrer dem i å yte den helsehjelpen de ønsker å yte, dersom de utgjør et hinder. Svarene gis i tabell 6.4.

Tabellen viser styringsinstrumentene gruppert i fem kategorier, på samme måte som i spørreskjemaets spørsmål B4.

Tabell 6.4: Legenes svar på spørsmålet: Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det? Prosent.⁷

	Aldri	Sjelden	Ofte / svært ofte	Antall
Økonomiske ordninger	16,8	45	18,7	938
Juridiske ordninger	20,8	52,7	5,8	936
Kontrollordninger	24,7	44	8,1	934
Klinisk beslutningsstøtte	30,3	44,2	4,5	937
Strukturelle ordninger	15,8	40,7	22,2	935

Den viser svarene til alle leger i kliniske stillinger som svarte på dette spørsmålet, uansett om de jobber i primær- eller spesialisthelsetjenesten.⁶ Flest oppgir at strukturelle ordninger ofte eller svært ofte hindrer dem i å gi den helsehjelpen de ønsker, mens et fåtall oppgir at juridiske ordninger og klinisk beslutningsstøtte er en ofte forekommende årsak til å ikke kunne gi den hjelpen man ønsker. Vi ser også at svært mange svarer at samtlige styringsverktøy *kan hindre*, eller av og til hindrer, dem i å yte den helsehjelpen de ønsker, da over 40 prosent svarer «sjelden» i alle kategorier.

Vi kan tenke oss at svarene varierer mellom legene avhengig av hvor de jobber (fortsatt rapporterer vi bare svar fra leger i kliniske stillinger). Selv om enkelte har latt være å svare om de ikke har befatning med enkelte styringsverktøy (slik som at en fastlege ikke affiseres av ISF-ordningen), observerer vi at mange har svart likevel. I tabell 6.5 har vi skilt mellom fastleger, sykehusleger og spesialister utenfor sykehus.

Vi ser at det er stor forskjell mellom sykehusleger og andre klinikere i to kategorier, nemlig på spørsmålet om økonomiske

6 Når vi sammenligner sykehusleger og fastleger, finner vi at det er relativt flere sykehusleger som svarer at de økonomiske og strukturelle styringsinstrumentene ofte eller svært ofte hindrer dem i å yte den hjelpen de ønsker.

Tabell 6.5: Svarfordeling mellom ulike klinikergrupper (i prosent)

	Sykehus	Fastleger	Annen klinisk	Alle klinikere
Andel som opplever at styringsverktøy ofte eller svært ofte hindrer legen i å yte den hjelpen som legen ønsker.				
Økonomiske	27	17,6	15,9	23,2
Juridiske	7,4	7	7,5	7,3
Kontrollordninger	10,9	9,6	11,4	10,6
Klinisk beslutningsstøtte	6,1	6,1	2,5	5,7
Strukturelle	34,4	17,3	17,3	28,2
N (alle svaralternativ)	450–471	188–210	79–82	934–938

og strukturelle styringsordninger (markert i kursiv). Langt flere sykehusleger rapporterer at økonomiske styringsverktøy og strukturelle forhold ofte hindrer dem å gi den hjelpen de ønsker.

Til sist stilte vi et åpent spørsmål. Vi spurte om legene, dersom de mener at styringsverktøy kan hindre god kvalitet og likebehandling, kunne oppgi hvilke pasientgrupper det særlig gikk utover. Det var 326 som svarte på dette, og mange oppga flere grupper. Fire grupper nevnes særlig ofte: rus og/eller psykiatri (72), eldre og multisyke (46), pasienter med få ressurser, inkludert asylsøkere (44) og kronikere (35). Det kan være vanskelig å skille mellom flere av disse, for eksempel mellom kronikere og psykiatriske pasienter, men tallene gir en pekepinn på hvor de fleste som har svart på dette spørsmålet, mener at skoen trykker.

Diskusjon

Skjønn og kontroll

Det kan argumenteres for at god styring av helsetjenesten krever en god balanse mellom profesjonell autonomi og skjønnsvurderinger

på den ene siden og styring og kontroll på den andre (Bringedal, 2015). Styringssystemene skal sikre at beslutningstakerne opptrer i tråd med målsettingene om god behandling, effektiv ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av ressurser og tjenester. For å realisere disse målene er det imidlertid verken mulig eller ønskelig å fjerne rommet for skjønn fullstendig (Molander, 2016). Ikke bare ville det krevd et enormt administrativt apparat med detaljbeskrivelser av alt som skal gjøres, med tilhørende kontrollsystemer, det er også umulig å tenke seg at hver eneste beslutningssituasjon skal kunne identifiseres og beskrives. Gode medisinske beslutninger krever både god evidens og godt faglig skjønn for at de skal være medisinsk forsvarlige; profesjonell kompetanse består nettopp i slik oversettelse fra de generelle til de spesielle tilfellene (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Et tiltak som virker godt for de fleste, trenger ikke fungere for den enkelte. Det er altså ikke bare praktisk umulig å detaljregulere alle beslutninger, men dersom det i prinsippet hadde vært mulig, ville det likevel ført til mindre adekvat behandling. Men hvor stort skjønnsrommet skal være, eller hvor sterk reguleringen skal være, er et politisk spørsmål. Politiske beslutninger kan bygge på empirisk kunnskap om hvilke effekter ulike reguleringsregimer får for kvalitet og likebehandling i helsetjenesten.

Profesjonene og helsemyndighetene kan ha ulike vurderinger av denne balansen. Historisk har den beveget seg fra tilnærmet ubegrenset profesjonskontroll til mer og mer innflytelse fra andre (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Rothman, 1991). Rothman (1991) hevder at den fullstendig enerådende legen sluttet å være enerådende da de han kalte «Strangers at the bedside» dukket opp og gjorde krav på å få et ord med i laget – der «de fremmede» er andre enn helseprofesjonene selv. I dag er det selvsagt at det ikke bare er klinikerne alene som skal bestemme innholdet i tjenestene, det er ansett som legitimt og nyttig at både pasienter og helsemyndigheter kan påvirke innholdet, gjennom styringssystemer, samarbeid, godkjenning, innsyn og kontroll. Disse

styringssystemene er utviklet på basis av tenkemåter fra mange fag i tillegg til helsefagene: helseøkonomi, jus, moralfilosofi og sosiologi. Den økte innflytelsen fra andre enn helseprofesjonene selv, enten innflytelsen er av begrepsmessig eller direkte styringsmessig karakter, har endret både tjenestene og maktrelasjonene. Hvilken effekt denne endringen har og har hatt på helsetjenesten, er et empirisk spørsmål.

Helsemyndighetenes bruk av styringsverktøy har til hensikt å påvirke legenes skjønnsvurderinger i bestemte retninger, eller begrense rommet for skjønn. I denne undersøkelsen fant vi at legene ikke mener slik påvirkning eller begrensning virker udelt negativt, tvert imot ser vi at mange mener flere av styringsinstrumentene virker positivt inn på kvalitet og likebehandling. Samtidig uttrykker de at enkelte styringsverktøy har mer negativ effekt enn andre. Tabell 6.2 og 6.3 viser at de er særlig kritisk til aktivitetsbasert finansiering og rapporteringskrav, mens tabell 6.4 viser at de er særlig kritisk til strukturelle ordninger og økonomiske verktøy.

Økonomi og fag

Når det gjelder økonomisk styring, er det visse forskjeller mellom svarene som gjelder normaltariffen (gjelder fastlegene) og ISF/DRG (gjelder sykehuslegene); det ser ut til at legene mener aktivitetsbasert finansiering av fastlegenes virksomhet ikke har samme negative effekt som aktivitetsbasert sykehusfinansiering. Det kan selvsagt bero på at normaltariffen fungerer svært godt for å stimulere til god kvalitet og likebehandling, mens erfaringene med sykehusfinansieringen er mer negativ. Samtidig er det mulig at svarene kan være påvirket av en langt større oppmerksomhet rundt negative effekter av (særlig) ISF-ordningen.

En annen side ved dette er at økonomi og yrkesetikk tradisjonelt har vært betraktet som kontrære størrelser; å ta økonomiske hensyn

7 Om lag 20 prosent svarer vet ikke / ikke aktuelt i hver kategori.

har vært det samme som å gi avkall på god ivaretagelse av pasienten (Willems, 2001; Magelssen, 2018). Selv om denne motsetningen ikke er så selvsagt i dag, pågår det samtidig diskusjoner om hvorvidt det er økonomi eller god pasientbehandling som faktisk styrer helsetjenesten. At et økende antall leger er åpne for å vurdere bruken av ressursene i helsevesenet fremkom også i denne undersøkelsen, som er presentert i større detalj av Bjorvatn (kapittel 7 i denne boken). Fraværet av debatt om økonomisk styring i kjølvannet av den siste norske prioriteringsutredningen (NOU 2014: 12) kan også tyde på det samme. Men ikke alle leger er enige om at økonomisk styring kan være velbegrunnet. Mange hevder også at de nye styringssystemene, ofte kalt New Public Management, fremmer en effektivitetskultur der god pasientbehandling og faglige hensyn taper (Wyller, Gisvold, Hagen, Heggedal mfl., 2013).

Inkonsistente svar

Det er imidlertid en viss inkonsistens i svarene. Det ser vi om vi sammenligner tallene i tabell 6.2 og 6.3 med tallene i tabell 6.4. Dette gjelder særlig synet på kontrollordninger, spesifisert som rapporteringskrav og tilsyn. I tabell 6.2 og 6.3 ser vi at rapporteringskrav oppgis å ha overveiende negativ effekt, og det er det styringsverktøyet som kommer dårligst ut (tett fulgt av ISF/DRG). Sammenholder vi dette resultatet med tabell 6.4, er det imidlertid bare 10,3 prosent som svarer at kontrollordninger ofte eller svært ofte hindrer legen i å yte den hjelpen vedkommende ønsker.

Det kan være flere grunner til dette. Én forklaring kan være at legene ikke tenker på verken tilsyn eller rapporteringskrav når de får spørsmål om kontrollsystemer hindrer dem, i spørsmål B 4 (se alle spørsmålene i vedlegget). Hvis så er tilfelle, kan svaret være et uttrykk for at de mener at ekstern kontroll bidrar til dårligere tjenester og mindre likebehandling. Det er imidlertid ikke mulig å vite hvilken type kontrollordning dette skulle være.

En annen forklaring på denne inkonsistensen kan være at spørsmålene ikke var klare nok, at de var egnet til å bli misforstått eller tolket i forskjellige retninger. Spørsmål om hvordan et styringssystem virker på prioriteringer, er tematikk som ligger nærmere samfunnsforskernes språk og tenkemåte enn leger i klinisk virksomhet. Den samme forklaringen kan gjelde (den noe mindre) inkonsistensen i svarene på spørsmål om strukturelle og organisatoriske styringsverktøy.

Det er imidlertid ikke bare fagdisiplinære forskjeller som kan gjøre at enkelte av spørsmålene kan ha blitt misforstått eller har vært vanskelige å besvare for legene. Inkonsistensen i svarene på de første og siste spørsmålene kan også skyldes at de siste to spørsmålene dreier seg om hvor *ofte* styringsinstrumentene hindrer dem, mens de første er mer generelle eller overordnede spørsmål om hvordan instrumentene påvirker kvalitet og likebehandling.

Endelig så vi en sterk korrelasjon mellom svarene på spørsmålene om hvordan styringsinstrumentene virket på kvalitet og likebehandling; det ser ut til at legene ikke skiller skarpt mellom de to. Hva årsaken til denne korrelasjonen er, kan vi bare spekulere på. Kanskje oppfattes det som to sider av samme sak? Dette er en tolkning som formuleringen i pasientrettighetsloven⁸ kan ha bidratt til. Spørsmålene ble innledet med følgende informasjon: «Formålet til pasientrettighetsloven er å 'bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.'» Dette peker i retning av at kvalitet og likebehandling kan ses som to sider av samme sak.

En annen mulig tolkning er at kvalitet og likebehandling i noen grad blir betraktet som honnørord, og at respondentene av den grunn ikke har brydd seg med å skille mellom dem. Formålet kan defineres som «god helsetjeneste», og hvordan det nærmere presiseres, er kanskje ikke ansett som like vesentlig.

8 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Avslutning

I den grad styringsordninger rapporteres å virke fremmende eller hemmende for kvalitet og likebehandling, krysses det særlig av på strukturelle ordninger, rapporteringskrav og økonomiske insentivsystemer. Men hva er det egentlig vi får vite? Dersom vi skal trekke en forsiktig konklusjon, kan vi si at en del leger uttrykker en skepsis til de økonomiske styringssystemene, at særlig sykehuslegene er skeptisk til strukturelle virkemidler (organisering, funksjonsdeling), og at de mener rapporteringskrav i noen grad kan virke uheldig.

Dette kan henge sammen med legeprofesjonens motstand mot nye, og mer aktive, styringssystemer i helsesektoren. Den før nevnte balansen mellom profesjonell autonomi og samfunnsmessig styring er muligens ikke helt i balanse; det er rimelig å tro at nye styringssystemer fører med seg gnisninger mellom profesjonene og lederne, på alle nivåer. Vi tror også at mange leger har en generell skepsis til den aktivitetsbaserte finansieringen. Det henger, som nevnt foran, sammen med den tradisjonelle motsetningen mellom profesjonsetikken og kravet om å ta økonomiske hensyn. Så det er kanskje ikke så mye synspunkter på de faktiske effektene av styringsverktøyene vi får svar på her, som en mer eller mindre klart uttalt skepsis til styringssystemet.

Dersom de inkonsistente svarene er en indikasjon på at legene ikke har forstått spørsmålene, hadde kanskje validiteten blitt styrket dersom vi hadde gitt mer plass til konkrete eksempler fra den kliniske hverdagen. Men uansett kan vi ikke se bort fra at legene her sender et viktig signal om at de mener en del kontrollsystemer, økonomiske insentivordninger og strukturelle virkemidler virker mot sin hensikt, og at dette særlig går utover det som fremstår som noen av de svakeste pasientgruppene.

Når det er sagt, er det også verdt å merke seg at andre styringsverktøy blir vurdert som positive både for kvalitet og likebehandling

og for å gi den helsehjelpen de ønsker. Juridiske ordninger og klinisk beslutningsstøtte utmerker seg. Det kan tenkes at disse ordningene i større grad oppleves å gi støtte eller avlastning i det kliniske arbeidet – som hjelpemidler i kliniske beslutninger eller hjelp til prioriteringer mellom pasienter og tiltak.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2016). Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten? *Retfærd*, 39(2), 6–18.
- Bringedal, B. (2015). Guest editor's introduction. *Professions and Professionalism*, 5(1). doi:10.7577/s..1355
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic. On the practice of knowledge*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Helsedirektoratet (2018). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer>
- Magelssen, M. (2018). Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonslogikk? (*kapittel 5, denne boken*).
- Molander, A. (2016). *Discretion in the welfare state. Social rights and professional judgment*. Oxford: Routledge.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig. Prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rosta, J., & Aasland, O.G. (2014). Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European Working Time Directive. A panel study. *BMJ Open*, 4(10). doi:10.1136/bmjopen-2014-005704
- Rothman, D.J. (1991). *Strangers at the bedside. A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: BasicBooks.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Wester, G., & Bringedal, B. (2017). The Norwegian national council for priority setting in health care. Decisions and justifications. *Health Economics, Policy and Law*, 21, 1–19.

- Willems, D.L. (2001). Balancing rationalities. Gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), 25. doi:10.1136/jme.27.1.25
- Wyller, V., Gisvold, S., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen, I., & Wyller, T. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(6), 655–659.

Vedlegg: Utdrag fra spørreskjemaet

B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy <i>stort sett</i> virker, derfor er kategoriene vide.							
B2	Hvordan påvirker følgende <i>kvaliteten</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke / ikke aktuelt
B2.1	Økonomiske ordninger: normaltariffen	1	2	3	4	5	9
B2.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B2.3	Juridiske ordninger: pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9
B2.4	Juridiske ordninger: regler for prioritering	1	2	3	4	5	9
B2.5	Kontrollordninger: rapporteringskrav (ikke journaler)	1	2	3	4	5	9
B2.6	Kontrollordninger: tilsyn	1	2	3	4	5	9
B2.7	Klinisk beslutningsstøtte: retningslinjer og skriftlige veiledere	1	2	3	4	5	9
B2.8	Klinisk beslutningsstøtte: Prioriteringsrådets anbefalinger og vedtak	1	2	3	4	5	9
B2.9	Strukturelle forhold: organisering og funksjonsdeling	1	2	3	4	5	9

B3	Hvordan påvirker følgende <i>likheten i tilgang på tjenester (likebehandling)</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke / ikke aktuelt
B3.1	Økonomiske ordninger: normaltariffen	1	2	3	4	5	9
B3.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B3.3	Juridiske ordninger: pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9
B3.4	Juridiske ordninger: regler for prioritering	1	2	3	4	5	9
B3.5	Kontrollordninger: rapporteringskrav (ikke journaler)	1	2	3	4	5	9
B3.6	Kontrollordninger: tilsyn	1	2	3	4	5	9
B3.7	Klinisk beslutningsstøtte: retningslinjer og skriftlige veiledere	1	2	3	4	5	9
B3.8	Klinisk beslutningsstøtte: Prioriteringsrådets anbefalinger og vedtak	1	2	3	4	5	9
B3.9	Strukturelle forhold: organisering og funksjonsdeling	1	2	3	4	5	9

STYRING FOR KVALITET OG LIKEBEHANDLING

B4	Dersom du opplever at noen av styrings-verktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det?	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Vet ikke / ikke aktuelt
B4.1	Økonomiske ordninger	1	2	3	4	9
B4.2	Juridiske ordninger	1	2	3	4	9
B4.3	Kontrollordninger	1	2	3	4	9
B4.4	Klinisk beslutningsstøtte	1	2	3	4	9
B4.5	Strukturelle ordninger	1	2	3	4	9

B.5	Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvilke pasientgrupper går det særlig utover?	Skriv:
------------	--	-----------------------

KAPITTEL 7

Sykehuslegers holdninger til økonomiske styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten

Afsaneh Bjorvatn, postdoktor ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Abstract

This study investigates hospital physicians' view regarding two regulations in the specialist healthcare services in Norway. More specifically, the regulations in focus are: a) prioritization of patients for specialized healthcare services with regard to cost-effectiveness of the treatment and b) activity-based financing of hospitals. Using a survey among physicians in 2014, and by the means of descriptive statistics and regression analyses, the findings indicate that the cost-effectiveness criteria regarding prioritization is considered as an important factor for making decisions on prioritization of patients. However, the effect of activity-based financing on quality and equality of treatment is considered more negative than positive.

Introduksjon

Denne studien setter fokus på to styringsinstrumenter (reguleringer) i spesialisthelsetjenesten som har økonomisk betydning, nemlig

prioriteringsforskriften med nedfelte vilkår om kostnadseffektivitet (rettslig regulering) og ordningen med innsattsstyrt finansiering for sykehusene (organisatorisk regulering). Disse reguleringene har betydning for hvordan leger i spesialisthelsetjenesten organiserer aktivitetene sine, og kan dermed påvirke beslutningene deres. Formålet med studien er å se nærmere på finansielle aspekter av forholdet mellom disse reguleringene og medisinsk-faglige beslutninger i spesialisthelsetjenesten samt effekten på kvalitet og likebehandling. Studien tar utgangspunkt i data fra en spørreundersøkelse som var gjennomført i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO) i 2014.

Forskningsspørsmålene i studien er som følger:

- 1 Hvor viktig er avveiningen mellom nytte og kostnad i prioriteringsbeslutninger?
- 2 Hvordan har økonomiske ordninger, slik som innsattsstyrt finansiering, påvirket kvalitet og likebehandling i legenes arbeid med pasienter sett fra legenes perspektiv?
- 3 Hvilke faktorer kan ha betydning for underliggende variasjoner i spesialistenes synspunkter om kostnadsnytteavveininger og effekten av økonomiske ordninger?

Litteraturen innenfor helseøkonomi inneholder flere empiriske studier av ulike konsekvenser av ordningen med innsattsstyrt finansiering, slik som ventetider, kostnadseffektivitet, kvalitet, pasienttilfredshet basert på sykehus- og/eller pasientadministrative data eller data fra spørreundersøkelser blant pasienter (for norske studier, se for eksempel Guldvog, Hofoss, Pettersen, Ebbesen & Rønning, 1998; Bjorvatn, 2012; Bjorvatn, 2013). Denne studien bruker data fra en spørreundersøkelse blant sykehusspesialister og reflekterer deres synspunkter på hvordan de nevnte reguleringene har påvirket den medisinsk-faglige praksisen på en rekke områder. Studien bidrar derfor til ny kunnskap som også kan ha betydning

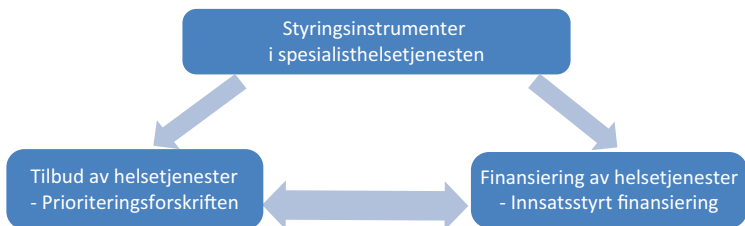
for debatten om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten eller utformingen av fremtidige reguleringer.

I det som følger gis en nærmere beskrivelse av de reguleringene som er relevante for studien. Deretter presenteres data, metode og analyseresultater. Avslutningsvis følger en diskusjon av empiriske funn og en oppsummering.

Reguleringer med økonomisk betydning

Nye behandlingsmetoder som følge av medisinsk fremgang innen spesialisthelsetjenesten har bidratt til en økning i etterspørselen etter disse tjenestene. Økende etterspørsel, lange ventetider samt myndighetenes krav om kostnadseffektivitet, kvalitet og likt tilbud av helsetjenester har vært noen av drivkreftene bak reguleringene som har blitt introdusert i spesialisthelsetjenesten i Norge. Myndighetenes rettslige og organisatoriske reguleringer i spesialisthelsetjenesten omfatter ikke bare tilbud om disse tjenestene, men også finansiering av dem (se figur 7.1).

Figuren illustrerer to typer reguleringer som har betydning for tilgangen til spesialisthelsetjenester og for den medisinsk-faglige praksisen blant sykehusspesialister. I utgangspunktet er den ene reguleringen rettet mot tilbudet av spesialisthelsetjenester og den andre mot finansieringen av dem. På den ene siden har



Figur 7.1: Reguleringer med økonomisk betydning

formålet vært å styrke og klargjøre pasientenes rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten, slik det kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken). På den andre siden har reguleringer rettet mot finansieringen av spesialisthelsetjenester hatt som formål å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2017).

Reguleringene som er nevnt foran, legger føringer på hvordan tilbyderne av spesialisthelsetjenestene (sykehusleger) administrerer aktivitetene sine. Her gis det en nærmere beskrivelse av disse.

Reguleringer rettet mot tilbud av spesialisthelsetjenester

Norge har flere lovfestede rettigheter for pasienter sammenlignet med andre land. Pasientrettigheter er rettslige reguleringer av forholdet mellom pasientene og helsevesenet, det vil si mellom mottakere og tilbydere av tjenestene. Hensikten med lovfesting av pasientrettigheter i Norge har vært å gi pasientene større kunnskap om egne rettigheter. Lovfesting av rettighetene skal styrke pasienters stilling i møte med helsevesenet. Lovfestingen skal også gi større trygghet for pasienter og mulighet til å få gjennomslag for rettighetene sine. Pasienten har mulighet til å klage over beslutninger dersom han eller hun mener at rettigheter ikke er oppfylt av helsetjenesten (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken).

*Pasient- og brukerrettighetsloven*¹ samler en del bestemmelser om pasientrettigheter som tidligere var spredt i ulike lover. Loven bygger på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen

1 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

for all helsehjelp som tilbys. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsevesenet. Videre skal loven bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten og sørge for at pasienter som trenger det mest, skal få raskest mulig tilgang til helsehjelp.

*Prioriteringsforskriften*² ble introdusert i år 2000, og den har hatt som formål å regulere tilgangen til spesialisthelsetjenester og å klargjøre pasienters rettigheter i møte med den. Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i samsvar med vilkårene som er spesifisert i prioriteringsforskriften. Dette innebærer at retten til helsehjelp gjelder dersom a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, det vil si at spesialisert eller medisinsk helsehjelp kan forlenge pasientens liv eller forbedre livskvaliteten, og b) dersom behandlingkostnadene står i rimelig forhold til effekten av behandlingen (kostnadseffektivitet). For en mer detaljert beskrivelse av pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken.

Prioriteringsveiledere ble introdusert i perioden 2008–2010 og skal fungere som et praktisk hjelpemiddel for spesialisthelsetjenesten i vurderinger av om henviste pasienter har rett til nødvendig spesialisthelsehjelp eller ikke. Veilederne skal bidra til at rettighetsvurderingen av «like» pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, pasientens bosted og hvilket sykehus de henvises til (Meld. St. 34 (2015–2016)). Veiledere er utarbeidet for 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten og omfatter rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor de enkelte fagområdene.

