

# Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten?

Berit Bringedal, dr.polit., seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet (LEFO), Oslo  
Kristine Bæroe, ph.d., førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

**Abstract:** Artikkelen diskuterer rettsregulering for å oppnå likebehandling i helsetjenesten. Spørsmålet er om mer spesifikke lover kan bidra til dette. Argumentet er: En rimelig definisjon av rettferdighet er at samfunnsmedlemmene skal ha så like muligheter som mulig. Ulikhet i helse kan bety ulike muligheter, derfor innebærer sosial rettferdighet å sørge for at unngåelige helseulikheter reduseres. Lik tilgang til og adekvat behandling i helsetjenesten er et virkemiddel for dette. Norsk helsetjenestelovgivning bygger på likhetsprinsippet, men gir en tvetydig definisjon av likhet. Vårt forslag er at likhet defineres som like muligheter til å nå individuelle helsepotensial. Vi argumenterer ikke for mer spesifikke lover for å realisere dette, men at loven bør presisere helsetjenestens generelle ansvar for å hindre at tjenesten selv bidrar til sosial ulikhet i helse. Dette innebærer hensyntagen til sosioøkonomiske faktors betydning for effekt av behandling.

**Keywords:** Rettsregulering, helsetjeneste, sosial ulikhet, sosial rettferdighet, capability-approach

## Problemstilling

For å fremme sosial rettferdighet må fellesskapet sikre at samfunnsmedlemmene har like muligheter.<sup>1</sup> En forutsetning for at dette kan skje, er at det er klart hva «like muligheter» innebærer. I denne artikkelen foreslår vi en definisjon av like

muligheter til helse og drøfter hvordan norsk helsetjenestelovgivning står i forhold til denne fortolkningen.

Kravet om at borgerne skal ha de samme rettigheter står sentralt i de vestlige demokratier, både i politisk teori og i politisk praksis. Å sikre alle samfunnsmedlemmer like rettigheter – sivile, politiske, sosiale, kulturelle og økonomiske – anses som en vesentlig forutsetning for like muligheter. Men selv om like rettigheter er en vesentlig forutsetning, er den ikke tilstrekkelig. Individuelle og sosiale faktorer spiller en betydelig rolle for de reelle mulighetene den enkelte har til å kunne nyttiggjøre seg sine rettigheter – ulike forutsetninger initialt gir ulike muligheter i praksis, på tross av like rettigheter. Dette ligger til grunn for tanken om at fellesskapet må kompensere for individuelle forskjeller: forskjellsbehandle for å likebehandle. Like rettigheter reflekterer det som kan kalles innsatslikhet, mens forskjellsbehandling for å realisere like utfall reflekterer et mål om resultatlikhet.<sup>2</sup>

Et neste element i en teori om sosial rettferdighet er bestemmelsen av hvilke faktorer som bør tas hensyn til i forsøket på å realisere like muligheter. Svaret må bygge på empirisk kunnskap om hva som har størst betydning for den enkeltes muligheter, samtidig som det må anerkjennes at ulike faktorer virker i sammenheng.

1. Daniels 2008, Sen 2002.

2. Hernes, 1974.

Det er det samlede settet av forutsetninger for å realisere like muligheter som er avgjørende.

Endelig er spørsmålet hvilken politikk og praksis som fremmer sosial rettferdighet på mest effektive vis. For en fullstendig empirisk og teoretisk analyse er det nødvendig å studere samspillet mellom politikkområder og virkemidler. Ulikhet i helse kan f.eks. skyldes forhold på arbeidsmarkedet, i utdanningssystemet eller skattepolitikken, eller biologiske, sosiale og kulturelle forhold. Selv om en fullstendig analyse krever at man ser på alle disse i sammenheng, er kunnskap om de enkelte samfunnsområdene og/eller virkemidlene viktig. Vi skal diskutere helse-tjenestens rolle for ulikhet i helse og om, eventuelt hvordan, rettslig regulering kan anvendes for å fremme rettferdighet i helsetjenesten.

