



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

*Prioritering, styring og likebehandling: utfordringer i norsk helsetjeneste*

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2018

Kari Tove Elvbakken

Professor, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen

[Karitove.Elvbakken@uib.no](mailto:Karitove.Elvbakken@uib.no)

Boka «Prioritering, styring og likebehandling» er resultat av et tverrfaglig prosjekt om utfordringer ved prioritering innenfor helsetjenesten, konsentrert om utfordringer som følge av spenninger og samspill mellom juridiske, politiske, økonomiske og profesjonelle perspektiver. Boka dokumenterer resultater fra prosjektet med bidrag fra 15 forskere, med stor bredde i faglig bakgrunn og institusjonstilknytning. Boka har en introduksjon og ti kapitler. Den er gitt ut som e-bok og har 292 sider.

Redaktørene, juristen Henriette Sinding Aasen, sosiologen Berit Bringedal, filosofen Kristine Bærøe og statsviteren Anne-Mette Magnussen kommer fra Universitetet i Bergen (UiB), fra legeforeningens forskningsinstitutt og fra Høgskolen på Vestlandet (HVL). Redaktørene viser til at de norske helsemyndighetene var tidlig ute med å få utredet retningslinjer for prioritering av helsetjenester, og omtaler flere slike, men særlig den siste, *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (NOU 2014: 12).

I sin interesse for prioritering, vektlegger forfatterne at studier av prioritering ikke bare bør undersøke regler og retningslinjer, men at også helsetjenestens organisatoriske forhold, ressurser, arbeids- og maktfordeling, sammen med det profesjonelle skjønnet må med. Bokas mål er å løfte fram forhold som påvirker prioriteringer. De vektlegger betydningen av skjønn, prinsipper for rettferdig fordeling og likebehandling og hvilke styringsinstrumenter som er til rådighet, samspillet mellom rettslige, økonomiske og organisatoriske instrumenter, samt profesjonenes selvregulering. Boka tar også opp hvordan beslutningstakere vurderer betydningen av styringsinstrumentene. Intensjonen er å reflektere over mangfoldet av styringsinstrumenter og samspillet mellom dem, samt å undersøke utfordringer som kommer til syne i klinisk praksis.

I bokas første kapittel spør Gro Wester (UiB) hvorfor sosiale ulikheter i helse er urettferdige. Slik tar hun opp et grunnlagsspørsmål, det er lett å slutte seg til at det er urettferdig med sosial ulikhet i helse, men hvorfor er det urettferdig? Wester oppsummerer først hva ulikheter i helse er og viser at dette er komplekse forhold, både ulikhet og helse er begreper

med mange betydninger. Hun konsentrerer seg om å drøfte ulike årsaker til sosiale ulikheter i helse. Hun skiller mellom sosiale helsedeterminanter, sosial seleksjon og andre faktorer og understreker at det er vanskelig å fastslå hva årsakene til sosial ulikhet i helse er. Wester bruker ulike rettferdighetsteoretiske perspektiver i drøftingen. Hun argumenterer for forståelsen av forskjeller i helse har betydning for valg av tiltak for å utjevne forskjellene. Hun argumenterer for å bruke et bredt spekter av tiltak for å redusere ulikheter i helse og velferd.

I kapittel to drøfter Kristine Bærøe, Jasmeen Garcha Kaur og Kavery Radhakrishnan (UiB) hvordan realiseringen av lik tilgang og likeverdige tjenester kan styrkes. De drøfter ulike barrierer for lik tilgang, basert på et arbeid av australske Levesque og medarbeidere fra 2013. Forfatterne gir en rekke eksempler på barrierer som aksept og evne til å søke helsetjenester, evne til å oppnå kontakt og hvorvidt tilbudene er tilrettelagt og tjenestenes evne til å engasjere seg. De drøfter barrierer som kan være akseptable og «potensielt uakseptable» og tar til orde for at forståelse av ulike typer av barrierer er viktig for å kunne iverksette tiltak som fremmer lik tilgang til helsetjenester.