2 Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

I en fersk studie ble forholdet mellom rettslig regulering og medisinsk-faglig skjønnsutøvelse i den norske spesialisthelsetjenesten analysert (Bjørvatn & Nilssen, 2018). Studien var basert på data fra LEFOs spørreundersøkelse i 2014 og så nærmere på det potensielle spenningsforholdet mellom to sentrale styringsmodeller, nemlig en legal-byråkratisk modell og en profesjonsmodell. Den *legal-byråkratiske modellen* fokuserer på politisk styring gjennom rettslig regulering, noe som i utgangspunktet kan påvirke den medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen. *Profesjonsmodellen* innebærer at fagpersonell har nødvendig kunnskap for å foreta faglige skjønnsvurderinger som fører til mer behovsorienterte eller brukerorienterte beslutninger. Studien tilbakeviste at disse modellene sto i et spenningsforhold til hverandre når det gjelder prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

Reguleringer rettet mot finansiering av spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten i Norge har vært gjenstand for flere rettslige reguleringer som har hatt stor betydning for drift og finansiering av sykehusene (Bjørvatn, Kjerstad, Sannarnes & Sunnevåg, 2002). Fra 1980 og frem til 1997 fikk sykehusene rammefinansiering. Størrelsen på rammen var avhengig av folketall og alderssammensetning i de respektive sykehusområdene. I tillegg fikk sykehusene inntekter gjennom refusjoner fra folketrygden for polikliniske konsultasjoner, gjestepasientordninger og pasientenes egenandeler. Rammefinansieringen var uavhengig av aktivitetsnivået i sykehusene, og sykehusene hadde ingen insentiver til å øke aktiviteten.

For å knytte sykehusenes inntekter direkte til deres aktivitetsnivå, og for å skape insentiver til mer effektiv drift, innførte

myndighetene i juli 1997 et system basert på stykkprisfinansiering, kalt *innsatsstyrt finansiering* (ISF). ISF er en aktivitetsbasert ordning som innebærer at sykehusene får refundert deler av utgiftene til behandling av innlagte pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Hver DRG har sin pris, som er basert på gjennomsnittsberegninger av hva det normalt koster å behandle pasienter. Sykehusenes inntekter er dermed basert på en kombinasjon av stykkprisfinansiering og rammefinansiering. Ved innføring av ordningen var ISF-refusjonen på 35 prosent av DRG-priser, mens i 2017 er refusjonsandelen 50 prosent (Helsedirektoratet, 2017).

I litteraturen finnes det utallige studier av innsatsstyrt finansiering basert på DRG-priser. Flere studier viser blant annet at innsatsstyrt finansiering oppmuntrer til reduserte kostnader og behandling av flest mulig pasienter på kortest mulig tid, siden sykehusenes inntekter er koblet opp mot deres aktivitetsnivå (se f.eks. Anderson & Steinberg, 1984; Hennen, Krumholz, Radford & Meehan, 1995; Jencks, Williams & Coleman, 2009; Kahn, Keeler, Sherwood & Rogers, 1990; McClellan, 1997). Ordningen er også kritisert for å ha ført til lavere behandlingskvalitet, slik som for tidlig utskriving og nedprioritering av kronikere og eldre pasienter (Jencks mfl., 2009).

I Norge ble innsatsstyrt finansiering gradvis implementert i perioden 1997–2000. Kjerstad (2003) finner at sykehus som hadde innført ISF, hadde større aktivitetsnivå enn sykehus uten ISF-ordning. En nyere studie (Bjorvatn, 2012) viser at innføringen av ISF på avdelingsnivå har ført til økt produktivitet, uten at det har ført til økte kostnader. Videre viser en annen studie av over en million eldre pasienter i Norge en gradvis forkorting av liggetiden i løpet av en åtteårsperiode (Bjorvatn, 2013). Studien viste også at pasienter som var skrevet ut for tidlig, hadde større sannsynlighet for å bli innlagt på nytt.

De rettslige reguleringene som ble studert av Bjorvatn og Nilssen (2018), omfattet pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveiledere. Studien i dette kapitlet ser nærmere på det økonomiske aspektet av prioriteringsforskriften, som stiller krav om kostnadseffektivitet i prioriteringsvurderinger av helsehjelp til henviste pasienter (se spørsmål 1). I tillegg ser studien nærmere på regulering av sykehusfinansieringen gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering og profesjonsutøvernes syn på dette med hensyn til kvalitet og likebehandling i deres arbeid (se spørsmål 2). Eksisterende studier av finansieringsordningen har tatt utgangspunkt i aggregerte data på sykehusnivå, pasientadministrative data eller spørreundersøkelser blant pasienter. Studien fyller et tomrom i eksisterende nasjonal og internasjonal litteratur ved å fokusere på hvordan utøverne i spesialisthelsetjenesten selv vurderer effekten av ISF på arbeidet de utfører.

Data og metode

Data

Studien bygger på data fra en spørreundersøkelse gjennomført i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO) i 2014. Det gjøres oppmerksom på at LEFO ikke er ansvarlig for resultatene av denne studien.

Respondenter i spørreundersøkelsen er representanter fra LEFOs referansepanel, som består av leger og spesialister i både primær- og spesialisthelsetjenesten (for nærmere beskrivelse av spørreundersøkelsen, se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). Ettersom studien er opptatt av reguleringer som omfatter spesialisthelsetjenesten, ble fastleger, kommuneleger, leger i ikke-kliniske stillinger, privatpraktiserende spesialister og pensjonister

ekskludert fra datamaterialet. Utvalget i studien består derfor av leger med hovedstilling på sykehus, og det utgjør 637 leger i spesialisthelsetjenesten, hvorav 47 prosent er kvinner og 53 prosent er menn. Gjennomsnittsalderen blant kvinnelige leger er 44 år, og 50 år for mannlige leger. Legene ble også identifisert etter deres stillingskategori på sykehuset. Fordelingen viser at litt over 16 prosent er overleger i lederstilling, rundt 57 prosent er overleger, og 27 prosent er leger i spesialisering.

Metode

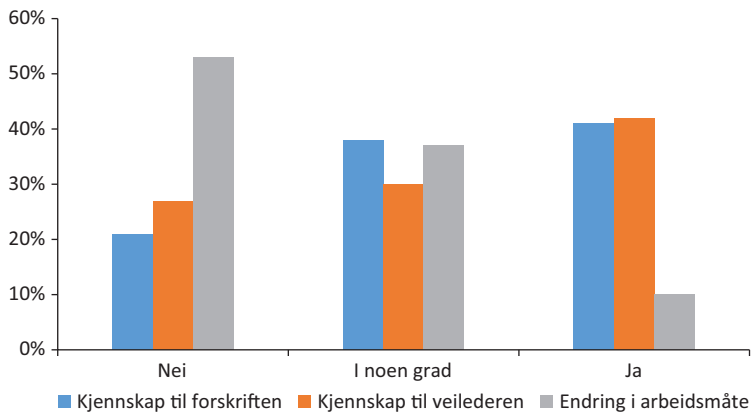
Formulering av svaralternativer i spørreundersøkelsen består av ulike rangeringer (se vedlegg for spørsmål). En «ordered probit»-modell brukes derfor som regresjonsmodell i analysene. Modellen brukes for å finne sammenhengen mellom ulike legekarakteristika og legenes avveining mellom kostnad og nytte, eller deres holdning til innsattsstyrt finansiering med hensyn til kvalitet eller likebehandling. Legekarakteristika er her definert som kjønn, alder, stillingskategori (overleger i lederstilling, overleger og leger i spesialisering), kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen.

Resultater

I det følgende presenteres resultatene fra deskriptive statistiske analyser etterfulgt av regresjonsanalyser. De som har svart «vet ikke/ikke aktuelt» eller «eksisterer ikke på mitt fagområde», er ekskludert.

Avveining mellom nytte og kostnad i prioriteringsbeslutninger

Ifølge prioriteringsforskriften skal to vilkår være tilfredsstillt for at pasienter har rett til spesialisthelsehjelp: Pasienten skal ha forventet



Figur 7.2: Kjennskap til prioriteringsforskrift og prioriteringsveileder

nytte av helsehjelpen, og behandlingstkostnadene skal stå i et rimelig forhold til effekten av behandlingen som tilbys. Før vi undersøker legenes syn på avveininger mellom nytte og kostnad i sine prioriteringsbeslutninger, ser vi nærmere på hvorvidt leger i spesialisthelsetjenesten kjenner til prioriteringsforskriften og veilederne, og om legene mener at kjennskap til prioriteringsforskriften har ført til endringer i arbeidet med pasientbehandlingen.

Figuren viser at en relativt stor andel av legene ikke kjenner til prioriteringsforskriften (21 prosent), mens 38 prosent gir uttrykk for at de kjenner til prioriteringsforskriften i noen grad. Videre oppgir 27 prosent av legene at de ikke har kjennskap til prioriteringsveilederen på sitt område, mens 30 prosent oppgir at de kjenner til prioriteringsveilederen i noen grad, og 42 prosent kjenner til veilederen. På spørsmål om prioriteringsforskriften har påvirket måten legene arbeider på, svarer litt over halvparten at det ikke har ført til noen endringer i deres arbeidsmåte. Vi ser også at hele 37 prosent mener at prioriteringsforskriften i noen grad har påvirket deres arbeidsmåte, mens bare 10 prosent gir uttrykk for en slik påvirkning.

Tabell 7.1 er relatert til legenes beslutninger om prioritering av pasienter for helsehjelp med utgangspunkt i kostnadseffektivitetskriteriet som er innlemmet i prioriteringsforskriften. En klar majoritet, 85 prosent, er delvis eller helt enige i at avveiningen mellom kostnad og nytte er viktig å ta hensyn til i prioriteringsbeslutninger for behandling av pasienter.

Tabell 7.1: I hvilken grad er du enig eller uenig i at avveining mellom nytte og kostnad er et viktig hensyn å ta når behandling av pasienter skal prioriteres?

Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Antall
4 %	11 %	52 %	33 %	622

I det som følger, ser vi nærmere på om det er noen underliggende faktorer som kan forklare variasjoner i legenes syn på avveininger mellom kostnad og nytte ved prioriteringsbeslutninger. Dette gjøres ved hjelp av en regresjonsanalyse (se tabell 7.2). Modellen analyserer

Tabell 7.2: Sannsynligheten for at avveining mellom kostnad og nytte er viktig i prioriteringsbeslutninger

	Kostnadseffektivitetskriteriet
Kvinne	-0.2513** (0.1009)
Alder	-0.0161*** (0.0060)
Overlege i lederstilling	0.1035 (0.1936)
Overlege	0.0980 (0.1434)
Kjenner prioriteringsforskriften	-0.0983 (0.1686)
Kjenner prioriteringsveilederen	0.1395 (0.1575)
N	538

Standardavvik i parenteser; * p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01

Baselines: Mann; lege i spesialisering; kjenner ikke til prioriteringsforskriften; kjenner ikke til prioriteringsveilederen

sammenhengen mellom ulike legekarakteristika og deres syn på avveining mellom nytte og kostnader i prioriteringsbeslutninger. Kjennetegn ved legen som inngår i analysen, er kjønn, alder, stillingskategori og kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Legene ble bedt om å svare på hvorvidt de var uenige eller enige i at avveiningen mellom kostnader og nytte var viktig for prioriteringer. Regresjonsanalysen er basert på en sannsynlighetsmodell som tar hensyn til rangeringer i legenes besvarelser. Tabell 7.2 viser koeffisientens verdi relatert til hver enkelt variabel i regresjonen og kan ikke tolkes direkte, men den viser om koeffisienten er statistisk signifikant eller ikke. Variablene kjønn og alder er statistisk signifikante. Tolkningen av dette resultatet er at det er mer sannsynlig at kvinnelige og eldre leger er uenig i at kostnadseffektivitet er et viktig hensyn, sammenliknet med andre leger.

De andre variablene i regresjonsanalysen er ulike stillingskategorier, kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Det er rimelig å forvente at overleger i en lederstilling har mer ansvar for budsjettbeslutninger og kontroll over klinikkens/avdelingens aktiviteter enn overleger, eller leger i spesialisering, som er mindre erfarne leger. Likeså kan overleger og leger i lederstilling ha andre synspunkter enn leger i spesialisering. Tilsvarende kunne kjennskap til forskriften og veilederen tilsi at legene i større grad tok hensyn til disse i avveininger mellom kostnader og nytte i prioriteringsbeslutninger. Det er imidlertid ingen signifikante effekter for disse variablene.

Betydningen av innsatsstyrt finansiering for kvalitet og likebehandling

Ordningen med innsatsstyrt finansiering har hatt som formål å skape insentiver til mer effektiv drift ved å knytte sykehusenes inntekter til deres aktivitetsnivå. Som nevnt tidligere kan sykehusenes insentiver til økt inntekt ha utilsiktede virkninger. Pasient- og

brukerrettighetslovens formål er å sikre lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet til pasienter i møte med helsevesenet. Spørsmålet er derfor om ordningen med innsatsstyrt finansiering har påvirket kvaliteten og likheten i tilgang på tjenester i arbeidet som sykehuslegene utfører for sine pasienter.

Tabell 7.3 viser at cirka 45 prosent av legene mener at økonomiske ordninger som innsatsstyrt finansiering har hatt en negativ eller veldig negativ effekt på kvaliteten i arbeidet deres med pasienter. Samtidig mener 49 prosent av legene at økonomiske ordninger verken har hatt noen positiv eller negativ effekt på kvaliteten på pasientarbeidet deres. Andelen som vurderer effekten som positiv eller veldig positiv, er 6 prosent.

Tabell 7.3: Hvordan påvirker økonomiske ordninger, slik som aktivitetsbasert finansiering (DRG/ISF-systemet), kvaliteten og likheten i tilgang på tjenester (likebehandling) i ditt pasientarbeid?

	Veldig positivt	2	3	4	Veldig negativt	Antall
Kvalitet	1 %	5 %	49 %	32 %	13 %	386
Likebehandling	1 %	8 %	55 %	27 %	9 %	357

Det er også tydelig at legenes oppfatninger av hvordan ordningen med innsatsstyrt finansiering har påvirket likebehandling, ikke er så forskjellig fra deres syn på kvalitet. 36 prosent av legene mener at ordningen ikke har bidratt til likebehandling. Videre oppgir 55 prosent av legene at innsatsstyrt finansiering verken har hatt positiv eller negativ effekt på likebehandling av pasienter.

Etter denne beskrivelsen av legenes synspunkter på innsatsstyrt finansiering ser vi nå nærmere på resultater fra regresjonsanalyser, som viser sammenhengen mellom ulike legekarakteristika og legers oppfatning av hvordan ISF har påvirket beslutningene deres når det gjelder kvalitet og likebehandling (veldig positivt til veldig negativt), se tabell 7.4. Vi ser at det er større sannsynlighet

Tabell 7.4: Sannsynligheten for at innsatsstyrt finansiering påvirker kvalitet og likebehandling

	Kvalitet	Likebehandling
Kvinne	0.4122*** (0.1240)	0.1190 (0.1289)
Alder	-0.0261*** (0.0073)	-0.0103 (0.0073)
Overlege i lederstilling	0.2556 (0.2349)	0.0271 (0.2401)
Overlege	0.5893*** (0.1805)	0.1780 (0.1867)
Kjenner prioriteringsforskriften	0.0536 (0.2149)	0.4395* (0.2323)
Kjenner prioriteringsveilederen	-0.3003 (0.1964)	-0.4306** (0.2048)
N	353	324

Standardavvik i parenteser; * p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01

Baselines: Mann; lege i spesialisering; kjenner ikke til prioriteringsforskriften; kjenner ikke til prioriteringsveilederen

for at kvinnelige leger og overleger oppfatter effekten av innsatsstyrt finansiering som mer negativ for kvaliteten på det medisinske arbeidet, sammenlignet med mannlige leger og leger i spesialisering. Eldre leger er derimot av den oppfatning at ordningen ikke har ført til lavere kvalitet i pasientarbeidet.

For likebehandling finner vi at kjønn, alder og stillingskategori ikke har noe å si for legenes holdning til ISF. Vi finner derimot signifikante effekter for legenes kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen. Det betyr at det er større sannsynlighet for at leger som har kjennskap til prioriteringsforskriften, oppfatter effekten av innsatsstyrt finansiering på likebehandling som mer negativ, men sannsynligheten for at effekten av ISF oppfattes som negativ, er mindre blant leger som har kjennskap til prioriteringsveilederen.

Diskusjon og oppsummering

Den første delen av studien handler om kostnadseffektivitetskriteriet, som er et sentralt element i prioriteringsforskriften. Med begrensede ressurser i helsesektoren står profesjonsutøvere overfor avveininger mellom nytte og kostnader ved prioriteringsbeslutninger om helsehjelp for pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Dette kan være mer utfordrende på noen fagområder der enkelte behandlingsformer forutsetter høye kostnader, slik som kostnadskrevene legemidler for behandling av kreftsykdommer. I denne studien er det ikke mulig å undersøke fagspesifikke beslutninger blant spesialistene, siden analysene er basert på legenes synspunkter om avveininger mellom medisinsk-faglige og økonomiske betraktninger på et generelt nivå.

I 2014 var det fortsatt en relativt stor andel av sykehusspesialistene som verken kjente til prioriteringsforskriften eller prioriteringsveilederen. Det er grunn til å tro at legenes kjennskap til disse er blitt bedre siden 2014, og at prioriteringsforskriften og veilederne dermed kan være nyttige redskaper for legers beslutninger om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet her er om legene står overfor valget mellom å ta hensyn til pasientenes behov eller å foreta økonomiske vurderinger knyttet til behandlingen som eventuelt tilbys. Med utgangspunkt i spørsmålene som var stilt i undersøkelsen i 2014, er det ikke mulig å si noe konkret om hvordan legene foretar sine beslutninger i praksis. Imidlertid finner vi at prioriteringsforskriften til en viss grad har påvirket måten sykehuslegene arbeider på. Den endringen i arbeidsmåten som legene gir uttrykk for, kan tyde på at reguleringen til en viss grad har fungert etter myndighetenes intensjon. Imidlertid mener litt over halvparten av legene at ordningen ikke har hatt noen virkning på arbeidet deres. På direkte spørsmål om hvor viktig avveiningen mellom nytte og kostnad i beslutninger om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er, oppgir majoriteten av legene

(85 prosent) at de er delvis enige eller helt enige i at kostnads-effektivitet er et viktig element å ta hensyn til. Resultatet fra regresjonsanalysen viser noe variasjon i legenes synspunkter. Kvinnelige og eldre leger har større sannsynlighet for å rapportere en negativ holdning til at avveiningen mellom nytte og kostnad i beslutninger om helsehjelp er viktig.

I den andre delen av studien så vi på legenes vurdering av betydningen av økonomiske ordninger for kvalitet og likebehandling i arbeidet med pasienter. Analysen viste at legenes holdning til innsatsstyrt finansiering i overveiende grad er negativ når det gjelder både kvalitet og likebehandling. Kvinnelige leger og overleger gir uttrykk for en mer negativ holdning til effekten av innsatsstyrt finansiering på kvaliteten enn øvrige leger. Eldre leger, derimot, oppfatter ikke at innsatsstyrt finansiering har ført til lavere kvalitet. Dette kan muligens forklares med at eldre leger har hatt lengre praksis enn yngre leger, og dermed har kunnet observere endringer i kvalitet før og etter innføringen av ordningen med innsatsstyrt finansiering.

Det finnes ulike indikatorer for behandlingskvalitet, som liggetid, ventetid, dødelighet, re-innleggelser og så videre. Selv om kvaliteten på behandling i pasientarbeid ikke er nærmere definert i spørreskjemaet, virker det generelt som om legenes synspunkter på kvalitet er forenlig med studier som er basert på sykehusadministrative data i Norge. For eksempel finner man at under aktivitetsbasert finansiering kan hensynet til effektivitet gå på bekostningen av kvalitet, definert som liggetid og re-innleggelser (Bjorvatn, 2013).

Oppsummert tyder resultatene fra denne studien på at hensynet til kostnadseffektivitet i legenes beslutninger om spesialisert helsehjelp anses å være viktig generelt, mens en nærmere undersøkelse viser at eldre og kvinnelige leger har høyere sannsynlighet for å være uenig i dette enn andre leger for øvrig. Videre tyder resultatene på

at økonomiske ordninger som innsatsstyrt finansiering ikke ser ut til å ha bidratt til mer kvalitet eller likebehandling i pasientarbeidet, sett fra sykehuslegenes perspektiv.

Referanser

- Anderson, G.F., & Steinberg, E.P. (1984). Hospital readmissions in the Medicare population. *New England Journal of Medicine*, 311(21), 1349–1353.
- Bjorvatn, A. (2012). Making incentives work? Hospital organization and performance. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 449–456.
- Bjorvatn, A. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *European Journal of Health Economics*, 14(5), 809–820. DOI: 10.1007/s10198-012-0426-3.
- Bjorvatn, A., Kjerstad, E., Sannarnes, J.G., & Sunnevåg, K.J. (2002). *Insentivbaserte finansieringsmekanismer for helseforetak*. SNF-rapport 34/02. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning.
- Bjorvatn, A., & Nilssen, E. (2018). Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 21(1), 18–38.
- Guldvog, B., Hofoss, D., Pettersen, K.I., Ebbesen, J., & Rønning, O.M. (1998). PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118(3), 386–391.
- Helsedirektoratet (2017). *Innsatsstyrt finansiering 2017*. Publikasjonsnummer: IS-2568. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hennen, J., Krumholz, H.M., Radford, M.J., & Meehan, T.P. (1995). Readmission rates, 30 and 365 days postdischarge, among the 20 most frequent DRG groups, Medicare inpatients age 65 or older in Connecticut hospitals, fiscal years, 1991, 1992, 1993. *Connecticut Medicine*, 59(5), 263–270.
- Jencks, S.F., Williams, M.V., & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee- for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428. DOI: 10.1056/NEJMsa0803563.
- Kahn, K.L., Keeler, E.B., Sherwood, M.J., Rogers, W.H., Draper, D., Bentow, S., Reinisch, E.J., Rubenstein, L.V., Kosecoff, J., &

- Brook, R.H. (1990). Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *The Journal of the American Medical Association*, 264(15), 1984–1988.
- Kjerstad, E. (2003). Prospective funding of general hospitals in Norway. Incentives for higher production? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(4), 231–251.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- McClellan, M. (1997). Hospital reimbursement incentives. An empirical analysis. *Journal of economics & Management Strategy*, 6(1), 91–128.
DOI: 10.1111/j.1430-9134.1997.00091.x.

Vedlegg: Spørsmål fra undersøkelsen som er brukt i studien

B8	Prioriteringsforskriften	Nei	I noen grad	Ja	Ikke aktuelt for meg
B8.1	Kjenner du prioriteringsforskriften?	1	2	3	9
B8.2	Har prioriteringsforskriften endret måten du arbeider på?	1	2	3	9

B9	<i>Prioriteringsveiledere er beslutningsverktøy på enkelte fagområder som eksplisitt inkorporerer prioriteringsforskriften.</i>	Nei	I noen grad	Ja	Eksisterer ikke på mitt fagområde
B9.1	Kjenner du prioriteringsveilederne på ditt fagområde?	1	2	3	9

B7	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander?	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ ikke aktuelt
B7.1	Avveining mellom nytte og kostnad er et viktig hensyn når behandling av pasienter skal prioriteres.	1	2	3	4	9

HOLDNINGER TIL ØKONOMISKE STYRINGSINSTRUMENTER

B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy <i>stort sett</i> virker, derfor er kategoriene vide.							
B2	Hvordan påvirker følgende <i>kvaliteten</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke/ ikke aktuelt
B2.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9
B3	Hvordan påvirker følgende <i>likheten i tilgang på tjenester (likebehandling)</i> i ditt pasientarbeid?	I overveiende grad positivt				I overveiende grad negativt	Vet ikke/ ikke aktuelt
B3.2	Økonomiske ordninger: aktivitetsbasert finansiering (DRG/ ISF-systemer)	1	2	3	4	5	9

KAPITTEL 8

Styringsdilemmaer i praksis Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid

Inger Lise Teig, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Gry Wester, postdoktor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

This chapter explores health care professionals' decisions about care in daily clinical or managerial work, as well as the «justifications» they articulate in defence of these decisions. We conducted a series of 15 in depth interviews with doctors, managers and nurses in cardiology at two large Norwegian hospitals. We aimed to explore the different kinds of decisions they make in the different roles they have in their respective hospital wards, as well as the range of considerations and values on which their decisions are based. We also asked about the extent to which our informants were familiar with and related to a range of legal, political, economic, bureaucratic and professional regulatory instruments in their daily work, as well as their perceptions about how these instruments affected their work – whether these instruments

constrained or supported them in their daily practice. In this chapter, we focus on the informants' experiences of challenges and of feeling restricted in various ways from providing the level of care they deem best. In particular, we examine how they justify their decisions and actions in a context where they experience sometimes conflicting demands and principles, or «orders of worth» in Boltanski and Thévenot's (2006) terminology.

Innledning

Prioritering av helsetjenester er en nødvendig, men ofte vanskelig og kompleks utfordring. Å prioritere kan forstås som å rangere, eller å sette noe foran noe annet, og i en helsetjenestekontekst innebærer dette vanligvis å rangere ulike helsetiltak «med hensyn til hvilke som skal få ressurser for å bli gjennomført» (NOU 2014: 12, s. 30). I praksis består prioritering ofte av flere og sammensatte prosesser som skjer på både makro-, meso- og mikronivå (NOU 2014: 12). Et viktig virkemiddel i den norske helsetjenesten er ulike styrings- eller reguleringsinstrumenter, som direkte eller indirekte påvirker fordelingen av helsetjenester og -ressurser. Disse inkluderer blant annet juridiske (lover og forskrifter), økonomiske (budsjetter, aktivitetsbasert finansiering) og kliniske anbefalinger og retningslinjer, kontrollsystemer (rapporteringskrav og tilsyn) og strukturell eller organisatorisk styring (funksjons- og oppgavedeling, reformer) (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken).