Helsetjenesten i de nordiske velferdsstater er i økende grad rettsliggjort.<sup>3</sup> «Rettsliggjøring» betegner flere forskjellige prosesser: At loven ekspanderes eller differensieres; at konflikter i økende grad blir løst med henvisning til loven; at det legale systemet får økende politisk makt, eller at det blir vanligere å forstå feltet innen juridiske rammer.<sup>4</sup> Vi bruker begrepet i den første betydningen, altså at et samfunnsområde blir mer rettsliggjort når flere eller mer spesifikke lover introduseres på området.

I den nordiske litteraturen på feltet har forholdet mellom rettsliggjøring og sosiale muligheter vært diskutert innen rammen av spørsmålet om lovverkets betydning for sosialt medborgerskap<sup>5</sup> og rettsliggjøringens betydning for fordeling og kvalitet i helsetjenesten.<sup>6</sup> Relasjonen mellom rettsliggjøring, sosial rettferdighet og sosial ulikhet i helse er diskutert i en generell artikkel,<sup>7</sup> men ikke spesifikt i forhold til norsk helsetjenestelovgivning som vi gjør her.

Vi starter med en teoretisk presisering av hvordan helse og helsetjeneste kan forstås som en forutsetning for å realisere like muligheter. Deretter presenterer vi hva som sies om likebehandling i relevante norske helsetjenestelover. Vi argumenterer for at helsetjenesten fra et rettferdighetsperspektiv har ansvar for å sikre at alle pasienter gis like muligheter til å nå sitt individuelle helsepotensiale, det vil si at likhet må defineres i forhold til de faktiske resultatene av helsetjenestens praksis. På denne bakgrunn foreslår vi at loven bør inkludere en formulering om ansvaret for å forhindre sosial ulikhet.

### Helse og capability

Selv om helse kan betraktes som et gode i seg selv, er helse også en av forutsetningene som bestemmer hvilket liv man kan leve. Betydningen er avhengig av flere faktorer, ikke minst samspillet mellom helse og andre forutsetninger som inntekt, arbeidstilknytning eller utdanning. Dårlig helse kan f.eks. føre til svekkete muligheter for arbeid og inntekt, som igjen kan føre til en ytterligere forverring av helsen. På den andre siden kan dårlig helse også kompenseres ved andre faktorer av betydning for livssjanser. Kombinasjonen av dårlig helse og god økonomi gir andre livsutfoldelsesmuligheter enn kombinasjonen av dårlig helse og dårlig råd, alt annet like.

Denne tilnærmingen er i tråd med Amartya Sen's «capability approach».<sup>8</sup> Perspektivet er at en analyse av samfunnsmedlemmenes velferd må ta sitt utgangspunkt i hvilke reelle muligheter den enkelte har til å realisere et liv som han eller hun ønsker. På grunn av den store variasjonen mellom mennesker – sosialt, økonomisk, kulturelt, fysiologisk, og mentalt – i tillegg til preferansevariasjoner, er det hensiktsmessig å analysere mulighetene som faktiske «beings and doings».<sup>9</sup>

3. Aasen et. al. 2015.

4. Blichner og Molander 2008.

5. Magnussen og Nilsen, 2013.

6. Magnussen & Nilssen 2015, Magnussen & Brandt 2014, Fredriksson et al 2012 og 2013, Bringedal og Bærøe 2010.

7. Bærøe og Bringedal 2014.

8. Sen, 1999. Vi bruker de engelske begrepene (capability, beings, doings,) fordi det ikke finnes etablerte norske oversettelser.

9. Et alternativ til å fokusere på faktiske handlinger og posisjoner er å se på fordelin-

Fokus for spørsmålet om sosial rettferdighet bør dermed være rettet mot hva de ulike individene faktisk er i stand til å realisere («være» og «gjøre»). Dette krever at man «oversetter» innsatsfaktorer (som inntekt og utdanning) til hva de kan bidra med for den enkeltes reelle livssjanser. I tilfellet med helsetiltak, innebærer perspektivet at likhet i tilgang og bruk av helsetjenesten ikke er tilstrekkelig for å realisere reell likhet. I tillegg er det nødvendig å justere hva som skal gjøres i hvert enkelt tilfelle for å sikre at alle pasienter får like muligheter til å nyttiggjøre seg behandlingen.

