

# Prioritering, styring og likebehandling

---

Utfordringer i norsk helsetjeneste



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

## 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».<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesteloven skal blant annet «bidra til et likeverdig tjenestetilbud».<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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

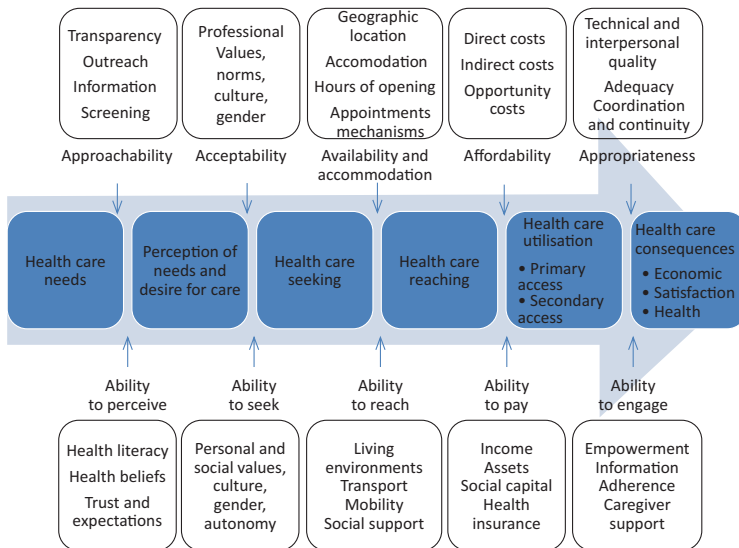
helsetjenestens tilbud som en pågående tilpasningsprosess (Frenk & White, 1992; Ricketts & Goldsmith, 2005). For å klargjøre begrepene «access», «accessibility» og «availability», som ble brukt om hverandre, referer Frenk til «accessibility» og «availability» som begreper som beskriver tilbudssiden («supply-side»), 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 utskriving 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*<sup>4</sup>, 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 brukere<sup>5</sup>. 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

*Tilnærmedelighet og evnen til å oppfatte* (Kaur & Radhakrishnan, 2016): Tilnærmedelighet 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 og betalingsevne 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 sykkelighet 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 sykkelighet 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 ulikhet 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 helsetjenestesystemet 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.