Hva er helsearbeidernes erfaringer med de styringsinstrumentene som former deres hverdag, og hvordan forholder de seg til dem? Slike erfaringer er lite studert i Norge. Wang (2015) har imidlertid gjennomført en kvalitativ undersøkelse av kreftlegers erfaringer med restriksjoner i bruk av nye og dyre kreftlegemidler. Studien viste at mange klinikere opplever det som vanskelig å akseptere prioritering

når det gjelder eget fagområde og egne pasienter. De var kritiske til mangel på involvering av medisinskfaglig kompetanse i disse beslutningene, og de uttrykte bekymring for konsekvensene for likebehandling. Aasen og Mork (2011), som studerte prioriteringsvurderinger i psykisk helse, fant at helsepersonell opplever et krevende spenningsforhold mellom å ta vurderinger som fagperson på den ene siden og å være portvoktere for spesialisthelsetjenester på den andre siden. Aasen og Mork argumenterer for at konsekvensene av kryssende styringssignaler, vektlegging av kapasitetshensyn og identitetsutfordringer kan skape tillitsbrudd mellom ulike sentrale aktører. Studier av helsepersonells erfaringer er viktige både fordi de kan gi oss bedre innsikt i hvordan styringsinstrumentene fungerer i praksis, men også fordi helsearbeideres holdninger til ulike styringsinstrumenter i noen grad kan tenkes å påvirke hvor godt de fungerer (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 og Bjorvatn, kapittel 7 i denne boken). Slik kunnskap er derfor en sentral del av grunnlaget for å vurdere hvor godt styringsinstrumenter oppfyller sin hensikt, slik at vedtatte prioriteringer blir fulgt opp i praksis.

Legeforskningsinstituttets legesurvey, som gjennomføres annethvert år blant leger i Norge, ønsket å undersøke dette. Den inkluderte i 2014 spørsmål til legene om hvordan de mener forskjellige styringsverktøy påvirker prioritering, kvalitet og likebehandling i deres daglige arbeid (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 og Bjorvatn, kapittel 7 i denne boken). Denne undersøkelsen er bakgrunnen for den kvalitative intervjustudien vi presenterer i dette kapitlet. Her følger vi opp undersøkelsen ved å spørre individuelle helsearbeidere direkte om deres erfaringer. I en serie med 15 dybdeintervjuer med leger, ledere og sykepleiere innen kardiologi ved to store sykehus i Norge har vi undersøkt hva slags beslutninger om helsehjelp helsepersonell tar i de forskjellige rollene de har på avdelingen, og hvilke hensyn de mener de legger til grunn når de treffer slike beslutninger. Vi har spurt om hvorvidt og i hvilken

grad de forholder seg til forskjellige former for rettslige, økonomiske, kliniske og administrative styringsverktøy eller forhold i sitt daglige arbeid, og i hvilken grad slike verktøy eller forhold påvirker arbeidet de gjør, og beslutningene de tar om helsehjelp – enten positivt, som en støtte, eller negativt, som en begrensning av deres handlingsrom.

I dette kapitlet har vi valgt å fokusere spesielt på hva helsearbeiderne opplever som utfordrende i deres arbeid, og hvorvidt de har følt seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt. Erfaringene knyttet til å føle seg forhindret er spesielt interessante ut fra et prioriteringsperspektiv: Hvis helsearbeiderne opplever at de blir utsatt for motstridende forventninger, må de vurdere hvilke grep de skal gjøre, og hva slags avgjørelser de skal ta – de må sette noe foran noe annet. Hvordan forholder de seg til slike utfordringer i den kliniske og organisatoriske konteksten? Hvordan tar de beslutninger i slike situasjoner: Tilpasser de seg, underordner de seg, eller opponerer de? For å undersøke dette har vi sett på hvordan klinikere ved to ulike medisinske avdelinger i Norge rettferdiggjør sine beslutninger og handlinger knyttet til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Teori

Den medisinske profesjonen er en yrkesgruppe som har måttet forholde seg til store og betydningsfulle endringer, noe som har blitt gjenstand for betydelig forskning. Avprofesjonalisering og reprofesjonalisering samt endringer i profesjonsidentiteter har vært mye diskutert i internasjonal forskning på profesjoner og helsesystemer (se Munzio, Brock & Suddaby, 2013). Ledelses- og profesjonslitteraturen vier også mye oppmerksomhet til hvilke strategier klinikere og ledere benytter seg av for å forholde seg til motstridende forståelser av hva som er til det beste for organisasjonen, pasientene eller

helsepersonellet. Enkelte studier har analysert hvordan prioriteringer anses som strategiske måter å forholde seg til organisatoriske forventinger på (se Thacher & Rein, 2004), eller hvordan ledere lager kompromisser mellom ulike forventninger (se Oldenhof, Postma & Putter, 2014). Hvordan profesjonene forsøker å balansere ulike logikker og de normative forventningene knyttet til de ulike beslutningene, er et viktig tema som er blitt utforsket i et institusjonelt perspektiv (Munzio mfl., 2013). Litteraturen om kunnskapsorganisasjoner har også satt fokus på hvordan byråkratisk og organisatorisk makt fører til at kunnskapsarbeidere, for eksempel helseprofesjonene, får sin beslutningsfrihet innskrenket (fratas selvbestemmelse). På denne måten blir helsepersonell avmektige i et system der makt og styring formes og utspilles i daglige praksiser og forgreininger gjennom flere kanaler og kontrollinstanser (jf. «governmentality») utenfor deres kontroll. Begrepet *governmentality* (fra Foucault) viser til styring og mentalitet og innebærer at individet regulerer sine handlinger i tråd med det som de styrende ønsker, men uten at individet opplever at den styrende har kontroll. Individet opplever en stor grad av selv-kontroll og autonomi gjennom andre former for kontroll enn direkte påbud, regler eller kommandoer, slik som kontinuerlig selv-evaluering, personlig disiplin og selvforbedringsteknikker. *Governmentality* er like fullt en form for subtil styring, der individet styres innenfra etter standarder som det selv tilsynelatende har satt for seg selv, men som har sin opprinnelse i mer overordnede strukturer og systemer (Burchell, Gordon & Miller, 1991).

Bøyum (2017) diskuterer hvordan profesjonsutøveren kan oppleve at hun ikke har et frirom, og at hun dermed må grunnge sine valg for å vise at den faglige beslutningsfriheten blir forvaltet på en forsvarlig måte. Litteraturen har imidlertid i mindre grad utforsket hvordan beslutninger forsvares i en kontekst der den faglige autonomien oppleves å være svekket. Dette ser vi nærmere på i dette kapitlet.

Slik både Wang (2015) og Aasen og Mork (2011) beskriver i sine studier, er ofte konteksten for de beslutningene som helsepersonell tar, preget av mange motstridende hensyn og prinsipper, slik som kapasitetshensyn, ulike styringssignaler for tjenesten og ulike medisinske behandlingsformer. Dette kan vi kalle ulike «orders of worth» eller verdiordninger, som peker på at det eksisterer verdier for handling som ikke alltid er sammenfallende, men som gjerne opptrer samtidig (jf. Boltanski & Thévenot, 2006). Hva som for eksempel oppfattes som gode, kliniske avgjørelser, er ikke nødvendigvis sammenfallende mellom aktørene, og det kan derfor være gjenstand for forhandlinger. Aktørene må argumentere og rettferdiggjøre sine avgjørelser for å skape forståelse og rom for å kunne ta de avgjørelsene som de tar. Avgjørelsene blir dermed en form for forhandling mellom ulike verdiordninger (se Hoff & McCaffrey, 1996). Slike forhandlinger, som tar form av rettferdiggjøring av beslutninger som aktørene tar, har betydning for hvordan helsearbeiderne kan ivareta og opprettholde sin selvbestemmelse og faglige frihet.

Vi har undersøkt hvordan informantene begrunner sine handlinger og rettferdiggjør dem ved bruk av prinsipper som de fremholder som viktige, men som kan komme i strid med andre førende prinsipper nedfelt i styringsinstrumenter, kontrollsyste-mer og organisatoriske forventninger. Vi ønsket å avdekke hvordan klinikere forholder seg til ulike prinsipper eller «verdiordninger», og hvorvidt motstridende prinsipper påvirket deres muligheter til å ta de beste avgjørelsene. Vårt analytiske utgangspunkt er at individer leser situasjoner på ulike måter og benytter ulike prinsipper for å rettferdiggjøre og legitimere sine handlinger. For en kliniker kan for eksempel den viktigste verdien være at pasienten får mulighet til å prøve nyeste behandlingsmetode, mens for en avdelingsleder kan den fremste verdien være at pasienten blir skrevet ut til lavere behandlingsnivå så fort som det er faglig forsvarlig.

Retttferdiggjøring av beslutninger som tas, kan derfor fungere som et moralsk narrativ i en situasjon der individet må forholde seg til et *hierarki* av verdier.

Boltanski og Thévenot (1999, 2006; Boltanski, 2011) vektlegger at i sosiale situasjoner som er preget av motsetninger og strid, er det viktig å fokusere på retttferdiggjøringsprosesser for å få til organisatorisk enighet og endring. Perspektivet til Boltanski og Thévenot har vært viktig i flere empiriske organisasjonsstudier for å forstå hvordan organisasjoner preges av ulike konkurrerende rasjonaliteter, samt hvordan ulike prinsipper kan forårsake spenninger (se Jagd, 2011). Få studier har imidlertid sett på hvordan retttferdiggjøring av beslutninger kan bidra til å etablere kompromisser og enighet i organisasjoner, snarere enn splittelse.

I dette kapitlet anvender vi innsikter fra Boltanski og Thévenot sine analyser av ulike verdiordninger for å få innsikt i hvordan aktører retttferdiggjør sine handlinger i daglige gjøremål. Leger og helsepersonell deltar i mange ulike situasjoner i løpet av arbeidsdagen, og det er mange beslutninger, ofte vanskelige og tilsynelatende uforenelige, som må tas. Avgjørelsene er ikke nødvendigvis strukturert av detaljerte regler eller instruksjoner – mange avgjørelser er relativt spontane og tilpasset den enkelte situasjonen, uten dermed å si at regelverket eller retningslinjene settes til side. Boltanski og Thévenot understreker at mennesker i stor grad legitimerer eller retttferdiggjør sine handlinger eller avgjørelser på relativt fritt grunnlag. Dersom de forventer å bli forstått og akseptert i den sosiale situasjonen de befinner seg i, må de likevel uttrykke seg i et språk og med verdier som passer i den konteksten de opererer i. De må altså forholde seg til både språklige og kulturelle normer som preger denne konteksten. Slike normer kan være for eksempel rettslige, administrative eller profesjonsbaserte. Boltanski og Thévenot argumenterer at aktører etablerer og forholder seg til ulike sosiale logikker basert på et mangfold av verdisystemer.

Disse ulike logikkene er det Boltanski og Thévenot kaller verdiordninger («orders of worth»). Verdiordningene formidler ulike verdimeslige standarder, men reflekterer likevel en viss grad av overlapp ved at de er sosialt akseptable som del av et felles verdimeslig hierarki. En verdiordning er basert på «[a] principle according to which the members of a polity share a common humanity» (Boltanski & Thévenot, 2006, s. 74).

I vårt tilfelle inngår avgjørelser som helsepersonell tar til daglig for å ivareta pasienters behov, samtidig som de skal forholde seg til tildelte ressurser og vedtatt regelverk. Dette er et felles verdimeslig prosjekt som kan utfordres av andre ulike verdimeslige tolkninger og standarder, slik som ulike syn på hva som er best for pasientene, hvordan ressurser bør brukes mest optimalt, eller i hvilken grad skjønnsvurderinger skal reguleres. Vårt materiale analyseres i lys av slike ulike verdimeslige standarder. Ulike standarder kan forårsake uenighet og motsetninger. Vi ønsket å undersøke hvordan hverdagslige og til tider kompliserte avgjørelser ble formulert og rettfærdiggjort innenfor en kontekst preget av ulike forventninger, komplekse reguleringer og eksplisitte krav om kostnadsreguleringer. Vårt forsknings spørsmål var hvordan helsepersonell opplever og begrunner sine avgjørelser i en slik hverdag.

Metode

Studien har en kvalitativ metodisk tilnærming, ettersom vi søkte helsepersonells utfyllende beskrivelser og erfaringer om hvordan de opplever å ta beslutninger om helsehjelp i sin kliniske hverdag. Vi gjennomførte 15 dybdeintervjuer ved ulike somatiske poster på to sykehus som tilbyr elektiv behandling og øyeblikkelig hjelp. Intervjuene ble utført som individuelle intervjuer på informantenes kontor og varte mellom 60 og 70 minutter. Data ble innhentet vår og høst 2016. De fleste intervjuene ble utført av begge

forfatterne, fire bare av den ene. Der begge var til stede, supplerte den som ikke utførte intervjuet, med oppfølgingsspørsmål og kommentarer underveis. De transkriberte intervjuene ble lest av begge forfatterne.

Vi gjorde en innholdsanalyse der vi systematiserte intervju-materialet i overordnede temaer som pekte seg ut som de mest sentrale – de tematikkene som flest informanter reflekterte rundt og fremhevet som viktige for dem. Deretter organiserte vi intervjumaterialet under disse tematikkene, diskuterte underordnede tematikker og sammenlignet våre ulike utvalg, slik at vi etter hvert fant en enighet om overordnede og underordnede tematikker, sitater og situasjoner. Enkelte temaer og beskrivelser som ikke direkte var knyttet til vår opprinnelige problemstilling, men som engasjerte informantene, og som ble gjentatt i intervju-materialet, ble viktige elementer som utvidet vår forståelse av hva som er viktig og sentralt i beslutningsprosesser på et klinisk nivå. Vi arbeidet derfor ut fra en stegvis-deduktiv induktiv metode (jf. Tjora, 2012): Vi utviklet tematikker og teoretiske drøftinger på bakgrunn av empirien, men gjorde stadige tilbake-steg og koblinger mellom teori, andre studier på feltet og problemstillingene vi startet opp med, samt det empiriske materialet vi hadde innhentet. I dette kapitlet presenterer vi et utvalg av disse tematikkene, med vekt på helsearbeidernes opplevde utfordringer i arbeidet og deres erfaringer knyttet til å føle seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt. Disse utfordringene var i noen grad, men ikke nødvendigvis, relatert til virkninger av ulike styringsverktøy.

Informanter

Informantene ble rekruttert ved «snøballutvelgelse», i den forstand at vi etter hvert rekrutterte informanter etter forslag fra dem vi

intervjuet. Fem av deltakerne var kvinner og ti menn. Gruppen inkluderte kardiologer, indremedisinere og geriatere med beslutningsmyndighet på avdelingsnivå, intensivsykepleiere på postnivå samt avdelingsledere. Legene var både overleger og leger i spesialisering. For en oversikt over informantene, se tabell 8.1.

Tabell 8.1: Informanter

Informant	Bakgrunn	Posisjon	Type seksjon	Øyeblikkelig hjelp (ØH)/elektiv
Kvinne (14/15)	Sykepleier, intensiv	Seksjonsleder	Intensivavdeling	Mest ØH
Kvinne (10)	Lege, indremedisin, hjertesykdom,	Seksjonsleder	Hjerteavdeling	Begge
Mann (11)	Lege, indremedisin, infeksjonsmedisin	Seksjonsoverlege	Infeksjonsmedisinsk avdeling	Begge
Kvinne (6)	Lege, indremedisin, geriatri	Lege i spesialisering LIS	Intensivavdeling	Begge
Kvinne (9)	Lege	Konstituert overlege	Hjerteavdeling	Begge
Mann (08)	Lege, spesialist i indremedisin og kardiologi	Ass. avd.direktør	Hjerteavdeling	Begge
Mann (7)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Begge, mest elektiv
Mann (5)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Intensivavdeling	ØH
Kvinne (12)	Sykepleier, intensiv	Intensivsykepleier	Intensivavdeling	ØH
Mann (13)	Lege, kardiologi og indremedisin	Seksjonsoverlege	Hjerteavdeling	Begge

(fortsetter neste side)

Tabell 8.1: Informanter

Informant	Bakgrunn	Posisjon	Type seksjon	Øyeblikkelig hjelp (ØH)/ elektiv
Mann (18)	Lege, geriater	Overlege	Hjerteavdeling	ØH
Mann (19)	Lege, indremedisin, kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Elektiv
Mann (20)	Lege, indremedisin og kardiologi	Overlege	Hjerteavdeling	Elektiv
Mann (16)	Lege, indremedisin, kardiologi	Overlege	Poliklinikk	Elektiv
Mann (17)	Lege, kardiologi	Overlege	Poliklinikk	ØH

Resultater

Vi organiserte resultater fra studien i analytiske temaer. Vi fant raskt at helsepersonell må forholde seg til en mengde reguleringer, forventinger og krav i sitt daglige virke, hvilket i noen tilfeller kunne oppleves som utfordrende. Disse utfordringene som helsearbeiderne sto overfor, kan representeres som ulike logikker eller verdiordninger (jf. Boltanski & Thévenot, 2006). Vi gir først en kort beskrivelse av forskjellige beslutninger informantene står overfor i sitt arbeid, og presenterer deretter noen sentrale utfordringer.

Beslutninger om helsehjelp

Våre informanter representerte en rekke ulike spesialiseringer og roller, og det var naturlig nok stor variasjon i hvilke beslutninger de står overfor i sitt arbeid. Sentralt for de fleste klinikerne var beslutninger om hvilken behandling pasienten trenger, valg av behandlingsnivå samt vurdering av pasientens helsetilstand og eventuelle

risikoer knyttet til behandling. Vurderinger av henvisninger og av hvem som skal tas inn og behandles på sykehus, inngår også i flere av informantenes daglige beslutninger, samt avgjørelser om avslutning av behandling og utskriving av pasienter. Beslutningene er ofte kompliserte, fordi det er mange hensyn å ta.

Beslutninger om valg av diagnostiske metoder, valg av behandlingsformer og valg av behandlingsnivå er avgjørelser som tas i tråd med medisinske retningslinjer. Disse er sentrale for enhver beslutning som tas, men samtidig er det også flere andre faktorer og hensyn som er viktige. I det følgende tar vi for oss tre ulike logikker som representerte utfordringer ved beslutninger helsearbeiderne sto overfor.

Å holde budsjetter: den økonomiske logikken

Å forholde seg til tildelte budsjetter og vedtatte kriterier for prioritering for å tilstrebe god ressursutnyttelse er en viktig oppgave for offentlige helsearbeidere. Også klinikere må i økende grad forholde seg til budsjetter og ressursbegrensninger i sitt daglige virke (Halvorsen, Førde & Nordtvedt, 2008). Økonomiske begrensninger var et tema som også flere av våre informanter var opp-tatt av, og som tydeliggjør potensielle dilemmaer. Utfordringer med kapasitetshensyn og beslutningsansvaret for prioriteringsvurderinger gjør at helsepersonell i den kliniske hverdagen til tider opplever at ikke-faglige forhold må tas større hensyn til i avgjørelsene. Dette kom spesielt godt til syne i informantenes diskusjon om begrensninger knyttet til underbemanning og tilbud om behandling.

Begrensninger knyttet til tilbud om behandling

Ett eksempel var hvorvidt pasienter skulle tilbys hjertestarter i tillegg til pacemaker, som er et dyrere alternativ enn bare å tilby

pacemaker. Slike beslutninger ble beskrevet som kompliserte og sammensatte, der flere hensyn spiller inn, blant annet prognose, risiko ved inngrepet, etiske hensyn omkring det å forlenge et liv med lav livskvalitet samt kostnaden ved inngrepet:

O7: «Vi har i mindre grad mulighet til å legge inn forebyggende hjertestarter hos de eldste, og dette er delvis økonomisk betinget.»

O13: «Jeg må jo si at det er en del pasienter jeg kunne tenkt meg å gi hjertestarter, hvor vi da ikke har gjort det, på grunn av at, ja, det har litt med både kostnad å gjøre og praksis å gjøre, kan du si. ... Vi har jo et budsjett. Så vi må jo forsøke å holde oss innenfor. Kostnadsnivået er høyere for [hjertestarter]. Og effekten er kanskje mindre sikker.»

Økonomi ble også førende i de tilfellene der DRG-satsen for en prosedyre eller behandling er langt lavere enn sykehusets faktiske kostnader. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem der sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet der pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. DRG gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser.¹

I tilfeller der DRG-satsen for en prosedyre eller behandling er lavere enn sykehusets faktiske kostnader, taper sykehuset penger

1 Se: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>

på å utføre prosedyren. Dermed må de være restriktive i bruken av den, selv om klinikerne i utgangspunktet mener at den er det mest optimale for pasientens tilstand – de må «være stramme i indikasjonsstillingen» (O8).

Lukket hjerteklaffoperasjon er et annet eksempel på en dyr prosedyre som de må være restriktive med å gi:

O19: «Det har jo vært et kjempeunderskuddsprosjekt for avdelingen som avdelingen bare har tatt kostnaden på, fordi myndighetene gjennom DRG-systemet ikke har gitt finansiering til det. Det som skjer, er at vi snakker med ledelsen på begynnelsen av året, og så sier de at vi får lov til å gjøre så og så mange prosedyrer av den her typen i år.»

Hvor mange operasjoner som kan utføres, avhenger av økonomiske forhold:

O19: «Men det er så klart et kjempeproblem at avdelingsdirektøren på begynnelsen av året sier at 'i år skal dere gjøre tolv eller femten eller tjue av den her prosedyren', så viser det seg at du har 40 pasienter som i utgangspunktet trenger behandlingen. Enten kan du ikke behandle dem, eller så gjør du det likevel.»

«Eller så gjør du det likevel», var et utsagn som flere benyttet. Denne uttalelsen viser til hvordan de til tider tilpasser seg den budsjettmessige situasjonen på avdelingen, men at de likevel finner åpninger som kan ivareta medisinske hensyn. Dersom det blir avvik, beskriver flere informanter at de argumenterer for nødvendigheten av å ta slike beslutninger, og at avviket rettferdiggjøres i et medisinsk forsvarlighetsperspektiv:

O5: «Altså de forventer jo at vi er lojale mot de faglige kriteriene som man setter. (...) Hvis vi avviker fra indikasjonsstillingen, så må vi argumentere for avviket. Og det gjør vi.»

En annen informant uttrykker seg kritisk til hvordan helsetjenesten er drevet på et overordnet nivå, og beskriver hvordan mange

opplever at styring fra myndighetene, men også fra ledelsen på sykehuset, kommer i konflikt med hennes ønske om å gi god faglig og menneskelig behandling:

Og: «Jeg har en sterk følelse av at det er ikke det faglige som er i fokus. Det er økonomien, det er telle- og rapporteringssystemene som det brukes mest energi på, og det fjerner egentlig fokuset fra pasienten. (...) Det er frustrerende fordi det er ingen ovenfra som ber oss gjøre en god faglig jobb eller en god menneskelig jobb. Det er ingen som sier at det [er viktig] å ta seg tid å snakke med fru Hansen og fortelle hva dette hjerteinfarkt faktisk medfører for hennes liv videre. ... Det er antall ut, antall inn, epikriser, koding, hvor raskt får du ut den epikrisen.»

Slike kritiske utsagn ble flere ganger løftet frem som eksempler på hvor krevende arbeidshverdagen deres er. Overordnede krav om effektiv drift opptrer som styrende organisatoriske verdier som informantene må forholde seg til, og som de frustreres og slites av, men som de alltid finner løsninger på for å få til forsvarlige medisinske beslutninger og handlinger.

Begrensninger knyttet til underbemanning

En annen utfordring som beskrives av informantene, er mangel på personell. Bemanningssituasjonen ble fremhevet på begge avdelingene som en faktor som i stor grad påvirker hvorvidt de får til å utføre godt arbeid. Underbemanning fører til opplevelser av å være i skvis mellom alle oppgavene og beslutningene de må ta, og at de ikke får god nok tid til å tenke på kvaliteten i det arbeidet de gjør. Flere fremhevet at denne situasjonen er spesielt krevende i helger, når bemanningen er lavere, og når pasienter er del av et behandlingsopplegg eller pakkeforløp som forutsetter at undersøkelser skjer på riktig tid. Å forhindre at undersøkelser avlyses på grunn av mangel på personell, kan være svært krevende.

Som oftest finner de løsninger på disse utfordringene, men også slike grep svikter av og til:

O10: «Bemanningsproblemet løses gjerne internt på seksjonen – kanskje en overlege må veilede to grupper i stedet for en, for eksempel. Men vi lykkes ikke alltid i slike omjusteringer, og det hender vi må avlyse pasienter. Jeg kan ikke si annet enn at jeg skammer meg over det på vegne av avdelingen, når vi ikke klarer å levere.»

Informantene fortalte at de av og til måtte avvike fra det de opplever som de ideelle avgjørelsene:

O12: «Det er jo en faglig vurdering. Altså du prioriterer det som er viktigst i forhold til pasienten sin sykdomstilstand. Du vet at noen ting er ufravikelig, de kan du ikke fire på. Mens andre ting kan jeg flytte litt på. Vi har ikke noen til å hjelpe, ok, da må vi vente en time eller to, det blir jo det. (...) Hele verden vår er jo på en måte å vurdere pasientens tilstand i forhold til de tingene vi vil ha gjort.»

Informanten beskriver her hvordan de hele tiden vurderer hva som er nødvendig å utføre, og hva de kan la være å gjøre eller kan gjøre på en mindre omfattende måte. Til tross for at de ikke alltid kan ta de mest optimale avgjørelsene, understreker informantene, som samtlige andre informanter, at de alltid gir pasienten den behandlingen vedkommende har krav på. De vedgår at flere aspekter ved oppholdet ikke alltid er tilfredsstillende, men understreker at behandlingen likevel alltid er medisinsk forsvarlig. Derimot er det ikke alltid at den menneskelige omsorgen gis nok oppmerksomhet, slik en sykepleier beskriver under:

O12: «Vi skal være 14, men så er vi ti [på vakt]. Ja, det gir jo selvfølgelig implikasjoner for hva vi kan holde på med. Hadde jeg hatt lyst til å vaske pasienten sitt hår, fordi det synes jeg jo er en god ting når du ligger som intensivpasient og ikke kan gjøre det selv. (...) Jeg tenker at det er en riktig ting å gjøre i dag, men rammene rundt tilsier

at det kan jeg ikke gjøre, for jeg trenger hjelp på det. Og den hjelpen er ikke der. Men pasienten stryker jo ikke med om ikke noen vasker håret. Men hvis du spør pasienten i ettertid hva som var stas den dagen, så er det som regel den hårvasken. Det er jo litt ulike perspektiver på hva du må, og hva som er behandling. Og alt det andre som handler om å være menneske. Det har forbauset meg etter lang erfaring at de tingene som handler om å være menneske, er veldig viktige.»