På tross av at det teoretiske perspektivet tilsier at analysen bør inkludere samtlige faktorer som kan påvirke mulighetene, skal vi snevre inn diskusjonen til å dreie seg om helse generelt, og helsetjeneste spesielt. En samlet analyse må også bygge på kunnskap om betydningen av enkeltområder, og helse og helsetjeneste er viktige elementer i en samlet forståelse. Dårlig helse er en av de vesentlige hindre for like muligheter,<sup>10</sup> og helsetjenesten kan bidra til å redusere slike hindre.

I tillegg til å vektlegge betydningen av samspillet mellom mange faktorer for den enkeltes

gen av ressurser, som inntekt. Selv om inntekt er en av de vesentlige forutsetningene for muligheter til å realisere livsplaner, er samspillet mellom inntekt og andre faktorer et argument for å se på flere faktorer samtidig. Et annet alternativ er å sammenligne individenes velferdsnivå, men her oppstår spørsmålet om det er rimelig å sammenligne velferd på en objektiv skala. For en videre diskusjon av dette, se Dworkin, 1981 a. og b.

10. Dette er også i tråd med Sen's forståelse, slik dette sitatet uttrykker: *“Any conception of social justice that accepts the need for a fair distribution as well as efficient formation of human capabilities cannot ignore the role of health in human life and the opportunities that persons, respectively, have to achieve good health – free from escapable illness, avoidable afflictions and premature mortality. Equity in the achievement and distribution of health gets, thus, incorporated and embedded in a larger understanding of justice.”* (Sen, 2002: 659-666).

muligheter, er begrepet «reelle muligheter» sentralt i capability-perspektivet. I vår sammenheng innebærer det at det ikke er tilstrekkelig å sikre like rettigheter til et gode; det er i tillegg nødvendig å sørge for at den enkelte kan utnytte sine rettigheter. Reelt like muligheter i helsetjenesten innebærer at pasientene skal gis like muligheter til å nyttiggjøre seg den behandlingen helsetjenesten yter.

Det vil være meningsløst å søke å realisere helt like helseutfall; til det er de individuelle biologiske forutsetningene for forskjellige. Derimot er det rimelig å tolke like muligheter til å bety at pasientene skal ha like muligheter til å nå sine individuelle helsepotensialer.

Endelig vil vi presisere skillet mellom samfunnets og helsetjenestens ansvar for å realisere et bestemt (potensielt) helsenivå på den ene siden, og å gi like muligheter for å nå det individuelle potensialet på den andre. Dette er et vesentlig skille. Vi argumenterer for likhet i den andre betydningen, ettersom pasientens medbestemmelserett er et vesentlig hensyn. Målformuleringen må gi rom for at pasienten kan ønske å unnlate å følge et behandlingsopplegg fordi vedkommende har andre preferanser – også preferanser som kan stå i motsetning til hva som er helsemessig fornuftig for vedkommende.<sup>11</sup>

### Like muligheter for helse og helsetjenestens betydning

Det er godt dokumentert at helsetjeneste betyr mindre for befolkningens helse i OECD-landene enn en rekke andre faktorer. De «sosiale determinantene» (inntekt, utdanning, arbeid eller sosial tilhørighet) og de materielle og politiske betingelsene mennesker lever under (rent vann, nok mat, god infrastruktur, sosial trygghet og velfun-

11. Perspektivet tar hensyn til at preferanser varierer mellom mennesker, samt at de individuelle nyttefunksjonen består av flere elementer enn helse alene; den enkelte kan f.eks. ønske å oppgi noe på helseområdet til fordel for andre ting som gir høyere nytte.

gerende styringssystem) betyr langt mer både for den enkeltes risiko for utvikling av sykdom og for helsetilstanden i befolkningen som helhet.

