

# Prioritering, styring og likebehandling

---

Utfordringer i norsk helsetjeneste



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

## 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 kunnskapsoppsamlinger 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.

Eksempelet 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 skjønn

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 skjønn, må det utøves skjønn 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-skjønn 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 skjønn når det skal anvendes i praksis. Kort oppsummert kan vi si at profesjonelt skjønn 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.<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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. Fagfolkenes skjønn kommer 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) avgrenser 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 opptrer 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*