Helhetlig omsorg som gir verdighet, slik sykepleieren fremhever i dette sitatet, må imidlertid velges bort når bemanningen er for lav, som et resultat av at økonomi implisitt har blitt rangert som viktigere. Ulike verdiordninger gjør at helsearbeiderne må gjøre kompromisser i sine beslutninger. Utsagnet «pasienten stryker jo ikke med» peker klart på at ulike verdier brytes mot hverandre i den daglige praksisen for helsearbeidere. Utsagnet kan forstås som et forsøk på å rettferdiggjøre at medisinsk forsvarlighet tross alt ivaretas, selv om helhetlig omsorg blir skadelidende fordi bemanningen er lavere enn det som er ønskelig. Samtidig indikerer uttalelsen også at informanten mener at det å bare ivareta medisinsk forsvarlighet ikke er godt nok.

Pasientforløp: den organisatoriske logikken

For at pasientbehandling skal være optimal, vektlegges effektive pasientforløp i de fleste sykehus i dag. Pasientforløp betegner alle ledd i behandlingsskjeden fra pasienten kommer inn på sykehuset, og til utskrivingen. For å sikre kvalitativ god behandling er effektive forløp viktig som organisatorisk styringsredskap. I vårt materiale var det spesielt utskrivningspraksisene som ble beskrevet som utfordrende for hvilke beslutninger helsearbeiderne kan ta. Organisatoriske krav om kortere liggetid kan utfordre de medisinske beslutningene, slik at pasienter må skrives ut av organisatoriske

snarere enn utelukkende medisinske årsaker. Flere beskriver at de skriver ut pasienter, inklusive til andre tilbud, litt raskere enn de gjorde før. Flere begrunner dette i internasjonale retningslinjer om beste behandling, mens andre kjenner på at det er forventninger i organisasjonen om at de må gjøre det, og at de helst skulle sett at pasienten kunne blitt liggende lenger.

Liggetid og korridorpasienter

Å unngå korridorpasienter er et viktig mål for avdelingene i denne studien. Mange av informantene beskriver at de ofte må gjøre kompromisser i hvordan de håndterer den enkelte pasients behov. Noen synes de skriver ut pasienter for fort:

O7: «Men du skriver de ut, og kanskje kalkulerer du at det er en viss risiko for at de blir reinnlagt. (...) Det ville vært enklere hvis de kunne ligget en dag ekstra.»

O13: «Ja, [utskrivingspraksisen] gjør at en presser de, skriver ut tidligere. Og en forsøker å få til løsninger i poliklinikk eller kontroll hos fastlege og privatpraktiserende spesialister.»

Slikt press, som fremkommer i sitatet over, beskrives av flere informanter som et press om å avklare pasienter raskere for å sikre at avdelingene ikke skal få korridorpasienter. Dette innebærer at de, som en informant sier, må «ta kanskje litt mer risiko i noen vurderinger, sånn at vi rett og slett får ryddet i korridorene» (O18). Å rydde i korridorene kan innebære å flytte pasienten til en annen avdeling som har ledig rom. At pasienten flyttes til en annen avdeling, gjør det vanskeligere for behandlerne å følge opp pasienten, spesielt å nå pasienten raskt, overvåke eller snakke med pasienten. Noen av informantene uttrykte at de i slike tilfeller foretrekker at pasienten heller legges i korridor, slik at de har større kontroll over ham eller henne. Kvalitetsindikatoren «korridorpasienter» oppleves

av mange som å ikke være tilpasset situasjonen på avdelingene, og det oppleves som et krav som er politisk og byråkratisk fundert snarere enn medisinsk gjennomtenkt:

O20: «Det skaper mye frustrasjon fordi det er veldig mye fokus på måling. Det har vært voldsomt fokus på korridorpasienter, og det fins jo ingen som er uenige i at det er dumt at vi har mye pasienter på korridor. Samtidig så er det jo ikke sikkert at det er bedre kvalitet, at vi ikke har pasienter på korridor på hjerte, mens det ligger ferske infarkter på revmatologen, for der var det plass. Det er sannsynligvis dårligere kvalitet for pasientene. Det er bedre å ligge på korridor på hjerte. Man føler i stor grad at de tror de måler noe annet enn det de måler. At de måler det de måler, bare fordi det er lett å måle.»

Det å håndtere både kravet om å ikke ha korridorpasienter, men samtidig ha en forsvarlig utskrivingspraksis blir til tider krevende, som beskrevet under:

O6: «Men selv med korridorpasienter så er det enormt mange som kommer inn hvert døgn. (...) Jeg skriver ikke ut pasienter uten at jeg tenker at det er medisinsk forsvarlig. Men det er nok litt sånn at noen ganger så satser man på at det går bra. Og så kunne man ha sett det litt lenger an for å være helt sikker. Men jeg skriver aldri pasienter ut uten at jeg tenker at det er forsvarlig. (...) Hadde jeg vært en helt fersk assistentlege, så ville jeg jo sikkert ha tenkt at ja, da må de vel hjem, da. Sånn at det er under press akkurat den biten der, ja. (...) Det er et daglig dilemma.»

Sitatet illustrerer hvordan daglige beslutninger i stor grad handler om å finne gode organisatoriske løsninger som ivaretar forsvarlige medisinske beslutninger. Helsearbeiderne må forholde seg til verdier som tilsynelatende ikke er sammenfallende eller kan komme i konflikt: På den ene siden er de påkrevd å forholde seg til organisatoriske krav om liggetid og å unngå korridorpasienter, men på

den annen side er de ikke alltid enige i at å følge disse kravene nødvendigvis gir best mulig behandling for pasienten. Dette medfører daglige utfordringer.

Pasientgrupper med spesifikke behov

Eldre pasienter er en pasientgruppe med svært sammensatte behov og som flere av informantene var sterkt engasjert i. Mange var opp-tatt av at sengetallet på sykehuset var for lite, og at det hadde blitt betydelig redusert de siste årene. Lavt sengetall ble beskrevet som en ekstra utfordring for denne pasientgruppen, som ofte består av svært gamle og skrøpelige pasienter. God behandling er for mange av informantene å kunne beholde denne pasientgruppen lenger på sykehus, heller enn å skrive dem ut til et sykehjem:

O9: «Og det står jo og stamper med pasienter som vil inn, og så må man gjøre en slags prioritering, hvem kan klare seg hjemme. Så må du prioritere de som er uavklarte, og så, ja. Nei det går ofte ut over eldre pasienter som ikke klarer seg så godt, ja.»

O18: «En del av pasientene våre, altså de eldste, de ser vi at kanskje kunne hatt litt bedre nytte av å være her en uke til for eksempel, heller enn å sendes til et sykehjem med litt dårligere rehabiliteringsmuligheter og lignende. Men samtidig så må vi jo ta hånd om de som kommer inn og har sin første uke, fordi det er på en måte det vi er best til. Så det er jo en form for prioritering, det og. Vi skriver hele tiden ut pasienter uten å følge dem opp i så lang tid som vi gjerne gjorde før. Før hadde vi mye lenger liggetid oppe i den etasjen jeg jobber i, enn vi har nå.»

Man forsøker å håndtere bekymringen for denne pasientgruppen ved å løfte frem at sykere pasienter likevel må få førsteprioritet. Det er åpenbart en vanskelig avveining som informantene må forholde seg til i det daglige. Forståelsen av at de er nødt til å prioritere, og

at de gir god nok behandling, gjør at de håndterer disse vanskelige avveiningene, slik informanten under reflekterer:

O18: «Vi er tross alt stort sett i stand til å gjøre det som er godt nok: Klart at noen kunne hatt marginalt bedre nytte av å være her litt lenger. Men så tenker jeg, det handler jo også om å tenke hva er godt nok. Det kan ikke være bare best, best, best for alle hele tiden. Så vi må rett og slett rydde plass til de sykeste pasientene til enhver tid. Det er en del av prioriteringen vi må gjøre.»

Sitatet peker på at det ikke er rom for at alle til enhver tid skal få det som er best, noe som er kjernen i enhver prioritering som helsearbeidere må ta. Organisatoriske styringskrav kan være delvis økonomisk betinget og relatert til økonomiske ressurser, slik det er beskrevet her. Liggetid, korridorpasienter og prioritering av visse pasientgrupper kan imidlertid ses som organisatoriske grep for å få til gode pasientforløp og er sentralt i en organisatorisk logikk. Effektive organisatoriske prosesser har imidlertid implikasjoner for effektiv drift og fører til at det er helsearbeiderne som må håndtere disse til tider motstridende logikkene i sitt daglige arbeid.

Å ha handlingsrom i skjønnsavgjørelser: den profesjonelle logikken

Å ha frihet til å ta faglige, forsvarlige avgjørelser i tråd med egne skjønnsvurderinger er viktige prinsipper for profesjonsutøvere. Informantene i denne studien er svært opptatt av å understreke at de tar slike forsvarlige avgjørelser. Samtidig beskriver de også opplevelser av at deres kliniske handlingsrom utfordres på forskjellige måter. De må forholde seg til ulike prinsipper og forventninger som ikke alltid oppfattes å være medisinske eller føre til de beste medisinske avgjørelsene. Både økonomiske og organisatoriske faktorer påvirker hvilket rom de har for å kunne ta de beste faglige avgjørelsene:

O5: «Det er jo en del områder hvor du kan si at du nærmer deg en effektivitetsgrense.»

O7: «Det er motstridende krav at du ikke skal ha korridorpasienter, og at du skal behandle alle etter beste evne.»

O11: «Når det gjelder økonomi, så har vi en organisering i denne avdelingen som legger store begrensninger på min aktivitet. Og mitt handlingsrom er svært lite.»

Sitatene over løfter frem erfaringer som flere av informantene beskrev: Effektivitetskrav, økonomisk drift og organisatoriske løsninger begrenser handlingsrommet og den friheten informantene opplever at de har over beslutninger i faglige medisinske spørsmål.

Likebehandling

Å kunne tilby lik behandling til alle pasienter er et tema som i særlig grad setter spørsmålet om faglig frihet på prøve. Det gjelder både å kunne benytte seg av de beste prosedyrene, å kunne tilby like tjenester uavhengig av geografisk beliggenhet og å kunne tilby enkelte pasientgrupper noe mer enn andre. Pasienter med ruslidelser og eldre pasienter med sammensatte lidelser ble løftet frem som eksempler på det siste. Dette støtter opp om funnene fra Legeforskningsinstituttets legeundersøkelse, der legene på spørsmål om likebehandling uttrykte bekymring for gruppene rus og/eller psykiatri og eldre og multisyke (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). De sykeste pasientene blir alltid prioritert først, dette var det fullstendig enighet om, men i enkelte tilfeller skulle flere av informantene ønske at de kunne prioritere spesifikke pasientgrupper, slik som eldre med hjerneslag eller eldre med flere typer lidelser:

O10: «Ofte får de ikke gjort ultralydundersøkelse av hjertet mens de er innlagt på sykehuset. Da må de komme tilbake for det. Det er ikke en optimal betjening av den gruppen.»

O8: «Gamle folk kommer inn og har et eller annet med hjertet, og så ordner vi opp med hjertet. Men så har de vondt i magen i tillegg. Og så har vi ikke tid til å la dem ligge på vår avdeling og samtidig få undersøkt magen. Så da må vi sende dem ut, for vi har rett og slett ikke plass til å la dem ligge her og få full service.»

O9: «Altså jeg liker jo å tro at vi behandler folk likt, og langt på vei tror jeg det stemmer. Men det hender jo at ruspasienter gjerne kan bli litt skjevfordelt. De kan ende opp med mindre behandling enn andre, fordi vi er i tvil om de er i stand til å etterleve videre behandlingsopplegg.»

Beskrivelsene over viser at de forsøker så langt det lar seg gjøre å gi så god behandling som mulig til alle pasienter. Informantene opplever at de kan gi lik behandling til alle og den hjelpen alle trenger, men flere ønsker de kunne brukt litt mer ressurser på enkelte pasienter som er ekstra trengende. I noen tilfeller opplever informantene at enkelte grupper av pasienter presser ekstra på for å få spesifikk behandling:

O13: «En ser jo det at pressgrupper. Det å gi en sykdom et ansikt, så begynner det å skje ting, f.eks. behandling av arterieflimmer (...) her var det snakk om prioritering. Jeg tør ikke si at det ikke var nødvendig. Det skal jeg ikke si, men det viser hvordan dynamikken er når det gjelder prioritering (...), så det er veldig viktig hvordan politikere og andre håndterer presset fra pressgruppene.»

O7: «Innenfor behandling med pacemaker så er det ikke noe skjevfordeling, tror jeg, med hvem som skulle hatt og ikke får, i forhold til de som får.»

O16: «Det er helt klart at det vil være eksempler på hvor man får såpass mye å gjøre at pasientene ikke nødvendigvis får den oppmerksomheten de burde hatt. (...) Men man forsøker jo til enhver tid å håndtere det mest akutte sånn at det ikke skal gå på livet løs.»

Til tross for at enkelte pasientgrupper med sterk stemme forsøker å få tilgang til spesifikk behandling, opplever ingen av informantene at de lar seg påvirke av krevende aktører til å ta beslutninger som fører til at andre pasienter nedprioriteres. Verdien av likebehandling er sterkt vektlagt i informantenes beskrivelser av hvordan de tar beslutninger, og muligheter de har til å ta disse beslutningene.

Diskusjon

Materialet vårt viser hvordan helsepersonell i en klinisk hverdag rettferdiggjør sine handlinger, og hvordan en slik rettferdiggjøring gjør det mulig for dem å ivareta det de opplever som en forsvarlig forvaltning av deres autonomi og kontroll over daglige beslutninger.

Våre funn reflekterer en rekke beslutninger og situasjoner som av helsearbeiderne oppleves som utfordrende på forskjellige måter. På direkte spørsmål om de opplever at ulike styringsverktøy forhindrer dem, eller gjør det vanskelig å ta faglig forsvarlige valg om behandling, er det ingen som uttaler eksplisitt at det er tilfelle. Informantene fremstår som å ha relativt stor grad av frihet til å kunne ta de beslutningene de mener er best. Deres faglige selvbestemmelse synes ikke å være innskrenket i den betydning at de ikke kan ta forsvarlige og faglig begrunnede medisinske avgjørelser. Imidlertid beskriver de erfaringer av at deres kliniske handlingsrom utfordres i enkelte tilfeller, for eksempel i møte med økonomiske rammer, liggetid og likebehandling.

Informantene sier at «gjør så godt de kan». De søker etter å oppnå det de selv mener er medisinsk forsvarlige praksiser, til tross for organisatoriske utfordringer eller andre ressursmessige begrensninger som de må tilpasse seg. Samtidig opplever de at de ikke alltid har tilstrekkelig handlingsrom til å gi god nok omsorg til pasientene. Denne tilpasningen blir, som vi viser over,

en rettferdiggjøring av handlinger som aktørene gjør (jf. Boltanski & Thévenot, 1999, 2006).

I materialet vårt ser vi at informantene i en viss grad er forhindret fra å ta de beste beslutningene eller utføre de mest ønskelige handlingene på grunn av flere ulike faktorer. De gjør imidlertid det de mener er «godt nok», i den forstand at de foretar de beste medisinskfaglige beslutningene de kan, gitt de rammevilkårene de har. «Godt nok» synes å vise til rent medisinskfaglige aspekter med behandlingen, noe de understreker at de oppfyller. Samtidig synes de også å gi uttrykk for at standarden på behandlingen ikke alltid oppfyller deres egne faglige idealer, som også innbefatter god menneskelig omsorg, noe som oppleves som utfordrende. Utsagn om at de gir «god nok» behandling, ser vi som en måte å håndtere, forhandle og tilpasse seg økonomiske og organisatoriske krav og forventninger på. De forholder seg til krevende situasjoner («situations troubles», jf. Boltanski & Thévenot, 1999) der den beste pasientbehandlingen ikke nødvendigvis lar seg forene med økonomiske tilgjengelige ressurser eller organisatorisk kapasitet. Selv når de opplever at de går på akkord med sine egne faglige idealer, møter informantene denne situasjonen med å etablere en begrunnelse for hvorfor deres beslutninger er gode nok, og dermed legitime og i tråd med faglig integritet og selvbestemmelse. De etablerer et kompromiss mellom disse ulike prinsippene eller verdiordningene. På denne måten fremtrer de som aktive og autonome aktører som leter etter måter å kunne gjøre gode nok beslutninger på i et komplekst system der ulike verdier til tider er uforenlige.

At de ikke alltid kan ta de mest optimale beslutningene, knyttes ofte til et høyere helsepolitisk nivå. I denne konteksten må både klinikere og ledere forhandle i et felt av motstridende logikker for å oppnå legitimitet overfor flere «stakeholders» for deres handlinger. Vårt mål har vært å utforske hvordan ulike verdier, som til tider kan oppleves som motstridende, tilpasses og sammenføres

gjennom informantenes rettferdiggjøringer av hvorfor de tar de beslutningene de tar. Det betyr ikke at vi betrakter beslutningene som normativt dårlige, medisinsk uforsvarlige eller subversive, men det viser hvordan informantene begrunner sine handlinger i en kompleks og komplisert organisatorisk kontekst. Denne rettferdiggjøringen fremtrer som en form for overlevelsestrategi.

Slik får vi innblikk i hvordan flere ulike verdier og prinsipper for gode helsetjenester kan eksistere parallelt, og i hvordan klinikere opprettholder eller tilpasser seg motstridende prinsipper for å kunne etablere en opplevelse av at de kan ta gode nok beslutninger.

Konklusjon

I denne kvalitative studien har vi undersøkt hvorvidt helsearbeidere i sykehus føler seg forhindret fra å gi den helsehjelpen de helst skulle gitt, ut fra deres egne faglige idealer for god, helhetlig og forsvarlig omsorg, i en kontekst preget av til tider motstridende krav og forventninger. At det eksisterer ulike og til tider konkurrerende logikker i organisasjoner, er et kjent fenomen. Dette kapitlet analyserer imidlertid hvordan slike uforenlige logikker håndteres og gjøres relevante for hvordan helsepersonell rettferdiggjør sine beslutninger, uten å konkludere at deres profesjonsutøvelse eller faglige integritet er betydelig begrenset.

Når informantene blir spurt om hvordan de forholder seg til ulike styringsverktøy, og hvilken rolle disse har for deres kliniske praksis, rettferdiggjør de i stor grad sine beslutninger innenfor de ressursmessige og organisatoriske rammene for slik å forsvare at deres praksis er medisinsk forsvarlig og dermed legitim. Vi ser dermed ikke at informantene oppjonerer mot ledelsen eller «systemet», ei heller at de uttrykker en underordning som medfører sterke begrensninger på deres beslutninger. De viser derimot at forhold som i utgangspunktet kan påvirke beslutningene, aktivt blir bearbeidet

gjennom kompromisser (rettferdiggjøringer) som er med på å etablere beslutningene deres som legitime. At praksisen er legitim, innebærer ikke bare at den er organisatorisk legitim – at de gjør som de får beskjed om – men at den er i tråd både med verdier om faglig integritet og med tradisjonelle etiske idealer som å ivareta pasientens beste interesser. Beslutningene blir dermed legitime i den sosiale og organisatoriske konteksten de befinner seg i, og slik blir verdiordningene i Boltanski og Thévenots (2006) forstand ivaretatt.

Referanser

- Bjorvatn, A. (2018). Samspillet mellom rettslig regulering og økonomiske perspektiver i spesialisthelsetjenesten (*kapittel 7, denne boken*).
- Boltanski, L. (2011). *On critique. A sociology of emancipation*. Cambridge: Polity Press.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (2006). *On justification. Economies of worth*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1999). The sociology of critical capacity. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 359–377.
- Bringedal, B., & Carlsen, B. (2018) Styring for kvalitet og likebehandling. Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning (*kapittel 6, denne boken*).
- Burchell, G., Gordon, G., & Miller, P. (1991). *The Foucault effect. Studies in governmentality. With two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Bøyum, S. (2017). Profesjonell kunnskapsetikk og intellektuelle dygder i profesjonsutdanning. I J-C. Smeby & S. Mausethagen (red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 34–43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cascón-Pereira, R., Chillas, S., & Hallier, J. (2016). Role-meaning as a critical factor in understanding doctor managers' identity work and different role identities. *Social Science & Medicine*, 170, 18–25.
- Gibson, J.L., Martin, D.K., & Singer, P.A. (2005). Priority setting in hospitals. Fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences. *Social Science & Medicine*, 61, 2355–2362.

- Halvorsen, K., Førde, R., & Nordtvedt, P. (2008). Professional challenges and bedside rationing in intensive care. *Nursing Ethics*, 15(6), 715–728.
- Helsedirektoratet (2017). *Om DRG-systemet*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>
- Hoff, T.J., & McCaffrey, D.P. (1996). Adapting, resisting, and negotiating. How physicians cope with organizational and economic change. *Work and Occupation*, 23(2), 165–189.
- Hull, E. (2012). Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18, 613–632.
- Jagd, S. (2011). Pragmatic sociology and competing orders of worth in organizations. *European Journal of Social Theory*, 14(3), 343–359.
- Oldenhof, L., Postma, J., & Putter, K. (2014). On justification work. How compromising enables public managers to deal with conflicting values. *Public Administrative Review*, 74(1), 52–63.
- Munzio, D., Brock, D.M., & Suddaby, R. (2013). Professions and institutional change. Towards an institutionalist sociology of the professions. *Journal of Management Studies*, 50(5), 699–721.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pollner, M. (1987). *Mundane reason. Reality in everyday and sociological discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thacher, D., & Rein, M. (2004). Managing value conflict in public policy. *Governance*, 17(4), 457–486.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Wang, H. (2015). *Prioritering i praksis. En kvalitativ studie av kreftlegers erfaringer med restriksjoner i bruk av nye og dyre kreftlegemidler*. Masteroppgave. Oslo: UiO.
- Aasen, H., & Mork, E. (2011). *Skjønn og prioriteringsregler. En kvalitativ undersøkelse av spesialisters erfaringer med prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern*. Masteroppgave. Oslo: UiO.

KAPITTEL 9

Rettslig regulering og e-helse

Anne-Mette Magnussen, professor ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Tobba Therkildsen Sudmann, førsteamanuensis ved Institutt for velferd og deltaking, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Abstract

The health services in Norway are subject to extensive legal regulation to ensure fair distribution of healthcare. In this chapter, we question whether the growing importance of e-health / digitalization of public services in general can support the legal regulation. Access to specialist health services requires interaction between the different organizational levels in the health service, as well as face-to-face health encounters between patients and physicians. The analytical concept «barriers to interaction» is used to discuss the relationship between legal regulation and e-health, more precisely how use of health-related information on Internet impact on these processes. Barriers are here understood in relation to making contact, to competency and efficiency in interaction between service users and services providers. Access to Internet and knowledge about digital health resources can change the impact

of the barriers and affect access to specialist health services. E-health literacy are increasingly important, but varies with age, gender and education. The development of e-health may increase barriers for some, and lower them for others. E-health changes the organization of health care, and provide access to quality assured health-related information. Because the e-health field changes very quickly, researchers, patients and healthcare personnel must monitor and act upon wanted and unwanted consequences of e-health.

Introduksjon

Det overordnede målet for norsk helsetjeneste er å sikre rettferdig fordeling og å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det er tverrpolitisk enighet om at sosioøkonomisk status, hvem du er, hvor du kommer fra, hvilket kjønn du har, hvor du bor i landet, eller hvilken utdanning du har, ikke skal ha betydning for tilgang til helsetjenester av god kvalitet. For å sikre målsettingen om rettferdig fordeling av helsetjenestene er tildeling av helsetjenester underlagt omfattende rettslig regulering. Lovgivning har vært et av hovedvirkemidlene for å sikre lik tilgang til helsetjenester, herunder regulering av beslutninger om helsehjelp og prioriteringer. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere innenfor en rekke fagområder som skal brukes som klinisk beslutningsstøtte for legene og tjene som brobyggere mellom jussen og legenes skjønnsutøvelse og beslutninger om tilgang til helsehjelp (Aasen & Magnussen, 2016). Det er allmenn enighet om at rettsreglene kan og bør sette rammer for prioriteringsbeslutninger, og at det er større sannsynlighet for at den rettslige reguleringen får gjennomslagskraft dersom den støttes av andre tiltak og reguleringsmekanismer (Gunningham & Sinclair, 1999). Parallelt med

den juridiske og medisinske utviklingen på helsefeltet har e-helse og digitalisering av helsetjenesten i Norge fått stadig større betydning (Hauge, 2017). Digitalisering av helsetjenesten vil si at kommunikasjon, dokumentasjon og prosedyrer baseres på digitale verktøy som for eksempel elektronisk journal, digitalisert bilde-diagnostikk, robotikk og intelligente systemer, og e-resepter. Den digitale helsetjenesten er forventet å sikre trygge tjenester med god kvalitet, redusere antall feil, bidra til rettferdig fordeling, effektivitet, god tilgang og spare ressurser. En digitalisert helsetjeneste kan tilby kunnskapsstøtte, beslutningsstøtte og prosess-støtte for både pasienter og leger. Målsettingen med digitalisering av helsetjenesten er derfor sammenfallende med målsettingene i den rettslige reguleringen. I dette kapitlet diskuterer vi på hvilke måter e-helse kan støtte opp om den rettslige reguleringen av tilgang til spesialisthelsetjenester.