Det tredje kapittelet redegjør for de juridiske rammene rundt helsetjenester i Norge. Det er skrevet av Solveig Hodne Riska og Henriette Sinding Aasen (UiB). Forfatterne presenterer lovgivningen og de juridiske rammene for beslutninger om rett til helsehjelp. De understreker at det skjer mye innenfor helseretten, med nye lover og forskrifter. De redegjør for retten til nødvendig helsehjelp, pasient- og brukerrettighetsloven, og prioriteringsforskriften som ramme for individuelle rettigheter. Også klagemuligheter og domstolskontroll tematiseres. Forfatterne ser rett til helsehjelp som del av menneskerettslige krav. De peker også på utfordringer, som å sikre at helsepersonells faglige skjønn skjer innenfor rammene av reglene for prioritering. Derfor kreves stadig opplæring om regulering og «kultivering» av det profesjonelle skjønn.

I kapittel fire er iverksettingen av EUs pasientrettighetsdirektiv i Norge tema. Her spør Even Nilssen (HVL) om iverksettingen gir en mer markedsorientert spesialisthelsetjeneste. Han redegjør for direktivet, med pasienters rett til grenseoverskridende helsetjenester. Videre tar Nilssen opp bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften, med fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Med dette som bakgrunn drøfter han implementeringen av direktivet under Stoltenberg-regjeringen (2005–2013) og Solberg-regjeringen (fra 2013) og ESAs rolle i iverksettingen. Nilssen understreker at implementeringen av pasientrettighetsdirektivet er uttrykk for overnasjonal rettsliggjøring. Direktivet ses som del av forsøket på å etablere et europeisk helsemarked, hvor EUs generelle prinsipper om fri flyt av tjenester og personer, og lik behandling av offentlige og private tjenester er viktig. Dette skjer samtidig som vekt på fritt behandlingsvalg og oppheving av skille mellom behovs- og rettighetspasienter preger det nasjonale nivået. Følgen av begge tendenser er ifølge Nilssen en sterkere markedsorientering i helsetjenesten.

Morten Magelsen (Universitetet i Oslo) spør i kapittel fem om prioritering er forenlig med helsepersonells profesjonsetikk. Magelsen tar utgangspunkt i at helsepersonell må delta i prioritering og ta hensyn til ressursene, samtidig som de primært er orientert mot pasientenes behov. Han presenterer en normativ analyse, med leger som eksempel. Magelsen ser prioritering på klinisk nivå som en nødvendighet som kan praktiseres uten at profesjonsetikken utfordres. Han mener de norske prioriteringskriteriene er såpass åpne at de gir rom for skjønn og at prioriteringsveiledere, kliniske retningslinjer og veilederdokumenter er positive, men at de burde være tydeligere om når rådene er basert på prioriteringshensyn.

Berit Bringedal (Legeforeningens forskningsinstitutt) og Benedicte Carlsen (UiB) har skrevet det sjette kapitlet. Det tar opp norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning for kvalitet og likebehandling. Bringedal og Carlsen bruker data fra en spørreundersøkelse

blant norske leger som gjennomføres som panel av legeforeningen hvert andre år. De bruker data fra 2014, med 1261 respondenter (og 78,2 % svarandel). De tar opp legenes vurdering av styringsinstrumenter og deres rolle for kvalitet og likebehandling: juridiske og økonomiske styringsverktøy, beslutningsstøtte for utøvelse av arbeidet, som faglige retningslinjer, kontrollordninger, som tilsynsmyndighetene står for, og strukturelle ordninger. Forfatterne trekker fram at en del leger uttrykker skepsis til de økonomiske styringsinstrumentene og at særlig sykehuslegene er skeptiske til strukturelle virkemidler. Dette ses i sammenheng med at den profesjonelle autonomien og systemer for styring kanskje ikke er i balanse.