E-helse i en norsk kontekst

Begrepet e-helse har ingen entydig definisjon. Det omfatter alt fra muligheter til å søke, registrere og bruke informasjon ved hjelp av teknologi til å delta aktivt i oppfølging og kontroll av egen helse og til effektivisering og kvalitetsforbedring av helsetjenestene (Hauge, 2017). Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helsetjenesten enklere og bidra til at befolkningen opplever helse, og omsorgstjenesten som helhetlig og tilgjengelig. Avhengig av hvor man bor, kan publikum nå få tilgang til videokonsultasjon, konsultasjon via e-post, tilgang til hele den medisinske journalen, eller bruke tekstmeldinger eller mobilapplikasjoner for å bestille timer eller fornye resepter. Kjernejournal, e-resepter, pasientreiser eller bytte av fastlege er tilgjengelig for alle. Direkte og indirekte kommunikasjon mellom pasienter og brukere i eget hjem og helsetjenesten samt pasientrapporterte

evalueringer av måloppnåelse og effektivitet kan innhentes mer systematisk gjennom elektronisk kommunikasjon og samhandling. Når pasienter i større grad kan kontrollere og følge opp kroniske sykdommer, fører det til bedre resultat og bedre regulering av helsetilstanden (Melting & Frantzen, 2015). Som ett av de første landene i verden vedtok Norge egen strategi for e-helse i 1996 (World Health Organisation, 2016). Direktoratet for e-helse ble opprettet 20 år senere for å styrke den nasjonale satsingen på digitalisering av helsetjenesten, og for å kvalitetssikre helseinformasjon på internett, blant annet på nettsidene Helsenorge.no og E-helse.no. Her finnes kvalitetssikret og oppdatert helserelatert informasjon for innbyggerne, i tillegg til at slik informasjon er tilgjengelig på sidene til Direktoratet for e-helse og helseforetakene. Disse sidene har to hoveddeler, en informasjonsdel og en del for selvbetjening. Innholdet er levert og kvalitetssikret av offentlige helseaktører. Publikum har tilgang til gratis forskningsbasert helseinformasjon gjennom Helsebiblioteket, noe som ikke er vanlig i land vi normalt sammenligner oss med. Kvalitetssikret informasjon er en forutsetning for at innbyggere og helsetjeneste skal fatte velbegrunnede beslutninger, enten dette gjelder å ta kontakt med helsetjenesten eller tildele en prioritert spesialisthelsetjeneste. Det er med andre ord stigende forventninger til at publikum kan forholde seg til elektronisk kommunikasjon, og til at informasjon mellom enkeltpersoner og helsetjenester skal skje over internett.

Digitalising av den norske helsetjenesten skjer i raskt tempo, og mye tyder på at digitalisering bidrar til å effektivisere og forbedre kvaliteten på helsetjenesten, inkludert å effektivisere reguleringen av tilgang til helsetjenester. I det videre vil vi diskutere om e-helse (informasjon, kommunikasjon og selvbetjening) kan støtte opp om den rettslige reguleringen som skal sikre lik tilgang til helsetjenestene, eller om utviklingen av e-helse kan skape nye sosiale skiller

som favoriserer dem med best digital helsekompetanse og best tilgang til godt elektronisk kommunikasjonsutstyr.

Samhandlingsbarrierer og tilgang til helsetjenester

I Norheim-utvalgets utredning *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (NOU 2014:12) pekes det på at beslutninger om prioritering av helsetjenester i Norge er avhengig av at alle helsepersonellgrupper får kunnskap om og kompetanse i bruk av lov, forskrift og veiledere, og at befolkningen generelt får god informasjon om prioriteringsreglene. Fastlegene er portvoktere for spesialisthelsetjenesten og har ansvar for å vurdere om vilkårene er til stede for videre henvisning. Legers og pasienters kunnskap om og kjennskap til prioriteringsreglene blir aktualisert i de konkrete møtene mellom pasienter og leger. Det har de siste årene vært økt politisk og helsefaglig satsing på nye samhandlingsformer mellom pasienter og helsearbeidere, som delt beslutningstaking og samvalg. Samvalg bygger på at pasientens ønsker og bidrag i større grad trekkes inn i problemdefinisjon og utforming av behandlingsopplegg. Delt beslutningstaking ser ut til å bidra til bedre resultat for pasientene (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Ihle & Sudmann, 2014a; Meld. St. 34 (2015-2016); Stiggelbout mfl., 2012).

For å kunne bli prioritert for en spesialisthelsetjeneste må potensielle pasienter først ha kontakt med en lege i kommunehelsetjenesten, enten det er fastlegen eller en lege i et privat helsesenter/sykehus. Det er legen i kommunehelsetjenesten som henviser videre til spesialisthelsetjenesten, der retten til helsehjelp blir vurdert. Samhandling foregår derfor i to trinn – først mellom legen og pasienten i kommunehelsetjenesten, og så mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Sett i et velferdspolitisk perspektiv er helsetjenester et velferdsgode som skal fordeles. Jacobsen og medarbeidere (1982) diskuterer i sin artikkel de fordelingsmessige virkningene av offentlige tiltak og effekter av å la politiske vedtak bli iverksatt gjennom forvaltningen. Eksemplene de bruker, er skjevfordeling av støtte til industri og forskning, og skjevfordeling av helsetjenester. I samhandlingen med forvaltningssystemet må potensielle mottakere av tjenester vise at de er kvalifisert for tjenesten, gjennom å overskride ulike typer strukturelle samhandlingsterskler (Schaffer & Wen-hsien, 1975). Jacobsen, Jensen og Aarseth (1982) presenterer en teori om forvaltningsspesifikke fordelingsvirkninger. Ingen blir klient eller mottaker utelukkende av å ha behov som tiltaket eller tjenesten er opprettet for å dekke (ibid., 38). Jacobsen og medarbeidere introduserer begrepene registreringsterskel, kompetanseterskel og effektivitetsterskel for å beskrive samhandlingen mellom publikum og forvaltningen.

Vi vil i det videre bruke samhandlingsbarrierer som et analytisk begrep i diskusjonen av rettslig regulering av helsetjenester og e-helse. Fastlegene er tildelt en portvokterfunksjon for de spesialiserte helsetjenestene, og de skal bidra til at helsehjelp ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det som kan behandles i kommunehelsetjenesten, skal ikke henvises videre. Begrepet samhandlingsbarrierer gjør det mulig å diskutere på hvilke måter e-helse kan støtte opp om både LEON-prinsippet og prioriteringsreglene.

Ser vi bort fra øyeblikkelig hjelp, er det ikke nok at pasienten selv opplever behov for helsehjelp, for å bli tildelt helsetjenester. Forvaltningen reagerer på etterspørsel, og man blir klient eller pasient ved å ta initiativ til å registrere sitt behov på et legekantor. Registreringsterskelen er det første hinderet en potensiell mottaker av helsetjenester må passere. Tilgang til registrering er avhengig av disponibel tid og økonomi til fysisk å oppsøke riktig

instans, muligheter til å ta fri fra jobb uten lønn om nødvendig, muligheter til å bruke lang tid på transport eller venting, anledning til å skaffe tilsyn til eventuelle barn og ha tid og økonomi til transport (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Mangel på ressurser som tid og penger, eller overskudd av energi utover det som kreves for å komme gjennom hverdagen, kan hindre at behov for helsehjelp blir registrert. Selv om egenbetalingen i det norske helsevesenet i utgangspunktet er moderat (egenandelstak 1 og 2 med endringer fra 2017), så tilkommer det for de fleste ekstra utgifter hos lege eller andre behandlere som ikke regnes som egenandel, eller utgifter på apotek eller andre nødvendige anskaffelser (medisiner, såler, bandasjemateriell, krykker, støtteskiner, osv.). Reisetid og avstand varierer, og det kan bety et ekstra hinder for å søke kontakt. Hvor stor registreringsterskelen er, varierer med helsetilstand, livssituasjon og levekår for øvrig.

Ifølge Jacobsen og medarbeidere (1982) stiller forvaltning av et velferdsgode flere krav til mottakere av tjenester enn å ta initiativ til registrering. Neste barriere er kompetanseterskelen, og noen passerer den lettere enn andre. Det er en fordel å kunne høre, se, snakke og bevege seg uten assistanse, det er en fordel å beherske grunnleggende sosiale ferdigheter, og kunne lese og skrive norsk, og man må kunne formulere sitt problem slik at legen kan forstå det som frambringes – enten det er gjennom ord, gester eller non-verbalt. Kompetanseterskelen kan påvirkes av at legen ikke kan norsk, eller ikke er kjent med alle norske uttrykk for smerter og plager eller bekymringer. Verbalspråket blir derfor relevant, og eventuelt manglende mulighet til å bruke tolk, eller problemer med tolkens rolle, påvirker kompetanseterskelen. Kulturelle hverdagskoder for hvordan plager formidles og uttrykkes, kan være ukjente eller uforståelige for legen – uavhengig av om pasienten eller legen er vokst opp i Norge eller i et annet land.

Ifølge Jacobsen og medarbeidere (1982) har forvaltning av velferdsgoder en tendens til å belønne personer som har realistiske forestillinger om hva man kan vente å oppnå gjennom helsehjelpen, ved at samhandlingen blir smidig. Realistisk kan her bety kjennskap til prioriteringsregler og god kunnskap om egen helse-tilstand. Det lønner seg å kjenne de kulturelle kodene og reglene, og ha innsikt i de momentene som tillegges vekt når reglene anvendes. Jacobsen og medarbeidere viser til at utfallet blir best for klienter som «kjenner systemet og vet når man skal argumentere for behov, når det lønner seg å aksentuere skikkethet, og når det gjelder å legitimere de rettigheter man har» (Jacobsen mfl., 1982: 39-40, kursiv i original). Tilgang til helsetjenester handler om ulike typer kunnskap og kompetanser: 1) kunnskap om hvilke plager eller bekymringer helsetjenesten kan bidra til å håndtere, 2) tilgang til og forståelse av relevant informasjon og 3) kunnskap om hvor og hvordan man får kontakt med helsetjenesten (Levesque mfl., 2013, se forøvrig Bærøe, Kaur og Radhakrishnan, kapittel 2 i denne boken).

Det er kjent at kunnskap er en kritisk faktor for egen helse og for helsen til barn man har ansvar og omsorg for (Deaton, 2011; Eyal, Hurst, Norheim, & Wikler, 2013). Høy sosioøkonomisk status følges av mer sosial kapital, for eksempel kjennskap til kultur og koder (Rocco, Fumagalli, & Suhrcke, 2014). Kommunikasjon og kunnskapsdeling er sentralt for hvordan et helseproblem blir forstått og håndtert. Det er i samhandlingen mellom legen/helsetjenesten og pasienten i kommunehelsetjenesten at registrerings- og kompetanseterskelen gjør seg gjeldende. Album og medarbeideres mangeårige studier av diagnoser og medisinske spesialiteters prestisje viser at utdanning og yrke påvirker holdninger til ulike helseproblemer og pasienter (Album, Johannessen, & Rasmussen, 2017). Diagnoser er produkter av sosiale og kulturelle fortolkninger, og samspillet

mellom lege og pasient kan derfor påvirke helsetjenesten, for eksempel i spørsmål om videre henvisning (Bringedal & Tufte, 2012). Disse samhandlingsbarrierene får dermed betydning for hvilke pasienter som blir prioritert videre i systemet gjennom å bli henvist til spesialisthelsetjenesten.

Den tredje terskelen i systemet er en effektivitetsterskel. Forvaltningssystemet kan avvise eller redusere tildeling dersom «tilfredsstillelsen av mottakerens behov kommer i konflikt med effektivitetsnormer hos den enkelte tjenesteutøver, deres forestillinger eller følelser av hvordan ressursene bør disponeres» (ibid., s. 40). Prioriteringsregler utgjør slik en effektivitetsterskel, fordi de skal sette rammer for tilgang til spesialisthelsetjenesten, blant annet ressursbruk målt mot forventet utbytte. Ved vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig planlagt helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal helsearbeiderne og legene prioritere etter kriteriene som framgår av prioriteringsforskriften og av prioriteringsveilederne. Noen pasienter blir vurdert til å ha behov for og rett til nødvendig helsehjelp. Pasienter som etter en faglig vurdering ikke anses å oppfylle de rettslige kriteriene, blir avist eller sendt tilbake til henvisende instans i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken). Avvisning eller redusert tildeling av tjenester skal skje dersom tilfredsstillelse av mottakernes behov kommer i konflikt med effektivitetskriteriene hos tjenestetilbyderne.

Den rettslige reguleringen av tilgang til helsetjenester er betraktelig forandret de siste årene. Tross dette kan tildeling av helsetjenester gi en utilsiktet virkning, ved at noen pasienter som burde fått hjelp, kan stille svakt når det gjelder å tilfredsstille systemets krav til initiativ, kompetanse og effektivitet. Spørsmålet er om e-helse kan påvirke samhandlingsbarrierene og fungere som en støttende reguleringsmekanisme for lik tilgang til spesialisthelsetjenester.

E-helse som reguleringsstøtte?

I 2017 har deler av befolkningen i Norge, inkludert helsepersonell, ulik fortrolighet med digitale brukerflater og elektronisk kommunikasjonsutstyr. Innbyggere under 30 år har vokst opp med IKT, mens de fleste innbyggere over 70 år møtte digitaliseringen i siste del av sitt yrkesliv. Dagens barn blir introdusert for digitale verktøy før skolestart, og digital kompetanse er blitt et kjerneområde i grunnskolen. Helserelevant informasjon er tilgjengelig på internett via faste oppslag kontrollert av redaktøren på nettsider som for eksempel det norske Helsebiblioteket (såkalt Web1.0), og på de deltakerdrevne og interaktive nettjenestene der innholdet i prinsippet kan publiseres av hvem som helst fra hvor som helst (såkalt Web2.0). Tilgang til denne informasjonen krever kunnskap, ferdigheter og IKT-utstyr. Levesque og medarbeideres studier (2013) av hva som påvirker tilgang til helsetjenester, viser at tilgang krever et kompleks sett med kompetanser og ressurser. Som pasient skal man forholde seg til mange ulike logikker, for eksempel åpningstider og avstander, hvilket kan favorisere dem med god råd, høy utdanning og mye selvstyrt tid. Arbeidslivslovgivningen gir ikke rett til fri med lønn fra arbeid for å gå til lege, tannlege, fysioterapeut eller lignende i arbeidstiden. Det er stor variasjon mellom offentlig og privat sektor og mellom og innad på ulike arbeidsplasser. Noen får fri med lønn, andre ikke, hvilket kan påvirke om de har anledning til å oppsøke helsetjenester i arbeidstiden.¹ Under diskuterer vi noen sider ved e-helse og samhandling mellom lege og pasient og drøfter om mer kunnskap hos pasienter kan endre tilgangen til og bruken av helsetjenester.

Registreringsterskelen

Som nevnt blir man klient eller pasient ved å ta initiativ til å registrere sitt behov på et legekantor. Denne typen registreringsterskel

1 Lege- og tannlegebesøk i arbeidstiden, Lovdata: https://lovdata.no/artikkel/lege-_og_tannlegebesok_i_arbeidstiden/24 [lest 05.12.2017].

forutsetter at pasienten må forflytte seg dit tjenesten er, hvilket både tar tid og koster penger. Om vi får samme utvikling av e-helse i Norge som i andre land, blir det økende muligheter for å få ordnet mindre helseproblemer i helsekiosker på et handlesenter, eller via videokonsultasjon fra eget hjem. Lege og pasient kan da sammen vurdere om det er nødvendig med ansikt til ansikt-konsultasjon for videre henvisning. Dette kan både senke terskelen for å bli registrert og redusere antall ansikt til ansikt-konsultasjoner der det ikke er aktuelt med videre henvisning.

Statistikk over nett-trafikk på Helsenorge.no² viser at siden har hatt jevnt stigende besøkstall siden den ble lansert, med rundt 1,5 millioner besøkende per måned. De fleste bruker smarttelefon eller nettbrett, og det er kunnskapssidene som har størst trafikk. Mange nordmenn har opprettet personlig helsearkiv, cirka 1,4 millioner, og Helsenorge.no har et økende antall følgere på Facebook, cirka 40 000 per september 2017. For eksempel ble et innlegg på Helsenorge.no om fibromyalgi i september 2017 delt over 12 000 ganger.³ Samlet sett betyr det at svært mange nordmenn forholder seg til digital helseinformasjon og kommunikasjon daglig, og trafikken på disse nettsidene ser ut til å øke fra uke til uke.

I motsetning til mange andre land er det omtrent full internettdækning i Norge. Det er viktig å merke seg at full internettdækning ikke betyr det samme som at alle som har tilgang til nettet, bruker det. Vi vet også at befolkningen i Norge har svært god tilgang på internett og ulike brukerflater for kommunikasjon som datamaskiner, nettbrett, smarttelefoner og smart-TV, sensorteknologi, springsteknologi og så videre. Siste oppdaterte tall for 2017 viser at 97 prosent av befolkningen har tilgang til internett,

2 http://www.helsenorgebeta.net/wp-content/uploads/2017/10/helsenorge_statistikk_sep2017.pdf [lest 09.10.2017]

3 Helsenorge.no, statistikk september 2017: http://www.helsenorgebeta.net/wp-content/uploads/2017/10/helsenorge_statistikk_sep2017.pdf [lest 09.10.2017]

og 96 prosent av befolkningen fra 16–79 år har brukt internett de siste tre månedene.⁴ Halvparten av alle nettbrukere handler varer, tjenester eller reiser over internett, og over 90 prosent bruker e-post og nettbank.

Offentlig helseinformasjon på nett og digital kommunikasjon skal kunne nå alle innbyggere i Norge, hvilket forutsetter at det må være tilgjengelig på flere språk og språkformer, og det må gjøres tilgjengelig for personer med redusert syn og/eller hørsel. Digitalisering av informasjon og kommunikasjon øker tilgang for personer med sansetap ved å tilby informasjon med tilrettelagt design, bilder og lyd.

Anbefalinger og støtte for å ta initiativ til å registrere seg kan finnes i helserelatert informasjon på internett eller i elektronisk kommunikasjon med helsevesenet. For å kunne ha nytte av internettbasert helseinformasjon kreves det tilgang til elektroniske kommunikasjonsmidler, det kreves noe teknologiske kompetanse, og det kreves tilstrekkelig kompetanse til å kunne vurdere det man finner i sosiale medier eller på offisielle kvalitetssikrede helsesider (Norman, 2012). Registreringsterskelen henger derfor tett sammen med kompetanseterskelen, her avgrenset til digital helsekompetanse.

Kompetanseterskelen

E-helse forutsetter digital helsekompetanse i betydningen fortlighet med kommunikasjons- og informasjonsteknologi. Digital helsekompetanse omfatter kunnskap om hvordan man skal søke, finne, forstå, velge ut, tolke og eventuelt ta i bruk helseinformasjon fra internett (Norman, 2011; Norman & Skinner, 2006; Quaglio mfl., 2016). E-helse forutsetter at publikum og helsepersonell har tilgang til internett og får tilegne

4 IKT-bruk i befolkningen 2017: <https://www.ssb.no/ikthus> [lest 09.10.2017]

seg digitale grunnkompetanser. Digital helsekompetanse bygger på tilgang til og kunnskap om bruk av internett og ulike brukerflater, det forutsetter analytisk kompetanse, og det forutsetter kompetanse til å vurdere om og hvordan kunnskapen kan være relevant for en bestemt person i en bestemt situasjon (Norman, 2011; Norman & Skinner, 2006).

Forskjeller i sosioøkonomiske betingelser og levekår påvirker risiko for helseplager og hvilke helserelaterte valg den enkelte har (Berkman, Sheridan, Donahue, & Halpern, 2011; Ihle & Sudmann, 2014b; Sørensen mfl., 2012). Helsereelaterte valg handler om hverdagsrutiner og vaner, valg om å oppsøke helsetjenesten og eventuell tilslutning til utrednings- eller behandlingsopplegg. Kunnskap som kan støtte helserelaterte valg eller beslutninger, kan blant annet finnes på internett. Personer med høyere utdanning har tidligere hatt bedre tilgang til digitalisert helseinformasjon og høyere digital helsekompetanse. Nyere studier av digital helsekompetanse (e-health literacy på engelsk), det vil si kompetanse til å søke, finne, forstå, vurdere og eventuelt ta i bruk helseinformasjon fra internett, viser at de sosioøkonomiske forskjellene får betydning på nye måter. Fortrolighet med teknologi (smarttelefon, nettbrett, datamaskin, smart TV, smartklokke) kan under noen vilkår være viktigere enn sosioøkonomisk status (Friemel, 2016) for å få utbytte av e-helse og ta vare på egen helse.

En amerikansk studie av digital helsekompetanse blant brukere av en privat og en offentlig klinikk viste at deltakerne først og fremst stolte på informasjon fra helsepersonell, og at den digitale kompetansen hadde mindre betydning i selve møtet med helsepersonell. Forfatterne understreker derfor at betydning av kommunikasjon, informasjon og samvalg ikke er mindre om den digitale helsekompetansen er god (Gutierrez, Kindratt, Pagels, Foster, & Gimpel, 2014). Nyere forståelser av helse som sosial praksis (Crawford, 2006), der samhandling med venner, familie

og helsetjenesten er sentralt, og helse som evne og ressurser til å tilpasse seg, håndtere og mestre sosiale, fysiske og emosjonelle utfordringer (Huber mfl., 2011) er godt egnet for videre utvikling av e-helse. Helse er en dynamisk ressurs, og økt tilgang til informasjon og diskusjon med helsepersonell kan styrke den enkeltes muligheter til å håndtere helserelaterte utfordringer. Møtet mellom publikum, helsepersonell og helsetjeneste er avhengig av både virtuelle og reelle møter, synkron (i sann tid) og asynkron (forskjøvet tid) kommunikasjon, basert på deling av best tilgjengelig informasjon og kunnskap.

På den annen side kan helseinformasjon på internett være mer til skade enn nytte dersom befolkningen ikke har kompetanse til å skille ulike typer nettoppslag (blogg, reklame, offentlig informasjon, vitenskapelige kilder) fra hverandre. Flere studier på tvers av land og sosiale kontekster viser at alder (opptil 65 år) og utdanningsnivå har liten eller ingen betydning for hvordan folk søker etter helseinformasjon, og for hvordan de velger å handle som følge av denne informasjonen (Diviani, Van den Putte, Giani, & Van Weert, 2015). Det er imidlertid påvist utdanningsrelaterte forskjeller i evnen til å analysere innholdet og i hvordan man vurderer egen kompetanse i forhold til helsepersonellens kompetanse. Studier av digital helsekompetanse i en norsk kontekst viste at de med minst utdanning var mer selvsikre og interesserte i å diskutere med legen enn dem med høyere utdanning, som viste til at de ikke var leger, og ikke hadde nødvendig kompetanse til å vurdere det de fant (Fredriksen & Sudmann, 2016). Et gjennomgående trekk i norske og utenlandske studier er at publikum i rollen som pasienter leter opp informasjon på internett og diskuterer det de finner på nettet med familie og venner og helsetjenesten. Kompetanseterskelen kan derfor senkes ved at publikum tilegner seg både ny digital kunnskap og kritisk kompetanse. På den annen side kan det komme nye kompetanseterskeler på tvers av de tradisjonelle sosioøkonomiske

skillene, og det kan oppstå nye skiller vi ennå ikke har sett kon-
turene av (Friemel, 2016). Den digitale helsekompetansen varierer,
og kombinasjon av kommunikasjon via nett og kommunikasjon
ansikt til ansikt kan gi kunnskapsstøtte og vurderingsstøtte for
både pasienter og leger.

Effektivitetsterskelen

De rettsreglene som gjelder for prioritering av helsetjenester
(se Riska og Aasen, kapittel 3 i denne boken), skal bidra til at de som
har størst behov, får tildelt tjenester før dem med mindre behov, ut
fra hensyn til nytte, ressurser og alvorlighet. Reglene skal bidra til
at denne rangeringen er forutsigbar både for henvisende lege og for
den enkelte pasient. Prioriteringsreglene er et verktøy primært for
dem som forvalter tilgang til spesialiserte helsetjenester, samtidig
som de gir informasjon om på hvilke grunnlag beslutninger fattes.
Helsevesenet i Norge gir omfattende informasjon om hvilke ret-
tigheter pasienter har, for eksempel gjennom Helsedirektoratet og
sykehusenes hjemmesider. I den grad slike rettigheter er formidlet
på en allmenn måte, kan denne informasjonen styrke den enkeltes
muligheter til å ta helserelaterte valg og beslutninger, og til å bli en
aktiv deltaker i utformingen av egen helsetjeneste. Retten til fast-
lege, til fritt behandlingsvalg og frist for når behandling skal finne
sted, er eksempler på rettigheter som er konkrete og tydelige og
dermed enkle å forstå innholdet av.

Ett evalueringskriterium for allmennrettede nettsider er at
språket skal være tydelig og enkelt, og ikke preget av faguttrykk
eller fagterminologi. Prioriteringsreglene er styringsinstrumenter
som befolkningen generelt, og hver enkelt i rollen som pasient,
skal kunne tilegne seg kunnskap om. Om innholdet av og vil-
kårene for å oppfylle individuelle rettigheter er uklare eller blir
presentert eller informert om på en uklar måte, kan dette bidra

til at informasjon om ulike handlingsvalg i realiteten svekkes (Magnussen & Nilssen, 2015).

I et møte mellom pasient og lege er legen avhengig av flere typer informasjon om pasientens helseproblem – det pasienten presenterer selv, det som kan registres via undesøkelse av kroppen, og det som er kjent fra før om tilsvarende tilstander (for eksempel artrose i en hofte og vurdering av når man kan sette inn et kunstig hofteledd). Legen vurderer dette samlet opp mot de kravene som er satt for hofteproteser. Relevant kunnskap og informasjon om slitasjegikt i hofteleddet, og hvilke symptomer og plager som må være til stede for innsetting av kunstig ledd, finnes på internett. Pasienter kan selv finne denne informasjonen, få tilsendt lenker til kvalitetssikrede sider eller bli tipset av legen.

Elektroniske henvisningsskjemaer i pasientens journal justerer for diagnoser og gir direkte kunnskapsstøtte og klinisk støtte til legen, og indirekte kunnskapsstøtte for pasienten. Eskeland (2017) har i en simuleringsstudie prøvd ut elektronisk sjekklister i fastlegens journalsystem og fant at den henvisende legen inkluderte mer klinisk relevant informasjon, at kvaliteten på henvisningen ble bedre, og at det ble oppdaget sykdom i langt større grad. Meldingen til Stortinget om verdier i pasientens helsetjeneste (Meld. St. 34 (2015-2016)) fokuserer på at pasientene skal være med på å fatte beslutninger som gjelder utredning og behandling – såkalt delt beslutningstaking eller samvalg (Sandman, Gustavsson, & Munthe, 2016). E-helse i form av standardiserte og digitaliserte prosedyrer bidrar derfor med kunnskapsstøtte og prosess-støtte til både fastlege og pasient samt klinisk beslutningsstøtte for leger i spesialisthelsetjenesten. Enhver situasjon skal bedømmes ut fra både de generelle og de spesielle kjennetegnene den har. Pasientens ønsker skal også bli tatt hensyn til så langt det er faglig forsvarlig og innenfor regelverket. Effektivitetsterskelen får mindre betydning når pasient og lege allerede i utgangspunktet har en del felles

informasjon om hvilke vilkår som må oppfylles for å få tildelt en spesialisthelsetjeneste. Videreutvikling av e-helseverktøy kan bidra til økt kvalitet på henvisninger, som igjen kan bidra til mer effektive vurderinger av henvisningen.

Avsluttende betraktninger

Tilgang til digitale medier og kunnskap om digitale helseressurser kan bidra til å redusere samhandlingsbarrierer i helsetjenesten. Det kan også påvirke tilgangen til spesialisthelsetjenester for dem som bruker internett for helseformål. Samhandlingsbarrierer knyttet til registrering og kompetanse kan bygges opp eller senkes gjennom hvordan nettsider utformes, og hvordan innholdet formes, samt gjennom hvilke implisitte krav som stilles til brukerflatene. Eldre IKT-utstyr kan være ute av stand til å lese nyere nettsider eller ute av stand til å laste ned applikasjoner (apper). Barrierene kan imidlertid bli enda større for dem som ikke bruker internett, og vi har liten kunnskap om hvordan personer over 65 år bruker internett for helseformål. Eksempelvis kan manglende fortrolighet med elektroniske kommunikasjonsplattformer (bestille time hos fastlege, fornye resept, oversikt over resepter etc.) øke registrerings terskelen og kompetanseterskelen.

Vi har i dette kapitlet diskutert om e-helse kan støtte opp om den rettslige reguleringen som har til hensikt å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester. Sentrale spørsmål er hvordan e-helse kan gi kunnskapsstøtte, vurderingsstøtte, beslutningsstøtte og prosessstøtte som støtter opp om de overordnede målsetningene for norsk helsetjeneste. E-helse bidrar utvilsomt til at flere får tilgang til helserelatert informasjon, samtidig som den kan lage nye digitale skiller som forsterker eller bryter med andre sosiale skiller (Friemel, 2016). Senkete samhandlingsbarrierer bidrar til endrete handlingsbetingelser for pasienter og helsetjenesten – enten

spørsmålet gjelder prioritering eller tilgang til helsetjenester mer generelt. Når betingelsene endres, endres samhandlingsformene, også på måter som ikke er forutsett, og som kan ha konsekvenser for prioritering. Dreining mot «pasientens helsetjeneste» øker enkeltindividenes ansvar for egen helse, noe som kan oppleves som en tilleggsbelastning eller fungere som et nytt mulighetsrom (Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 34 (2012-2013)). Endrete betingelser for samhandling kan ha innvirkning på beslutninger om helsehjelp og dermed på prioritering, og det kan føre til ansvarsfraskrivelse på systemnivå. Den teknologiske utviklingen går i retning av at det kan opprettes «mini-sykehus» i private hjem for håndtering av sammensatte helseutfordringer som tidligere bare ble behandlet i sykehus (dialyse, kols, smertebehandling, sårbehandling, hjerterehabilitering, respiratorbehandling, hjemmedød). Dette kan utfordre både reguleringen og prioriteringen av helsetjenester. Vi vet foreløpig ikke hvordan denne utviklingen vil påvirke tjenestedesign, kostnader, arbeidsdeling eller tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Hva som utgjør nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for å kunne nyttiggjøre seg helserelatert informasjon på internett og for å kunne bruke elektroniske samhandlingsformer, er ikke entydig. Ut fra det vi vet om håndtering av det elektroniske grensesnittet mellom pasienter og sykehus – blant annet at man må beherske elektronisk post, elektronisk journal, tekstmeldinger, individuelt ansvar for å sjekke inn på sykehuset – blir det nødvendigvis vanskelig for mange. Kompetanseskelen blir høy når man skal holde oversikt over og ta hensyn til mange ulike helseproblemer og funksjonsnedsettelse på en gang (multimorbiditet, høy alder, svekket syn og hørsel). Det er nødvendig med en kritisk holdning til økende bruk av IKT som eneste kommunikasjonskanal mellom helsetjenesten og publikum. Selv om helserelatert teknologi kan bidra til bedre helsetjenester, advarer vi mot en teknologioptimisme preget

av naivitet og manglende årvåkenhet for at denne utviklingen i seg selv kan skape nye utfordringer og barrierer (se Hofmann, kapittel 10 i denne boken).

Det er interessant at tilgangen til helseinformasjon på internett skaper nye sosiale praksiser og nye former for samhandling mellom pasienter og (fast)legene deres (Diviani mfl., 2016; Fredriksen & Sudmann, 2016). Allmenn digital helsekompetanse, altså den samlede evnen til å søke, finne, forstå og ta helserelevante valg og beslutninger, gir befolkningen flere muligheter til å ta vare på egen helse og bidra i utformingen av egen helsetjeneste. Pasientrollen endres når informasjon og kunnskap fordeles på nye måter. Når publikum har et bedre tilfang av helsekunnskap og kompetanse, endres betingelsene for samhandling, enten pasientene er aktive eller mer tilbakelemt i ansikt til ansikt-møter med helsepersonell. Et sentralt spørsmål er på hvilke måter dette kan endre betydningen av sosioøkonomiske ulikheter i samspillet mellom befolkningen og helsetjenesten, og på hvilke måter dette kan påvirke rettsliggjøringens betydning for tilgang.

Digital helsekompetanse kan bygge ned samhandlingsbarrierer og gi henvisende instans (for eksempel fastlegen) bedre grunnlag for å vurdere om pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten eller ikke, hvilket i neste omgang kan gi spesialisthelsetjenesten bedre grunnlag for å vurdere rett til prioriterte helsetjenester. Vi bruker alle den kunnskapen og de ressursene vi har tilgjengelig, for å ta helserelevante valg. Kunnskap om rettigheter og prioritering kan øke handlingsrommet, men ikke nødvendigvis påvirke de beslutningene som tas i konkrete situasjoner. Dersom det viser seg at tilegnelse og bruk av helserelevante informasjon på internett ikke følger de klassiske sosiale skillelinjene, kan digital helsekompetanse ha potensial til å endre de konkrete helsemøtene, og eventuelt påvirke utløsningen av individuelle rettigheter. Vi trenger mer kunnskap om hvordan digitalisering av samhandling mellom

befolkningen og helsepersonell bidrar til å fjerne eller skape nye sosiale skillelinjer som påvirker tilgang til helsetjenester, og dermed muligheter for å bli prioritert til en spesialisthelsetjeneste.

E-helsefeltet endres meget raskt, og det er store nasjonale og internasjonale kommersielle interesser knyttet til utvikling og iverksetting. E-helse er avhengig av tverrfaglig innsats og forståelse, der helse og helsetjenesten må ses i sammenheng med industriell og teknologisk utvikling samt utvikling av regulering og rettsliggjøring. Digitalisering av helsetjenesten må skje i kombinasjon med organisasjonsutvikling og samhandling på tvers av nivåer og profesjonsgrenser. Sluttbrukere (publikum, pasienter, helsepersonell osv.) og forskere bør løfte fram både ønsket og uønsket sider av den digitale helsetjenesten. Denne typen kunnskap kan bidra til en økt forståelse av de mulighetene og begrensningene som finnes for at tilgang til helsetjenester skal kunne reguleres gjennom rettslige virkemidler.

Referanser

- Aasen, H.S. & Magnussen, A-M. (2016). Prioriteringsveiledere i skjæringspunktet mellom rett og medisin. *Retfærd*, 39(2), 19–31.
- Album, D., Johannessen, L.E.F. & Rasmussen, E.B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, 180, 45–51.
- Barry, M.J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K. & Halpern, D. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97–107.
- Bringedal, B. & Tufte, P.A. (2012). Social and diagnostic inequality in health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 656–662.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420.

- Deaton, A. (2011). What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? <https://ssrn.com/abstract=1746951> doi:<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1746951>.
- Diviani, N., Fredriksen, E.H., Meppelink, C., Mullan, J., Rich, W. & Sudmann, T.T. (2016). *Online health information quality and strategies to assess it: A Cross-cultural qualitative study*. Paper presented at the EACH - European Association for Communication in Healthcare, Heidelberg, Germany.
- Diviani, N., Van den Putte, B., Giani, S. & Van Weert, J.C.M. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5):e112. doi:10.2196/jmir.4018.
- Eskeland, S.L. (2017). *Appropriateness and quality of referral letters in gastroenterology. Development of a quality score and a referral improvement tool*. (PhD), University of Oslo, Oslo.
- Eyal, N., Hurst, S.A., Norheim, O.F. & Wikler, D. (2013). *Inequalities in health: concepts, measures, and ethics*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Fredriksen, E.H. & Sudmann, T.T. (2016). Fra søk til bruk av helseinformasjon på Internet: e-Health literacy i en norsk kontekst. (From seeking to using Internet-based health information - eHealth literacy in a Norwegian context). *Fysioterapeuten*, 83(10), 16–21.
- Friemel, T.N. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *new media & society*, 18(2), 313–331.
- Gunningham, N. & Sinclair, D. (1999). Integrative regulation: a principle-based approach to environmental policy. *Law & Social Inquiry*, 24(4), 853–896. doi:10.1111/j.1747-4469.1999.tb00407.x
- Gutierrez, N., Kindratt, T.B., Pagels, P., Foster, B. & Gimpel, N.E. (2014). Health literacy, health information seeking behaviors and internet use among patients attending a private and public clinic in the same geographic area. *Journal of Community Health*, 39(1), 83–89.
- Hauge, H.N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., . . . van der Meer, J.W.M. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
- Ihle, R. & Sudmann, T.T. (2014a). Health Encounters with Minority Patients – Changing Perspectives from Tolerance and Intercultural

- Communication to Empowerment and Shared Decision-Making
FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice, 1(2).
- Ihle, R. & Sudmann, T.T. (2014b). Sosiale ulikheter i helse. I U-G.S. Goth & J.E. Berg (red.), *Folkehelse i ett norsk perspektiv* (s. 65–90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, K.D., Jensen, T.Ø. & Aarseth, T. (1982). Fordelingspolitikken forvaltning. *Sosiologi i dag*, 12(3), 29–49.
- Levesque, J-F, Harris, M.F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(18). doi:<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- Magnussen, A-M. & Nilssen, E. (2015). Sosialt medborgerskap, autonomi og deltagelse. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 18(1), 61–75.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Melting, J.B. & Frantzen, L. (2015). Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo.
- Norman, C.D. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e125.
- Norman, C.D. (2012). *Social media and health promotion*: Sage Publications Sage UK: London, England.
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Medical Internet Research*, 8(2): e9.
- NOU 2014:12. *Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., . . . Dario, C. (2016). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International*, 32(6), 1074-1080. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/daw028>
- Rocco, L., Fumagalli, E. & Suhrcke, M. (2014). From social capital to health—and back. *Health economics*, 23(5), 586–605.

- Sandman, L., Gustavsson, E. & Munthe, C. (2016). Individual responsibility as ground for priority setting in shared decision-making. *Journal of medical ethics*, 42(10), 653–658.
- Schaffer, B.B. & Wen-hsien, H. (1975). Distribution and the Theory of Access. *Development and change*, 6(2), 13–36. doi:10.1111/j.1467-7660.1975.tb00674.x.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Stiggelbout, A.M, Van der Weijden, T., De Wit, M.P.T, Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M. . . . Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 344.
- World Health Organisation. (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

KAPITTEL 10

Teknologitemming

Om helseteknologiens uformelle føringer og hvordan disse kan tøyles

Bjørn Hofmann, professor ved Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Gjøvik og Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Abstract

Technology has contributed to the most important advances in modern health care. Conditions that were previously mortal, can now be treated and healed. But the capabilities of technology far exceed the available resources. At the same time, technology has also been shown to have negative aspects in the form of overdiagnosis, overtreatment, and severe side effects, if it is not introduced and used correctly. In addition, there is a significant technology drive in society in general and the health service in particular. Industry develops and promotes new technology, and patients and society demand more advanced technology. The combination of technology push and limited resources has created concern for prioritization

and fair distribution of health services. This chapter therefore examines: a) the driving forces behind the introduction of technology that pose challenges for prioritization, b) the activities and agencies that are established to handle such driving forces, and c) how the institutions handle these driving forces. Do they promote priority setting criteria? Do they cease, stimulate, or cover the driving forces? The review shows that the agencies only partially handle these challenges, partly because they are not developed for or aware of them. Some concrete questions are presented to help capture technology-driven deviations from current prioritization principles.

Innledning

Teknologien har bidratt til de viktigste fremskrittene i den moderne helsetjenesten. Livsviktige funksjoner som åndedrett, sirkulasjon, ernæring og utskilling av avfallsstoffer lar seg opprettholde og delvis erstatte av teknologier som respiratorer, hjerte-lungemaskiner og dialysemaskiner. Tilstander som tidligere var dødelige, lar seg i dag behandle og helbrede.

Samtidig har teknologien også vist seg å ha negative sider i form av overdiagnostikk, overbehandling og alvorlige bivirkninger om den ikke blir innført og brukt riktig. Tilstander som ikke fører til plager eller død, blir oppdaget og behandlet unødvendig. Overdreven bruk av visse teknologier fører dessuten til alvorlige helseproblemer, for eksempel økt forekomst av multiresistente bakterier. Historisk har viktige advarsler blitt ignorert, slik som da penicillinets oppdager, Alexander Fleming, allerede i sin takketale for Nobelprisen i 1945 advarte mot misbruk og resistens.

I tillegg er det et betydelig teknologitrykk i samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt (Koenig, 1988; Mandell, 1983; Wolf & Berle, 1981; Hofmann, 2002). Industrien utvikler og fremmer ny teknologi, og pasienter og samfunnet etterspør mer avansert

teknologi. Kombinasjonen av stort teknologitrykk og begrensede ressurser har skapt bekymring for prioritering og rettferdig fordeling av helsetjenester. Mange land har derfor forsøkt å regulere innføringen av ny teknologi i helsetjenesten, blant annet ved å utarbeide prinsipper eller føringer for prioritering og gjennom å opprette sentrale institusjoner. I dette kapitlet vil jeg drøfte følgende spørsmål:

- 1 Hvilke drivkrefter for innføringen av teknologi fører til en implisitt prioritering – og hvilke gir utfordringer for eksplisitt prioritering?
- 2 Hvilke tiltak og institusjoner er etablert for å håndtere (effekten av) slike drivkrefter?
- 3 Hvordan håndterer institusjonene (effekten av) disse drivkreftene?

Jeg vil spesielt undersøke noen uformelle føringer for innføring og bruk av moderne teknologi og hvilke følger dette kan få for prioritering av helsetjenester. De uformelle føringene representerer en form for *implisitt prioritering*, da de fører til en innføring og bruk av teknologi fremfor, eller på bekostning av, andre alternativer. Når teknologi innføres på implisitt vis, er ikke målene, prinsippene eller kriteriene for prioritering uttalte. Implisitt prioritering kan selvsagt sammenfalle med eksplisitt prioritering, der målene, prinsippene og kriteriene er uttalte, men innføringen kan også undergrave eller komme i konflikt med eksplisitt prioritering. I tillegg kan både de eksplisitte og implisitte implementeringene være intenderte og uintenderte. Det er ikke rom i dette kapitlet for å gjøre en detaljert analyse av når de uformelle føringene for innføring av teknologi er intenderte eller ikke.

Med teknologi forstår jeg gjenstander (apparater, medikamenter), metoder (fremgangsmåter, kunnskap) og organisering som inngår i formålsrettet produktiv menneskelig aktivitet (Hofmann, 2002; US Congress, 1982). En hjertestarter er mer enn en boks med

elektroder, den er også en metodikk for gjenoppliving som fokuserer på hjertets elektriske signaler – og et system for slik gjenoppliving. Teknologi handler altså ikke bare om «bokser og piller», men om metoden, tenkemåter og det systemet som den inngår i.

Hvilke drivkrefter kan ligge bak innføringen og bruk av teknologi?

Det er godt kjent at industrien er en sterk pådriver for bruk av teknologi i helsetjenesten. Industrien har brukt betydelige ressurser og en lang rekke midler for å markedsføre og fremme bruken av teknologi (DeAngelis & Fontanarosa, 2008; Goldacre, 2012; Healy, 2012). En mindre åpenbar påvirkning skjer gjennom vitenskapelige publikasjoner, der industrifinansiert forskning synes å publisere mer positive resultater for utbyttet av teknologi enn forskning som ikke er finansiert av industrien (Riaz, Raza, Khan, Riaz & Krasuski, 2015). Tilsvarende dreining kan man se der forskningslederen har bindinger til industrien (Ahn, Woodbridge, Abraham, Saba mfl., 2017). I tillegg foreligger det en betydelig publiseringskjevhet, og siden man aksepterer en feilrate på fem prosent (95 prosent konfidensintervall), vil falske forskningsresultater publiseres og inngå i kunnskapsoppsummeringer og meta-analyser (Ioannidis, 2005), og videre preges slike studier selv av sterke interesser (Ioannidis, 2016). Sterke interesser kan også gi seg utslag i polarisert forskning (Ploug & Holm, 2015), som gjør at noen forskningsresultater ser langt gunstigere ut enn det er uavhengig vurdert evidens for. Forholdet mellom nytte og risiko ved mammografiscreening er et eksempel på det (Ploug & Holm, 2015; Hofmann, 2018).

Evidensen for effekten av teknologi kan derfor være overdrevent positiv og påvirke prioriteringer. Det er også kjent at industrien støtter pasientorganisasjoner økonomisk, og at pasientorganisasjoner jobber aktivt for å øke tilgangen til industriens produkter.

Industrien bidrar også med kostnadseffektivitetsanalyser og metodevurderinger som kan være ubalanserte. Jeg kan ikke gå inn på alle måtene industrien kan påvirke prioriteringer på, men poenget her er å understreke at ulike aktørers *sterke interesser* kan virke inn på prioriteringer.

En annen utfordring er det som kan kalles *vikarierende grunner* for innføringen og bruken av teknologi. Ett eksempel på dette kan observeres ved innføringen av kirurgiroboter, som har blitt utbredt i Norge og en rekke andre land. Disse gjør det mulig for operatøren (kirurgen) å styre en robot som gjennomfører selve operasjonen. Mange institusjoner innførte denne teknologien uten at det forelå god dokumentasjon av utbyttet. Da det viste seg at utbyttet var svært beskjedent, mens kostnadene og tidsbruken økte (Health Information and Quality Authority, 2012; Ho, Tsakonas, Tran, Cimon mfl., 2011; Kim, Chang & Baik, 2014; Løvschall, Carstensen, Tipsmark, Søgaard-Andersen mfl., 2015), fortsatte man å argumentere for at teknologien var viktig. Denne gangen ble det fremhevet at teknologien var vesentlig for å rekruttere fagfolk og profesjonelle (Hofmann, 2013; Kristensen & Leer-Salvesen, 2013). Pasientene ønsket å la seg behandle ved sykehus som hadde teknologien, og om mulig med teknologien. I dette eksemplet ble effektargumentet først brukt som vikarierende grunn for rekruttering. Når man tar i betraktning at rekruttering av pasienter skjer på uriktige premisser (da pasientene feilaktig tror at robotkirurgi vil gi bedre utbytte), kan også rekrutteringsargumentet være vikarierende for en annen underliggende grunn, eksempelvis «kult-å-ha-argumentet» (Høymork, 2013; Abrishami, Boer & Horstman, 2014). Poenget er at underliggende og *vikarierende grunner* kan påvirke prioriteringer, blant annet ved at teknologier innføres uten at de gir utbytte for pasienter eller tilfredsstillende alminnelige prioriteringskriterier. Ultralyd utført av jordmødre og bruk av kardiokografi (CTG) er andre

eksempler der *vikarierende grunner* har vært viktige i innføringen av teknologi.

I tillegg til *vikarierende grunner* kan det også finnes *skjulte grunner* for innføring av teknologi. Det er kjent at ulike sykdommer og spesialiteter har ulik prestisje blant profesjonelle (Album & Westin, 2008; Album, 1991; Album, Johannessen & Rasmussen, 2017), og det er grunner til å tro at dette kan påvirke prioritering av helsetjenester (Haldar, Engebretsen & Album, 2016; Brean, 2011). Akutte tilstander knyttet til organer som ligger høyt i kroppen, og der det benyttes avansert teknologi, har høyere prestisje enn kroniske og diffuse tilstander der det benyttes lite eller enkel teknologi (Album & Westin, 2008). Prioritering på bakgrunn av status og prestisje erkjennes av fagfolk, men oppfattes som illegitimt og noe de selv ikke vil stå ansvarlig for (Haldar mfl., 2016). Dette er derfor en skjult form for prioritering som det er vanskelig å få has på både erkjennelsesmessig, moralsk og handlingsmessig.

Helt fra antikken har det eksistert en spenning mellom rasjonalisme og empirisme i helsetjenesten, det vil si hvorvidt vi kan få kunnskap om sykdommer gjennom (teoretiske betraktninger ved hjelp av) forstanden eller gjennom empirisk erfaring (Frede, 1986; Shryock, 1969; King, 1978; Kelly & Moore, 2012). Selv om empirisk etterprøvbare hypoteser har stått sterkt i medisinen, har det alltid vært en stor tro på evnen til å tenke seg til sammenhenger i naturen og utbyttet av visse behandlingsformer. En slik sterk rasjonalisme har utvilsomt hatt en innvirkning på vurderinger, prioriteringer og innføring av teknologier i helsetjenesten (Kelly & Moore, 2012). Eksempelvis er pulsoksymetri (Pedersen, Møller & Pedersen, 2003), medikamentutskillende stenter, positronemisjonstomografi (PET) (Hofmann, 2005b, 2002), kardiokografi (CTG) (Olofsson, Ayres-de-Campos, Kessler, Tendal mfl., 2014) og protonterapi (Hofmann, 2009) innført på bakgrunn av rasjonelle argumenter mer enn empirisk evidens. I enkelte tilfeller er

teknologi også brukt selv om det foreligger dokumentasjon på at den er mer skadelig enn til gagn (Fisher & Welch, 1999), fordi man har lagt større vekt på andre forhold enn på evidens. Slik *rasjonalistisk* innføring og bruk av teknologi bryter med alminnelige prioriteringskriterier, slik som at helsetilbud skal være dokumentert kostnadseffektive.

Det har også vært en lang tradisjon for såkalte *hvite elefanter* i helsetjenesten (Hofmann, 1998), det vil si en dyr gjenstand som koster mer i drift og vedlikehold enn den er til nytte – og som det kan være vanskelig å kvitte seg med.¹ Eksempelvis anskaffes teknologi fordi sentrale aktører på området, slik som fagpersoner, mener det er viktig for den kliniske virksomheten eller for rekrutteringen. Når disse fagpersonene slutter, eller blir opptatt av et annet felt, blir teknologien stående ubrukt. Tilsvarende er det når faggrupper ivrer sterkt for innføringen av visse teknologier, eksempelvis monitorering av hemodynamiske parametre med Swan-Ganz-kateter (på tynt empirisk grunnlag i 1990-årene) (Chatterjee, 2009), men etter en stund går bort fra bruken. Hvite elefanter kan bryte med alminnelige prioriteringsprinsipper for helsetjenesten, slik som krav om kostnadseffektivitet, og det bryter med krav om effektiv ressursutnyttelse. Den viktigste utfordringen er at teknologien innføres for å tilfredsstille (dårlig begrunnede) faglige behov og ikke pasienters behov. Ikke sjelden skyves også pasienter foran i argumentasjonen (se om *vikarierende grunner* foran).

En annen utfordring er den såkalte *supplerings effekten*, der «gammel og dårlig» teknologi erstattes av ny teknologi, men der den gamle ikke fjernes, men inngår i klinisk aktivitet. Den kan inngå som «reserve» eller «beredskap», men kan bli tatt inn i ordinær drift igjen etter en tid. Senere må den igjen erstattes av

1 Uttrykket *hvite elefanter* stammer fra Sørøst-Asia, der de ble sett på som hellige dyr som verken kunne settes til arbeid eller drepes.

ny teknologi fordi den er for «gammel og dårlig». Ett eksempel er ultralydapparater som erstattes av nye, men som fortsatt brukes (på grunn av «stor etterspørsel»), og så må erstattes av enda et nytt apparat noe senere (Hofmann, 2000). Supplerings-effekten skyldes dårlige rutiner for avhending og er knyttet til *avskaffelsesproblemet*, som også kan gi en dreining av ressursbruken og gi skjevfordeling.

Avskaffelsesproblemet er det alminnelige fenomenet at når en teknologi er anskaffet, så er det vanskelig å «avskaffe den». Bordet fanger. Når teknologien først er anskaffet, ser det med andre ord ut til at vi må avfinne oss med den. I litteraturen omtales dette ofte som disinvestment-problemet (Haas, Hall, Viney & Gallego, 2012; Henshall, Schuller & Mardhani-Bayne, 2012). Dette skaper utfordringer for prioritering, fordi teknologien legger beslag på ressurser som har alternativt anvendelse (*alternativkostnader*). Det er selvsagt et problem dersom alternativet gir bedre utbytte.