I kapittel sju tar Afsaneh Bjorvatn (HVL) opp sykehuslegers holdninger til økonomiske styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten. Bjorvatn undersøker to spesifikke virkemidler, betydningen av kostnader og nytte i prioriteringsbeslutninger og aktivitetsbasert finansiering av sykehus. Kapitlet bygger også på data fra spørreundersøkelsen blant leger i 2014. Funnene tyder på at kostnadseffektivitet vektlegges av legene som legitime hensyn. Legene var på den annen side gjennomgående negative til den innsatsstyrte finansieringens betydning for kvalitet og likebehandling.

Inger Lise Teig og Gry Wester (UiB) skriver om helsepersonells beslutninger om helsehjelp som et eksempel på styringsdilemmaer i praksis i kapittel åtte. Deres bidrag bygger på intervjuer med 15 ansatte ved somatiske poster ved to sykehus, og materialet er analysert kvalitativt. De ansattes utfordringer ved beslutninger om helsehjelp kunne representeres som ulike logikker eller verdiorienteringer, den økonomiske logikken, den organisatoriske logikken og den profesjonelle logikken. Teig og Wester understreker at informantene søkte å håndtere til dels uforenlige logikker og hvordan de rettferdiggjør sine beslutninger.

Kapittel ni om rettslig regulering og e-helse er skrevet av Anne-Mette Magnussen og Tobba Therkildsen Sudmann (HVL). De drøfter om økt vekt på e-helse og digitalisering i offentlig sektor kan støtte opp om den rettslige reguleringen for å sikre rettferdig tilgang til helsetjenester. Magnussen og Sudmann bruker begrepet samhandlingsbarrierer i sin drøfting, med vekt på samhandlingsterskler. Med henvisning til Jacobsen, Jensen og Arseths arbeid fra 1982, drøftes e-helse og utfordringer i forhold til terskler for registrering, kompetanse og effektivitet. De tar opp hvordan e-helse kan gi støtte ved å gi kunnskap og veiledning, og støtte til beslutninger og prosesser. Samtidig kan e-helse gi nye utfordringer og vanskelige terskler å overstige. Fordi det skjer raske og store endringer, argumenterer forfatterne for årvåkenhet og mer forskning om e-helse og sosial ulikhet.

Det tiende og siste kapitlet er skrevet av Bjørn Hoffmann (NTNU) og tar opp uformelle føringer ved helseteknologien og spørsmålet om hvordan disse kan tøyles. Teknologier har bidratt til svært viktige framskritt, men Hoffmann peker også på negative konsekvenser, som overdiagnostisering og negative sideeffekter av den teknologiske utviklingen. Kombinasjon av en utvikling i retning av mer teknologi og begrensede ressurser påvirker prioriteringer og rettferdig fordeling av helsetjenester. Hoffmann tar fatt i slike spenninger og drøfter hva som ligger bak innføring av teknologier, tiltak og institusjoner som skal håndtere utviklingen og hvordan disse håndterer effekter av drivkreftene. Han konkluderer med at teknologiutvikling er vanskelig å temme og kan utfordre målene om likeverd og likebehandling i helsetjenestene.

Samlet er boka *Prioritering, styring og likebehandling* interessant, rik og fengende. Det spennes opp et stort lerret av tema og utfordringer som drøftes og forskere med mange fagbakgrunner er med. Boka framstår som gjennomarbeidet, den er lettlest og tydelig. Den fortjener å bli lest av forskere, i forvaltningen, av politikere og helsetjenestens mange yrkesgrupper. Likevel er det på sin plass med noen kritiske kommentarer.

Det ses noen utfordringer i det flerfaglige prosjektet. Kapittel to og kapittel ni tar begge opp skranker, barrierer eller terskler knyttet til helsetjenestens bidrag til likeverdige tje-

nester, men kommuniserer ikke med hverandre. Mer kommunikasjon mellom legene og statsviterne kunne gitt dypere innsikt. Flere av kapitlene kunne hatt med mer kontekst og oppsummering av tidligere forskning om de temaene som drøftes. Flere kunne, som Nilssen i kapittel 4, tatt opp politiske forhold og historisk kontekst. Det ville vært en styrke. Det savnes videre et avslutningskapittel – som oppsummerer hovedresultatene fra forskningsprosjektet, men, boka anbefales!