Medisinsk teknologi innføres og brukes ofte også *for sikkerhets skyld* (Hofmann, 2005a, 2001). Undersøkelser og diagnostiske tester gjennomføres ikke fordi man tror at man vil finne sykdom, men fordi man vil være sikker på at personen er frisk. Utfordringen med dette er delvis at testene gir mange falske positive test svar når praksisprevalensen er liten, delvis at man øker antall tilfeldige funn (incidentaloma) uten betydning (overdiagnostikk), men som leder til unødvendig uro, oppfølging og behandling, at man identifiserer tilstander som man ikke kan gjøre noe med, og dels at alternativt bruk av ressursene kan gi mer igjen i form av helseforbedring. I tillegg gjøres undersøkelser og behandling ikke først og fremst for pasientens beste, men for helsepersonells beste, eksempelvis når intervensjoner gjøres for å unngå moralske, juridiske eller økonomiske følger. I tillegg forekommer det at teknologi brukes for å unngå at man kommer til å angre i fremtiden («anticipated decision regret») (Tymstra, 1989). Teknologibruk *for sikkerhets skyld* er ett aspekt av et

mer generelt fenomen der teknologi brukes for å *reducere usikkerhet*. Prioriteringsmessig er teknologibruk *for sikkerhets skyld* særlig problematisk når teknologien ikke bare brukes til beste for pasienten, og der målsettingen ikke primært er relatert til pasientens helse.

Når teknologi innføres og brukes for andre formål enn (bare) til pasienters beste, kan dette også skyldes teknologiens *symbolske betydning*. Teknologi er knyttet til innovasjon, fremskritt og optimisme (Fredriksen, 2006; Haas mfl., 2012; Strand, Saltelli, Giampietro, Rommetveit mfl., 2016; Greenhalgh, 2013). Teknologier gir, som vi har sett, status og prestisje til sykdommer og spesialiteter (Album & Westin, 2008) og virker fascinerende og tiltrekkelige på fagfolk (Høymork, 2013; Cassell, 1993; Davidson, 1995). Dersom helsetjenestens og samfunnets prioriteringer av medisinsk teknologi er drevet av ren *teknologibegeistring*, er dette selvsagt utfordrende. Teknologibegeistringen kan gi seg til kjenne på mange måter, for eksempel ved en overdreven entusiasme og tro på enkle løsninger (quick fix)(Gardner, 1995), men også helt konkret ved at alminnelige prioriteringskriterier, som alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet, fravikes. Et eksempel på det siste finner vi i tilbudet av preimplantasjonsgenetisk diagnostikk (PGD) i Norge. PGD-nemnda, som vurderer enkeltsaker i Norge, uttaler eksempelvis i ett av sine vedtak at «[t]il tross for lav suksessrate og små muligheter for å lykkes, skal slik behandling uansett være et tilbud fra det offentlige» (PGD-nemnda, 2010, 2013). Samtidig er man klar over vesentlige kostnader knyttet til teknologien: «PGD er en ressurskrevende behandling basert på høyteknologiske metoder. Selv med den beste ekspertise vil det kunne være vanskelig å lykkes med å få et friskt barn»² Poenget her er ikke å gå inn i diskusjonen om PGD, men bare å bruke det som et eksempel på at det er problematisk dersom visse formål eller teknologier er hevet over alminnelige prinsipper for prioritering.

2 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-26-2006-2007-/id446580/sec4>

Et annet eksempel er at flertallet i Bioteknologirådet anbefaler blodtest (NIPT) for å vurdere risiko for utviklingsavvik hos fostre, med argumentasjonen at «de som skal ta fosterdiagnostikk, bør få tilgang på de beste metodene», uten å gjøre noen vurdering av kostnadseffektivitet (Bioteknologirådet, 2017).

Ved innføring av teknologier har det også vært advart mot *skråplanseffekter* og moralske utglidninger. Dette gjelder særlig for kontroversielle teknologier, slik som ulike former for reproduksjonsteknologi (Hofmann & Moldestad, 2012) og fosterdiagnostikk. Dersom skråplanseffekter skulle medføre innføring og bruk av teknologier som ikke tilfredsstillir alminnelige prioriteringskriterier, er dette selvsagt utfordrende. På den annen side er betydningen av skråplanseffekten omdiskutert (blant annet fordi det forutsetter en form for teknologisk determinisme som i utgangspunktet undergraver prioritering). Derimot kan man hevde at enkelte teknologier fungerer som brekkstang for utvidet bruk eller for innføring av nye teknologier mer enn de fører til utglidninger (Hofmann, 2016). Eksempelvis kan man hevde at hjelpesøken (Mehmet-saken) har blitt brukt som brekkstang for innføringen av PGD i Norge (ibid).

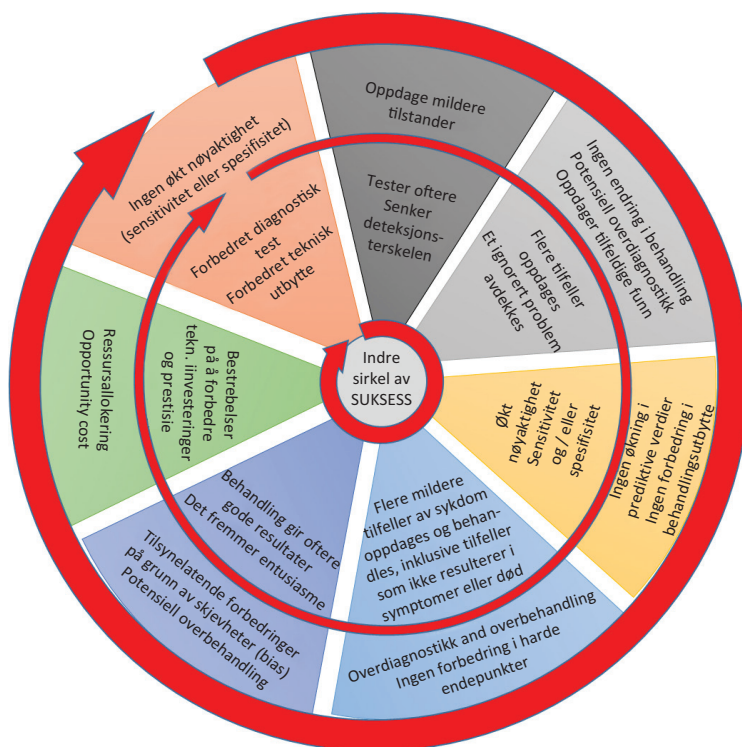
For kontroversielle teknologier kan dessuten teknologispørsmål omgå eller avlede oppmerksomheten fra vanskelige og viktige prioriteringsproblemer. I stedet for å diskutere hva som er gevinsten og tapet ved ulike former for fosterdiagnostikk, diskuterer man gjerne for eller mot tidlig ultralyd eller for eller mot blodprøve (ikke-invasiv prenatal test, NIPT). I stedet for å diskutere hva en ny type computertomograf (CT) gir av utbytte for pasientene, diskuteres gjerne tekniske egenskaper som bedret oppløsning, økt nøyaktighet og raskere skannetider. Det synes å være enklere å diskutere enkeltteknologier eller tekniske spesifikasjoner enn grunnleggende spørsmål om prioritering. Poenget er at om *tekniske spørsmål* tar oppmerksomheten fra grunnleggende verdispørsmål, kan det undergrave eksplisitt prioritering.

I tillegg virker det som om implementering og bruk av medisinsk teknologi er påvirket av visse «rasjonalitetsformer» eller bestemte *kognitive tilbøyeligheter* (Ioannidis, 2008; Perry, 1984; Parens, 2014; Ioannidis, 2016). I praktisk implementering av teknologi synes man å styres av oppfatninger som at «mye er bedre enn lite», «nytt bedre enn gammelt», «det er bedre å vite enn ikke å vite» og at «det er bedre å oppdage sykdom tidlig enn sent» (Hofmann & Skolbekken, 2017). Det finnes selvsagt eksempler på at dette er tilfelle, men det finnes også eksempler på det motsatte. Eksempelvis synes overdiagnostikk og overbehandling å gjøre det lite hensiktsmessig å screene friske mennesker for mulige kuler i skjoldbruskkjertelen for å oppdage kreft tidlig (Ahn, Kim & Welch, 2014). Der beslutninger styres av slike *kognitive tilbøyeligheter*, kan man bomme på helsetjenestens mål og vedtatte prioriteringsprinsipper.

En annen viktig drivkraft bak innføringen av teknologi er at teknologiutviklingen oppfattes som styrende for fagfeltet (*teknologideterminisme*). Eksempelvis mente 83 prosent av norske radiologer at økningen i omfanget av antall undersøkelser skyldes økte muligheter ved ny radiologisk teknologi (Lysdahl & Hofmann, 2009). Tilsvarende er *tilgjengeligheten* av teknologi en av de viktigste faktorene for bruken av den (Lysdahl & Hofmann, 2009). Den såkalte Roemers lov tilsier at en tilbudt helsetjeneste er en anvendt helsetjeneste (Roemer, 1961; Auster & Oaxaca, 1981). Hvis de som anskaffer og anvender teknologien, mener at teknologien styrer fagfeltet deres, er det ikke overraskende at implementering og bruk av teknologi kan komme i konflikt med prinsipper for prioritering.

Flere av drivkreftene som er nevnt foran, inngår i det som kan kalles *teknologiens selvforsterkende sirkel* (Hofmann, 2015). Forbedret diagnostikk gjør at man får økt teknisk nøyaktighet. Det gjør at man tester oftere og senker deteksjonsterskelen.

Da oppdages det flere tilfeller av tilstanden, og man får inntrykk av at man har et voksende problem. Samtidig øker den diagnostiske nøyaktigheten (sensitivitet og spesifisitet). Man oppdager og behandler flere mildere tilfeller av sykdommen. Det gjør at man får bedre resultater og investerer mer på å forbedre og utvikle diagnostisk teknologi. Dette kan kalles *den indre sirkelen av suksess*. Denne sirkelen av suksess følges av en tilsvarende sirkel av ulemper, der resultatet er reduserte prediktive verdier, overdiagnostikk, overbehandling og avledning av ressurser. Figur 10.1 forsøker å illustrere denne selvforsterkende sirkelen.



Figur 10.1: Teknologiens selvforsterkende sirkel.

Jeg har i denne delen forsøkt å vise hvordan teknologien kan endre eller undergrave eksplisitt prioritering, og gitt noen eksempler på dette. Hvilke institusjoner har vi så for å håndtere innføring av teknologi i helsetjenesten (inkludert prioriteringsspørsmål)?

Hvilke tiltak og institusjoner er etablert for å motvirke eller håndtere slike drivkrefter?

I Norge har vi en rekke rådgivende organer for innføring av teknologi, slik som Bioteknologirådet, Prioriteringsrådet og Kunnskapscenteret (i Folkehelseinstituttet), som leverer kunnskap, innspill og råd i forbindelse med prioritering av helsetjenester. Vi har også besluttende organer, som Beslutningsforum for nye metoder og Helsedirektoratet. Jeg skal kort beskrive disse, for deretter å drøfte i hvilken grad de klarer å håndtere de teknologiske drivkreftene og/eller deres effekter.

Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten (Prioriteringsrådet) hadde (frem til 31. desember 2017) som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skulle bidra til at myndigheter, tjenesteytende virksomheter og brukerorganisasjoner i helse- og omsorgstjenesten har felles forståelse av problemer og situasjoner knyttet til prioritering i helsetjenesten. Det skulle bidra til samordnet innsats, koordinerte prosesser og tiltak på tvers av sektorer og brukergrupper. Rådet hadde en rådgivende funksjon for prioritering i helse- og omsorgstjenesten og kunne også gi innspill til prioriteringsspørsmål som eventuelt måtte avgjøres som en del av ordinære budsjettprosesser. Rådet var sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helse- og omsorgstjenesten, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universitet og høyskoler (Wester & Bringedal, 2017).

Kunnskapscenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet oppsummerer forskning om effekten av utvalgte behandlinger og tiltak i helsetjenesten og vurderer kostnader. Resultatene presenteres

som systematiske oversikter, metodevurderinger og helseøkonomiske evalueringer. Metodevurderinger er gjerne av typen hurtig- eller fullstendige metodevurderinger. Kunnskapssenteret følger dessuten med på utviklingen av nye metoder internasjonalt, som antas å være særlig viktige og aktuelle for innføring i Norge. Med dette er Kunnskapssenteret en viktig premissleverandør for prioriteringsbeslutninger i Norge (Ringard, Larsen & Norheim, 2012).

Bioteknologirådet er et rådgivende og frittstående organ for forvaltningen som særlig skal vurdere og drøfte prinsipielle eller generelle spørsmål knyttet til bioteknologi og genteknologi, herunder samfunnsmessige og etiske spørsmål. Bioteknologirådet skal på begjæring eller av eget tiltak gi uttalelser i saker etter lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. og lov om fremstilling og bruk av genmodifiserte organismer, herunder forslag til endringer i lov, forskrifter med videre som har betydning for bioteknologi. Selv om rådet uttaler seg om bioteknologi, inklusive ulike former for medisinsk teknologi, omfatter deres råd sjelden kostnads- og prioriteringsmessige aspekter. Rådet konsentrerer seg mest om samfunnsmessig og etisk prinsipielle spørsmål.

Helse- og omsorgsdepartementet gir en rekke godkjenninger for innføring og bruk av medisinsk teknologi. Eksempelvis skal fosterdiagnostiske undersøkelsesmetoder, behandlingsformer som forutsetter bruk av celler fra overtallige befruktete egg, import og bruk av sæd og genteknologiske behandlingsformer godkjennes av departementet. Ulike lover og forskrifter delegerer også vurderinger til spesifikke instanser. Eksempelvis vurderer PGD-nemnda anvendelsen av PGD i hver enkelt sak i Norge. Departementet tar eksplisitt hensyn til kostnads- og prioriteringsmessige aspekter ved teknologi.

Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan. I tillegg til å ha ansvar for den nasjonale helseberedskapen og være en iverksetter av vedtatt politikk er direktoratet en faglig rådgiver og

forvalter av lov og regelverk innenfor helsesektoren. Dette gjelder også for lover og regler for prioritering, samt innføring og håndtering av medisinsk teknologi. Eksempelvis har avdeling for medisinsk utstyr og legemidler i divisjon for spesialisthelsetjenester ansvar for legemidler, blod, medisinsk utstyr og «nasjonalt system». Helsedirektoratet lager rapporter om klinisk beslutningsstøtte, prioritering og verdigrunnlag (Helsedirektoratet, 2012a) og økonomisk evaluering av helsetiltak (Helsedirektoratet, 2012b), faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere (Helsedirektoratet, 2017).

Beslutningsforum for nye metoder er et norsk statlig organ for innføring av nye metoder og medisiner i spesialisthelsetjenesten. Beslutningsforumet fatter konkrete beslutninger om innføring av medisinsk teknologi og består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene samt en observatør fra brukerutvalgene og en sekretær. Dette forumet har stor betydning for prioritering, ikke minst for beslutninger om innføring og bruk av nye typer kreftmedisin og andre kostbare behandlingsformer.

Helseforetakene foretar den fortløpende vurderingen av innføring av metoder og enkeltapparater gjennom systemet Nye metoder (tidligere «Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten»)³ **Nye metoder** er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Statens strålevern og Sykehusinnkjøp HF i dialog med eksterne brukere. Sekretariatet for Nye metoder ligger i Helsedirektoratet, avdeling for medisinsk utstyr og legemidler, mens det er Helse- og omsorgsdepartementet som er systemeier. Systemet skal sikre at nye metoder som tas i bruk i spesialisthelsetjenesten, gjennomgår en kvalitetssikret prosess for vurdering av effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet.

3 <https://nyemetoder.no/om-systemet/bakgrunn-og-formal>

En av metodene er såkalt mini-metodevurdering, som er en forenklet metodevurdering, og som benyttes som beslutningsverktøy når helseforetakene vurderer å innføre nye metoder. Mini-metodevurdering benyttes normalt ikke til vurderinger av legemidler eller metoder der legemidler inngår som en vesentlig komponent, eller for vurdering av nye screening-metoder. Ferdigstilte mini-metodevurderinger publiseres i den nasjonale databasen for mini-metodevurderinger hos Folkehelseinstituttet. Sykehus (helseforetak) skal registrere at de starter en mini-metodevurdering, slik at man har oversikt over alle påbegynte mini-metodevurderinger.

Hvordan håndterer institusjonene teknologiens prioriteringsdreiende krefter?

Institusjonene og rådene som er omtalt foran (under hovedspørsmål 2), håndterer de ulike utfordringene som nevnt tidligere (under hovedspørsmål 1) på ulike vis. Institusjonene har også utviklet seg over tid. Det vil føre for langt å gå inn på omfattende beskrivelser av de ulike instansenes rolle i forbindelse med innføring av ny teknologi og prioritering, og hvordan denne har endret seg over tid. Nedenfor gis bare en kort beskrivelse av hvordan de forholder seg til de utfordringene som jeg har drøftet foran.

Generelt kan vi si at ulike *aktørers sterke interesser* er i mindre grad håndtert av de nevnte institusjonene. Kunnskapssenterets vurderinger av evidens tar delvis opp i seg mulige skjevheter i forskningsresultater. Beslutningsforum kan delvis dempe sterke interesser, deriblant interessen av å være innovativ og attraktiv. Andre aktører er også på banen. Eksempelvis har Legeforeningen forsøkt å rydde opp i det som i ettertid oppfattes som en uryddig praksis med sterkt samrøre mellom leger og industrien. Legeforeningen har også forsøkt å ta tak i utfordringer med

overforbruk og underforbruk (ofte knyttet til bruk av teknologi) (Stensen & Hansen, 2016). Virkningene av sterke interesser både i produksjon (Ploug & Holm, 2015; Hofmann, 2018). og vurderingen av evidens fanges ofte ikke opp av institusjonene drøftet her.

Vikarierende grunner, hvite elefanter og supplerings-effekten befinner seg beslutningsmessig på mikronivå⁴, og går derfor under radaren til mange av institusjonene (som styrer teknologi på et meso- eller makroplan). Disse effektene kan fanges opp av mini-metodevurderinger, avhengig av kompetansen og interessene til dem som gjennomfører disse. De kan også gå under radaren til Beslutningsforum og andre institusjoner.

Skjulte grunner og differensierende holdninger fanges i liten grad opp av de aktuelle instansene. Mens det er greit å måle fenomener som ulike sykdommers prestisje, synes det vanskeligere å vurdere og endre deres innvirkning på prioritering. Det er derfor vanskelig for instansene å kartlegge hvordan slike skjulte fenomener påvirker prioritering, og å gjøre noe med dem.

Ensidig *rasjonalistisk* basert innføring av teknologi (uten empirisk evidens) fanges opp av kunnskapsoppsummeringer gjennomført av Kunnskapscenteret, prosesser i Prioriteringsrådet og i Beslutningsforum. Mini-metodevurderinger kan også fange opp dette på mikroplan.

Avskaffelsesproblemet er relevant for alle de nevnte instansene, men ingen synes å være særlig godt eslet til å håndtere det. Dette skyldes først og fremst at det er skjult for de fleste. Bare ved detaljkunnskap om teknologiparken og dens historie kan man avdekke dette. En del av problemet er at det bare er anskaffelsene

4 Jeg bruker her mikronivå om beslutninger og bruk av teknologi på individ- og enhetsnivå i helsetjenesten. Det kan være den enkelte lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten eller på avdelingsnivå i spesialisthelsetjenesten. Makronivå er på myndighets- og politisk nivå, men inkluderer også helseforetakene på regionnivå. Mesonivå er da nivået mellom disse, for eksempel helseforetak.

(og ikke livstidsløpet for teknologi) som vurderes. Dette fenomenet kan selvsagt håndteres på mikroplanet, men så langt har man hatt problemer med dette, og teknologibaserte «flaskehals» har gitt ekstra midler for å løse disse, uten at man har vært like opptatt av det motsatte problemet (utesing).

Innføring og bruk av teknologi *for sikkerhets skyld* foregår både på mikro- og makroplan. Mens helsepersonell kan bruke eksisterende teknologi for å ta en rekke tester «for sikkerhets skyld», eksempelvis røntgenundersøkelser og laboratorietester, kan helsemyndighetene sette i gang screeningprogrammer med omdiskutert utbytte. Selv om Beslutningsforum og Kunnskapssenteret kan fange opp dette, synes ingen av de nevnte institusjonene særlig innrettet på dette. Kunnskapssenteret vurderer en teknologi ut fra studier (internasjonalt) som ofte beskriver begynnende og ikke endret eller utvidet bruk av teknologi. Riksrevisjonen har ved flere anledninger vist at det er store variasjoner i bruken av radiologiske tjenester, og at det tas en rekke unødvendige undersøkelser (Riksrevisjonen, 2017). Dette har ikke blitt fanget opp av de nevnte instansene.

Teknologibegeistring skal normalt kunne tøyles av alle de nevnte instansene, men instansene består også av fagfolk og byråkrater som deler ekspertenes og befolkningens fascinasjon for teknologi.

Utglidning og *teknologifokus* håndteres i liten grad av de nevnte institusjonene, som for det meste er opptatt med vurdering av konkrete teknologier. Bioteknologirådet skal kunne fange opp utglidning og teknologifokus, siden det skal reise etiske og samfunnsmessige problemstillinger på overordnet nivå. Men rådet får også spørsmål om innføring av helt konkrete teknologier i helsetjenesten, slik som ikke-invasiv prenatal test (NIPT), der prioritering ikke blir drøftet. Bioteknologirådet har for eksempel ikke gjort noen prioriteringsmessige vurderinger av NIPT utover at befolkningen bør få tilgang til «den beste metoden» (se foran).

Det vil derfor si at i den grad utglidning og teknologifokus får prioriteringsmessige følger, så synes de nevnte institusjonene ikke å være særlig gode til å fange dem opp.

Tilsvarende kan også generelle holdninger om teknologi og *teknologideterminisme* gå under radaren for de fleste instansene, da disse også finnes hos de fleste aktører i samfunnet.

Diskusjon

Jeg har i dette kapitlet pekt på en rekke drivkrefter bak innføring av teknologi som kan gi utfordringer for prioritering. De kan føre til teknologibruk i konflikt med alle de tre prioriteringskriteriene (haste- og alvorlighetsgrad, nytte, kostnader). En kort gjennomgang av de ulike instansene som håndterer innføring og bruk av medisinsk teknologi, viser at de i begrenset grad har søkelys på eller håndterer disse utfordringene. En grunn til det er trolig at instansene ikke er utformet med det som formål. En annen grunn er at flere av de fenomenene som jeg har beskrevet, er skjulte og delvis kontroversielle. Mens de er ukjent for mange, mener enkelte at de ikke er viktige, og noen hevder at de er riktige, for eksempel at sykehuset bør kjøpe inn det nyeste ultralydapparatet på markedet, slik at man har det man selv oppfatter som det beste (*kognitive tilbøyeligheter, hvite elefanter*). En tredje grunn er at instansene ikke oppfatter dette som en viktig eller håndterbar oppgave. På samme måte som leger har et ensartet og stabilt prestisjehierarki av sykdommer, selv om de aldri eller svært sjelden snakker om eller erkjenner dette (Album mfl., 2017), kan helsefagutøvere og helseforetak ha sterke preferanser for (visse typer) teknologi, uten at dette anses som noe problem.

En annen grunn til at instansene i liten grad fanger opp fenomenene som er beskrevet her, er at instansene har ulike virkeområder.

Der noen retter seg mot prioritering på mikronivå, er andre orientert mot meso- og makronivå. De har derfor ulike virkefelt og ulik effekt og etterlater seg «hull» eller udekkede områder. Et «hull» i systemet for prioritering av teknologi kan man også finne i hvilke teknologier som vurderes. Ofte er det nye, dyre eller kontroversielle teknologier, slik som dyre kreftmedisiner. Det betyr i praksis at andre teknologier går «under radaren» og ikke er gjenstand for eksplisitt prioritering. Et eksempel på det er bruk av computertomografi (CT), som har økt drastisk, men der nytten av denne økningen er ukjent. På enkelte områder, som diagnostisering av lungeemboli, vet man at det kan gjøre mer skade enn nytte (Hutchinson, Navin, Marom, Truong mfl., 2015; Wiener, Schwartz & Woloshin, 2013).

Det finnes også en rekke andre formelle og uformelle instanser som er involvert i og påvirker innføringen av teknologi i helsetjenesten, enn dem som er nevnt her. Pasientorganisasjoner har fått stor gjennomslagskraft og påvirker innføringen og bruk av konkrete teknologier, for eksempel helt konkrete medikamenter. Det vil føre for langt å ta med alle slike organisasjoner. I dette kapitlet har vi bare tatt med dem som formelt er opprettet for å håndtere innføringen av medisinsk teknologi.

Jeg har i kapitlet ikke skilt skarpt mellom innføring og bruk av teknologi, selv om det åpenbart er en forskjell. Ikke all teknologi som innføres, brukes (slik som hvite elefanter), og ikke all teknologi som brukes, er innført (på meso- eller makroplan). Jeg har pekt på drivkrefter som gjelder for begge, men en mer detaljert analyse kan avdekke viktige forskjeller. De faller utenfor rammen av dette kapitlet, men er viktige temaer for spennende forskning fremover.

Kapitlet tar heller ikke høyde for å vurdere hvordan instansene er egnet til å håndtere fremtidig teknologi. Det er grunner til å

tro at persontilpasset medisin og bruk av digitale medier, som mobiltelefoner, elektroniske journaler og digital kommunikasjon generelt (mHelse, eHelse), samt stordata («big data») representerer et «paradigmeskifte» eller en «disrupsjon» i den teknologiske utviklingen i samfunnet generelt og i helsetjenesten spesielt (Topol, 2012). En grunn til det kan være at det tradisjonelle skillet mellom hypotesegenerering og hypotesetesting forsvinner. Bruk av stordata og maskinlæringsteknologi på eksisterende helsedata vil samtidig identifisere og «validere» markører for sykdom. Jeg har sammen med gode kollegaer drøftet denne problemstillingen mer i detalj andre steder (Vogt, Hofmann & Getz, 2016a, 2016b). Poenget her er at institusjonene kanskje ikke er eslet til å håndtere vurderingen av fremtidens teknologi, men dette må uvegerlig bli spekulativt all den tid denne teknologien ikke er ferdig utviklet ennå.

Hovedbudskapet er at flere av fenomenene er skjult for instansene, og fordi de ikke faller inn under deres formelle mandat, har de begrenset mulighet til å fange dem opp og håndtere dem. Dette kan håndteres på tre måter: 1) Man kan erkjenne at fenomenene som er beskrevet, i hovedsak er skjulte og vanskelig å få has på, slik at de må aksepteres i denne typen systemer, som aldri vil være perfekte, 2) man må utvide virkefeltene til eksisterende instanser, slik at de fanger opp de beskrevne (og liknende) fenomenene, og 3) man må opprette nye instanser som spesifikt retter seg mot de ellers oversette fenomenene.

Selv om jeg ikke har grunnlag for å si hvilket alternativ som vil være best for norsk helsestell, kan analysen gi hint om noen vesentlige spørsmål som de ulike aktørene og instansene kan bruke for å unngå noen av drivkreftenes uønskede effekter. Tabell 10.1 gir en oversikt over disse sammen med de drivkreftene som de forsøker å rette seg mot.

Tabell 10.1: Viktige spørsmål ved innføringen og bruk av teknologi for å unngå brudd med gjeldende prioriteringsprinsipper

Spørsmål	Drivkraft
I hvilken grad er aktørenes interesser så sterke at de overstyrer prioriteringsprinsippene?	<i>Sterke interesser Hvite elefanter</i>
I hvilken grad er argumentene autentiske (og i hvilken grad skjuler det seg argumenter under som står i fare for å overkjøre prioriteringsprinsippene)?	<i>Vikarierende grunner</i>
I hvilken grad finnes det sosiale eller kulturelle aspekter ved tilstanden, profesjonen(e), pasientgruppen eller teknologien som gjør at den får uforholdsmessig mye oppmerksomhet og prioritet?	<i>Skjulte grunner Symbolisk betydning Teknologibegeistring</i>
Hvorvidt finnes det rasjonalistiske føringer eller kognitive tilbøyeligheter som leder til beslutninger utenom alminnelige prioriteringer?	<i>Rasjonalisme For sikkerhets skyld Kognitive tilbøyeligheter</i>
I hvilken grad brukes eksisterende teknologier (som er implementert i en helt spesifikk kontekst) som argument for å innføre (andre typer) teknologi (som kan eller vil medføre en utvidet bruk)?	<i>Skråplaneffekter / Brekkestang Teknologideterminisme</i>
I hvilken grad bidrar teknologien til ytterligere (udokumentert) teknologibruk?	<i>Teknologiens selvforsterkende sirkel</i>

Konklusjon

Jeg har forsøkt å vise at det ligger en rekke synlige og skjulte drivkrefter bak innføringen av teknologi i helsetjenesten. Flere av disse kommer i konflikt med anerkjente prinsipper for prioritering. Andre undergraver premisene for prioritering, eksempelvis at viktige verdispørsmål fortrenses. Det er derfor ingen enkel oppgave å temme teknologiutviklingen i dagens helsetjeneste.

Vi har i utgangspunktet en rekke instanser som skal bidra til grundig og eksplisitt prioritering i Norge. Som vi har sett, kan en rekke av de drivkreftene og fenomenene som kan gi skjult prioritering, gå under radaren for de etablerte instansene. Dette betyr ikke at institusjonene ikke kan ta tak i disse utfordringene, men det forutsetter at de er oppmerksom på og har mandat til å håndtere dem.

Den mest effektive måten å begrense ubegrunnet utvidelse, implementering og bruk av medisinsk teknologi på er trolig å begrense tilgangen til teknologi. Å temme teknologien ved å strupe den er utvilsomt kontroversielt. I tillegg er det en tilnærming som effektivt undergraves av flere av de nevnte drivkreftene.

En implementert teknologi blir gjerne en brukt teknologi, og det fordrer gjerne mer innføring og bruk av teknologi. Streng kriterier for innføring er derfor et viktig virkemiddel. Dette kan dog kombineres med en raus og liberal politikk for forskning og utvikling av teknologi. Utfordringen er å implementere den teknologien som har dokumentert utbytte for pasienter og samfunnet, og å fjerne den som ikke har det.

Referanser

- Abrishami, P., Boer, A., & Horstman, K. (2014). Understanding the adoption dynamics of medical innovations. Affordances of the da Vinci robot in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 117, 125–133. doi:10.1016/j.socscimed.2014.07.046.
- Ahn, H.S., Kim, H.J., & Welch, H.G. (2014). Korea's thyroid-cancer «epidemic». Screening and overdiagnosis. *New England Journal of Medicine*, 371(19), 1765–1767.
- Ahn, R., Woodbridge, A., Abraham, A., Saba, S., Korenstein, D., Madden, E., Boscardin, W.J., & Keyhani, S. (2017). Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes. Cross sectional study. *BMJ*, 356, i6770.
- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 111, 2127–2133.
- Album, D., & Westin, S. (2008a). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182–188.
- Album, D., Johannessen, L.E.F., & Rasmussen, E.B. (2017). Stability and change in disease prestige. A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, 180, 45–51.

- Auster, R.D. & Oaxaca, R.L. (1981). Identification of supplier induced demand in the health care sector. *Journal of Human Resources*, 16(3), 327–342.
- Bioteknologirådet. (2017). *Ikke invasiv prenatal testing NIPT for kjønnsbestemmelse av foster ved risiko for alvorlig kjønnsbundet sykdom*. Nedlastet fra <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2017/02/Ikke-invasiv-prenatal-testing-NIPT-for-kjønnsbestemmelse-av-foster-ved-risiko-for-alvorlig-kjønnsbundet-sykdom.pdf>
- Brean, A. (2011). Prestisje og prioritering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 799.
- Cassell, E.J. (1993). The sorcerer's broom. Medicine's rampant technology. *Hastings Center Report*, 23(6), 32–39.
- Chatterjee, K. (2009). The Swan-Ganz catheters. Past, present, and future. *Circulation*, 119(1), 147–152.
- Davidson, S.N. (1995). Technological cancer. Its causes and treatment. *Healthcare Forum Journal*, 38(2), 52–58.
- DeAngelis, C.D., & Fontanarosa, P.B. (2008). Impugning the integrity of medical science. The adverse effects of industry influence. *JAMA*, 299(15), 1833–1835.
- Fisher, E.S., & Welch, H.G. (1999). Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? *JAMA*, 281(5), 446–453.
- Frede, M. (1986). Philosophy and medicine in antiquity. I A. Donagan, A.N. Perovich jr. & M.V. Wedin (red.), *Human nature and natural knowledge* (s. 211–232). Dordrecht: Springer.
- Fredriksen, S. (2006). Tragedy, utopia and medical progress. *Journal of Medical Ethics*, 32(8), 450–453. doi:10.1136/jme.2005.013292.
- Gardner, P.L. (1995). The relationship between technology and science. Some historical and philosophical reflections. Part II. *International Journal of Technology and Design Education*, 5(1), 1–33.
- Goldacre, B. (2012). *Bad pharma. How drug companies mislead doctors and harm patients*. London: Fourth Estate.
- Greenhalgh, T. (2013). Five biases of new technologies. *British Journal of General Practice*, 63(613), 425–425.
- Haas, M., Hall, J., Viney, R., & Gallego, G. (2012). Breaking up is hard to do. Why disinvestment in medical technology is harder than investment. *Australian Health Review*, 36(2), 148–152. doi:10.1071/ah11032.

- Haldar, M., Engebretsen, E., & Album, D. (2016). Legitimizing the illegitimate. How doctors manage their knowledge of the prestige of diseases. *Health*, 20(6), 559–577.
- Health Information and Quality Authority. (2012). *Health technology assessment of robot-assisted surgery in selected surgical procedures*. Cork: Health Information and Quality Authority.
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. Berkeley og Los Angeles, California: University of California Press.
- Helsedirektoratet (2012a). *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012b). *Økonomisk evaluering av helsetiltak. Veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonale faglige retningslinjer. Veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp kreft*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer>.
- Henshall, C., Schuller, T., & Mardhani-Bayne, L. (2012). Using health technology assessment to support optimal use of technologies in current practice. The challenge of «disinvestment». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28(3), 203–210. doi:10.1017/s0266462312000372.
- Ho, C., Tsakonas, E., Tran, K., Cimon, K., Severn, M., Mierzwinski-Urban, M., Corcos, J., & Pautler, S. (2011). *Robot-assisted surgery compared with open surgery and laparoscopic surgery. Clinical effectiveness and economic analyses*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Hofmann, B. (1998). Sorte bokser og hvite elefanter. *HMT*, (4), 30–32.
- Hofmann, B. (2000). Innføring av ny teknologi i helsevesenet. *HMT*, (3), 32–36.
- Hofmann, B. (2002). PETimetri? *Dagens Medisin*, 26. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2002/09/12/petimetri>.
- Hofmann, B. (2002). Is there a technological imperative in health care? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(3), 675–689.
- Hofmann, B., & Skolbekken, J.A. (2017). Surge in publications on early detection. *BMJ*, 357, j2102. doi:10.1136/bmj.j2102.
- Hofmann, B. (2001). Sikkerhetens skyld. Om handling under usikkerhet. *Utposten*, (1), 32–37.

- Hofmann, B. (2002). *The technological invention of disease – on disease, technology and values*. Oslo: University of Oslo.
- Hofmann, B. (2005a). For sikkerhets skyld – om skylden i vår søken etter sikkerhet. *Bibliotek for læger*, 197(4), 353–364.
- Hofmann, B. (2005b). PET – mer enn et kjæledyr! *Hold Pusten*, (4), 6–9.
- Hofmann, B. (2009). Fallacies in the arguments for new technology. The case of proton therapy. *Journal of Medical Ethics*, 35(11), 684–687. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/jme.2009.030981>.
- Hofmann, B. (2013). Når roboter styrer sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(5), 538–540.
- Hofmann, B. (2015). Too much technology. *BMJ (British Medical Journal)*, 350. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h705>.
- Hofmann, B. (2016). *Ikke skråplan, men brekkstang!* Morgenbladet. Nedlastet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2016/12/ikke-skraplan-men-brekkstang>
- Hofmann, B. (2018). Fake facts and alternative truths in medical research. *BMC medical ethics*, 19(1), 4.
- Hofmann, B., & Moldestad, O. (2012). Assistert reproduksjon – biologi og etikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(7), 856–859. doi:<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.11.1505>.
- Hutchinson, B.D., Navin, P., Marom, E.M., Truong, M.T., & Bruzzi, J.F. (2015). Overdiagnosis of pulmonary embolism by pulmonary CT angiography. *AJR American Journal of Roentgenology*, 205(2), 271–277. doi:10.2214/ajr.14.13938.
- Høymork, S.C. (2013). *Innføring av operasjonsroboter i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapsbasert helsetjeneste-eller «toys for boys»?* Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Ioannidis, J.P. (2008). Why most discovered true associations are inflated. *Epidemiology*, 19(5), 640–648. doi:10.1097/EDE.0b013e31818131e7.
- Ioannidis, J.P. (2016). The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses. *Milbank Quarterly*, 94(3), 485–514. doi:10.1111/1468-0009.12210.
- Ioannidis, J.P.A. (2005). Why most published research findings are false. *PLOS Medicine*, 2(8), e124.
- Kelly, M.P., & Moore, T.A. (2012). The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment. *Social Theory & Health*, 10(1), 1–19.

- Kim, C.W., Chang, H.K., & Baik, S.H. (2014). Outcomes of robotic-assisted colorectal surgery compared with laparoscopic and open surgery. A systematic review. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 18(4), 816–830.
- King, L.S. (1978). *The philosophy of medicine. The early eighteenth century*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Koening, B.A. (1988). The technological imperative in medical practice. The social creation of a «routine» treatment. I M. Lock & D.R. Godon (red.), *Biomedicine Examined* (s. 465–496). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kristensen E, Leer-Salvesen T.Fædrelandsvennen (12.03.2013). *Kritiserer robotgaven*. Nedlastet fra <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/OA1kO/Kritiserer-robotgaven>
- Lysdahl, K.B., & Hofmann, B. (2009). What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Services Research*, 9(1), 155–164. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-155>.
- Løvschall, C., Carstensen, K., Tipsmark, L.S., Søgaard-Andersen, E., Kromann-Andersen, B., Gögenur, I., Jensen, P.T., & Brantlov, S. (2015). *Medicinsk teknologivurdering af robotassisteret kirurgi*. Aarhus: CFK – Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, MTV & Sundhedstjenesteforskning.
- Mandell, H.N. (1983). Technological imperative. Or, when your tool is a hammer, everything looks like a nail. *Postgraduate Medicine*, 74(2), 24–26.
- Olofsson, P., Ayres-de-Campos, D., Kessler, J., Tendal, B., Yli, B.M., & Devoe, L. (2014). A critical appraisal of the evidence for using cardiocography plus ECG ST interval analysis for fetal surveillance in labor. Part II. The meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(6), 571–586.
- Parens, E. (2014). *Shaping our selves. On technology, flourishing, and a habit of thinking*. New York: Oxford University Press.
- Pedersen, T., Møller, A.M., & Pedersen, B.D. (2003). Pulse oximetry for perioperative monitoring. Systematic review of randomized, controlled trials. *Anesthesia & Analgesia*, 96(2), 426–431.
- Perry, S. (1984). Diffusion of new technologies. Rational and irrational. *Journal of Health Care Technology*, 1(2), 73–88.

- PGD-nemnda. (2010). *Sak 10/120*. Nedlastet fra http://helseklage.no/globalassets/1.-internett---eksternt/arsrapporter--meldinger/pgd/aarsmelding_2012.pdf
- PGD-nemnda. (2013). *Sak 13/47*. Nedlastet fra <http://helseklage.no/andre-brukarar/preimplantasjonsdiagnostikk/>
- Ploug, T., & Holm, S. (2015). Conflict of interest disclosure and the polarisation of scientific communities. *Journal of Medical Ethics*, 41(4), 356–358. doi:10.1136/medethics-2014-102114.
- Riaz, H., Raza, S., Khan, M.S., Riaz, I.B., & Krasuski, R.A. (2015). Impact of funding source on clinical trial results including cardiovascular outcome trials. *The American Journal of Cardiology*, 116(12), 1944–1947.
- Riksrevisjonen. (2017). *Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk*. Nedlastet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2016-2017/Bilediagnostikk.pdf>.
- Ringard, Å., Larsen, B-I., & Norheim, O.F. (2012). Medisinsk metodevurdering (HTA) for bedre prioriteringer av helsetjenester. *Michael*, 9, 174–182.
- Roemer, M.I. (1961). Bed supply and hospital utilization. A natural experiment. *Hospitals*, 35, 36–42.
- Shryock, R.H. (1969). Empiricism versus rationalism in American medicine, 1650–1950. *Proceedings of the American Antiquarian Society*, (april), 99–150.
- Stensen, O.-A., & Hansen, K.S. (2016). *For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten*. Oslo: Den norske legeförening.
- Strand, R., Saltelli, A., Giampietro, M., Rommetveit, K., & Funtowicz, S. (2016). New narratives for innovation. *Journal of Cleaner Production*.
- Topol, E. (2012). *The creative destruction of medicine. How the digital revolution will create better health care*. New York: Basic Books.
- Tymstra, T. (1989). The imperative character of medical technology and the meaning of «anticipated decision regret». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 5, 207–213.
- US Congress, Office of Technology Assessment. (1982). *Strategies for medical technology assessment*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Vogt, H., Hofmann, B., & Getz, L.O. (2016a). The new holism. P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Medicine*,

- Health care and Philosophy*, 19(2), 307–323. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11019-016-9683-8>.
- Vogt, H., Hofmann, B., & Getz, L.O. (2016b). Personalized medicine. Evidence of normativity in its quantitative definition of health. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 37(5), 401–416. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11017-016-9379-3>.
- Wester, G., & Bringedal, B. (2017). The Norwegian national council for priority setting in health care. Decisions and justifications. *Health Economics, Policy and Law*, 1–19. doi:[10.1017/s1744133117000020](https://doi.org/10.1017/s1744133117000020).
- Wiener, R.S., Schwartz, L.M., & Woloshin, S. (2013). When a test is too good. How CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ*, 347, f3368. doi:[10.1136/bmj.f3368](https://doi.org/10.1136/bmj.f3368).
- Wolf, S., & Berle, B.B. (1981). *The technological imperative in medicine*. New York: Plenum Press.

Forfatterbiografier

Redaktører

Henriette Sinding Aasen (henriette.aasen@uib.no) er professor på Det juridiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Hennes forskningsområde er velferdsrett, med særlig fokus på helse og menneskerettigheter. Hun har ledet og deltatt i flere tverrfaglige forskningsprosjekter om forholdet mellom rettslig regulering, sosialt medborgerskap og demokrati. Et sentralt tema i mange av hennes publikasjoner er tilgang til adekvat helsehjelp for svake grupper. Relevante publikasjoner er *Grunnloven og velferdsstaten* (Aasen & Kildal, 2014); *Juridification and Social Citizenship in the Welfare State* (Aasen, Gløppen, Magnussen & Nilssen, 2014); *Prioriteringsveiledere som styringsverktøy i skjæringspunktet mellom rett og medisin* (Aasen & Magnussen, 2016); *Retten til sykehustjenester i Norge og Danmark: Komparative betraktninger om rett, politikk og faglig skjønn* (Aasen, Hartlev & Magnussen, 2016).

Berit Bringedal (berit.bringedal@legeföreningen.no) er dr. polit. og seniorforsker ved LEFO - Legeforskningsinstituttet. Hennes forskningsområder er prioritering og sosial rettferdighet, legers atferd og styring av helsetjenesten. Hun har publisert en rekke artikler på disse feltene. Av særlig relevans for denne bokens tema kan nevnes: *The Norwegian National Council for Priority Setting in Health Care: Decisions and Justifications* (Wester & Bringedal, 2017) og *Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten?* (Bringedal & Bærøe, 2016).

Kristine Bærøe (kristine.baroe@uib.no) er førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i

Bergen. Forskerinteressene hennes innbefatter blant annet legitimitetsaspekter ved prioriteringsbeslutninger, utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse, personlig ansvar for helse, pasient autonomi og forskningsetikk. Relevante publikasjoner i denne sammenhengen: *Priority setting in health care: A framework for reasonable clinical judgements* (Bærøe, 2009); og *Just health: on the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socioeconomic status* (Bærøe & Bringedal, 2011).

Anne-Mette Magnussen (amm@hvl.no) er professor ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. Hun forsker på forholdet mellom rett, politikk og profesjonell skjønnsutøving. Sentrale stikkord er rettsliggjøring, sosialt medborgerskap, demokrati, rettigheter, deltakelse og beslutningsfatting. Relevante publikasjoner: *Juridification – disrupting the balance between law and politics?* (Magnussen & Banasiak, 2013); *Juridification and Social Citizenship in the Welfare State* (Aasen, Gløppen, Magnussen & Nilssen, 2014) og *Right to Hospital Care and Prioritization from a Law and Politics Perspective – The experiences of Norway and Denmark* (Aasen, Hartlev & Magnussen (2015).

Øvrige bidragsytere

Afsaneh Bjorvatn er dr. polit i samfunnsøkonomi. Hun er postdoktor ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet og forsker ved Samfunns- og næringslivsforskning (SNF). Hun har omfattende erfaring fra forskning innen primær- og spesialisthelsetjenesten og fra prosjekter innen offentlig økonomi og kostnadsnytte- og kostnadseffektivitetsanalyser. Bjorvatn har også bred erfaring fra empiriske analyser basert på registerdata og spørreundersøkelser. Hun har publisert en rekke artikler som omhandler konsekvenser av ulike reformer og reguleringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. Av særlig relevans nevnes *Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester* (Bjorvatn og Nilssen, 2018).

Benedicte Carlsen (benedicte.carlsen@uib.no) er samfunnsviter og professor innen helsetjenesteforskning. Hun har tidligere vært forskningsleder ved Uni Research Rokkansenteret og er nå instituttleder ved HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen og har en professor II-stilling ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. Hun har publisert en rekke artikler om styring av helsevesenet og implementering av styringsprinsipper i praksis. Av særlig relevans her kan nevnes: *“What lies beneath it all?” – an interview study of GPs’ attitudes to the use of guidelines* (Carlsen & Norheim, 2008) og *Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs’ attitudes to clinical practice guidelines* (Carlsen, Glenton & Pope, 2007).

Bjørn Hofmann (bjoern.hofmann@ntnu.no) er professor i medisinsk filosofi og etikk ved Institutt for helsevitenskap ved Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Gjøvik og ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Han er utdannet sivilingeniør innen fysikalsk elektronikk og biomedisinsk teknikk, samt i filosofi og idehistorie. Hofmann interesserer seg særlig for forholdet mellom kunnskapsteori (epistemologi) og etikk. Han forsker og underviser innenfor medisinsk filosofi, etikk, vitenskapsteori og teknologivurdering. Han har publisert en rekke artikler på disse områdene, av særlig relevans her kan nevnes. *Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences* (Hofmann, 2013). Han har også skrevet boken *Hva er sykdom* (2014).

Jasmeen Garcha Kaur (jasmeenkg@hotmail.com) er Cand.med. og jobber som lege ved Sykehuset Innlandet Elverum-Hamar. Hun fullførte medisinerstudiet ved Universitetet i Bergen i 2017. Sammen med medstudent Radhakrishnan skrev hun særøppgaven *Access to Healthcare: on Obstructions & Inequitable barriers*.

Morten Magelssen (morten.magelssen@medisin.uio.no) er lege med bachelorgrad i filosofi og ph.d. i medisinsk etikk, og er

forsker ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han forsker på etikk i helsetjenesten, og har særlig publisert om etikkrefleksjon i helsepersonells arbeidshverdag, prioritering og reservasjonsadgang for helsepersonell. Særlig relevant for prioriteringsfeltet er *Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting* (Magelssen, Miljeteig, Pedersen & Førde, 2017) og *Rationing at the bedside: Immoral or unavoidable?* (Magelssen, Nortvedt & Solbakk, 2016).

Even Nilssen (Even.Nilssen@hvl.no) er professor ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. Han har blant annet forsket på forholdet mellom internasjonale organisasjoner og nasjonal velferdspolitik og på forholdet mellom rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i velferdsstaten. Relevante publikasjoner: *The Role of International Organizations in Social Policy. Ideas, Actors and Impact* (Ervik, Kildal & Nilssen 2009), *Contractualism and Street-Level Discretion in Norwegian Activation Policy* (Nilssen 2015) og *Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester* (Bjorvatn & Nilssen, 2018).

Kavery Radhakrishnan (kavery91@gmail.com) er Cand.med. og jobber som lege ved Kysthospitalet i Hagevik, Helse Bergen. Hun fullførte medisinerstudiet ved Universitetet i Bergen i 2017. Sammen med medstudent Garcha Kaur skrev hun særøppgaven *Access to Healthcare: on Obstructions & Inequitable barriers*.

Solveig Hodne Riska (solveig.h.riska@uis.no) er universitetslektor i helserett ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger. Hun er utdannet fysioterapeut og jurist, og forsker på retten til nødvendig helse- og omsorgshjelp, herunder regulering av prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Av relevans er hennes juridiske masteravhandling *Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. En balanse mellom individ og felleskap* (2016).

Tobba Therkildsen Sudmann (tsu@hvl.no) er fysioterapeut og førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskulen på Vestlandet. Hennes forskning omhandler profesjonelle behandlingsrelasjoner, og studier av hvordan man i rollen som pasient eller mottaker av tjenester får anledning til å ta initiativ, bruke egne ressurser, og delta i valg og beslutninger som omhandler egen helse. Relevante publikasjoner: *(En)gendering body politics* (Sudmann, 2009), *Sosial ulikhet i helse* (Ihle & Sudmann, 2014b) og *e-Health literacy i en norsk kontekst* (Fredriksen & Sudmann, 2016).

Inger Lise Teig (inger.teig@uib.no) er dr. polit i sosialantropologi og førsteamanuensis i helseledelse ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hennes forskningsområder er ledelse og styring i helsesektoren, medisinsk teknologi og effekter av tilsyn. Relevante publikasjoner: *Effects of external inspection on sepsis detection and treatment: a study protocol for a quasiexperimental study with a steppedwedge design* (Hovlid, Frich, Walshe, Nilsen, Flaatten, Braut, Helgeland, Teig & Harthug, 2017), *Organizing Norwegian psychiatry: Security as a colonizing regime* (Teig, I Brock-Due og Bertelsen, 2016) og *The formation of “managementhood” in a psychiatric hospital* (Teig, 2015).

Gry Wester (gry.wester@kcl.ac.uk), tidligere postdoktor ved Universitetet i Bergen, er nå universitetslektor i bioetikk og global helseetikk ved King's College London. Hun har bakgrunn i politisk filosofi, og hennes forskning setter fokus på spørsmål om rettferdig fordeling og teorier om likhet, spesielt i tilknytning til helse og helsetjenester. Hovedinteressene hennes inkluderer ulikheter i helse, kapabilitetstilnærmingen, prioritering av helsetjenester, og sosiale helsedeterminanter og deres politiske implikasjoner. Relevante publikasjoner: *When are health inequalities unfair?* (Wester, 2018); *The Norwegian National Council for Priority Setting in Health Care: Decisions and Justifications* (Wester & Bringedal, 2017) og *The Social Gradient in Health: Missed Opportunities or Unjust Inequalities?* (Wester, 2015).