På tross av dette kan helsetjenesten generelt og medisinsk behandling spesielt ha stor betydning for den enkelte, og en ikke ubetydelig effekt på populasjonsnivå. Målt i antall leveår utgjør helsetjenestens bidrag relativt lite,<sup>12</sup> men målt i endring i helsemessig livskvalitet kan den bety mye, f.eks. i form av forbedret syn, hørsel, bevegelighet eller smertereduksjon. I prinsippet kan helsetjenesten også bidra til å forsterke, opprettholde eller redusere ulikheter i helse basert på hvilke tjenester den yter til hvem.<sup>13</sup>

Det er imidlertid ikke klart om helsetjenestens rolle bør – eller kan – være å redusere ulikhet som skyldes andre faktorer enn helsetjenesten selv. Dersom helsetjenesten ikke bare skal forbedre den enkelte pasientens helsetilstand, men også ha ansvar for å utjevne sosial ulikhet, vil det kunne innebære en radikal, og kontroversiell, endring av likebehandlingstanken. Ansvaret kan innebære at beslutningen om behandling ikke alene skal ta hensyn til den enkeltes muligheter for helseforbedring. Et eksplisitt ansvar for utjevning av sosial ulikhet kan realiseres ved å gi sub-optimal behandling til pasienter med høy sosioøkonomisk status. Dette bryter både med profesjonsetikken og allmenmoralen.<sup>14</sup>

Redusert sosial ulikhet kan imidlertid bli utfallet også dersom likhet forstås som like reelle muligheter til å nå individuelle helsepotensial. Perspektivet innebærer ikke at helsetjenestens ansvar er å kompensere for ulikhet skapt annet sted, men å hindre at de samme kulturelle eller strukturelle mekanismene får virke i helsetjenesten. I et rettferdighetsperspektiv er det essensielt å unngå at helsetjenesten forsterker en al-

lerede eksisterende helseulikhet i befolkningen gjennom skjevt fordelt helsehjelp.

### Hvordan defineres likhet i helsetjenesten?

Likhet er en grunnleggende verdi for de fleste vestlige helsesystemer. Eksempler er EU-kommisjonens formulering: «... (to) ensure universal access to and equity in health services»,<sup>15</sup> Sveriges Hälso- og sjukvårdslag § 2: «Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och envård på lika villkor för hela befolkningen ...» eller den norske helselovgivningens begrep om «likeverdige tjenestetilbud».

Målet om likhet er felles for de fleste vestlige velferdssystemer. Et annet fellestrekk er at likhetsbegrepet er vagt formulert. 'Likebehandling', 'likeverdig behandling', 'lik (universell) tilgang', 'equity', 'behandling på like vilkår' – samtlige begreper må presiseres før de gir klare anvisninger for beslutningstakerne. Hva innebærer like vilkår eller likeverdig behandling? Hvilke vilkår er relevante? Innebærer likeverdighet samme behandling for samme diagnose?

Selv om det kan innvendes at «equity», «universal access» eller «likeverdig» ikke er synonymt med likhet, bygger samtlige formuleringer på en likebehandlingsverdi. Amartya Sen hevder sågar at alle innflytelsesrike idéer om rettferdighet er likhetsidéer; de varierer bare med hensyn til hva som skal fordeles likt («equality of what?»).<sup>16</sup> Lik inntekt, lik velferd, lik nytte, like rettigheter eller like friheter – samtlige perspektiver fokuserer på likhet i en eller annen forstand og kan således alle kalles «egalitære».

Det er rimelig å fortolke rettferdig fordeling av helsetjenester i forhold til hva helsetjenesten kan gjøre for den enkeltes helsetilstand.<sup>17</sup> Dette skiller seg fra andre tolkninger av likebehandling, som f.eks. lik formell tilgang til helsetjenesten, like rettigheter, eller at samme diagnose krever samme behandling.

12. For enkeltmennesker kan medisinsk behandling også bidra mye i forhold til levealder (f.eks. gjennom livreddende behandling) – argumentet gjelder på populasjonsnivå.

13. Bærøe & Bringedal, 2011. Bringedal & Bærøe, 2010.

14. Hurst, 2009.

15. European Commission, 2013.

16. Sen, 1992.

17. Bringedal & Bærøe, 2010.

Dersom målet er å ikke forsterke allerede eksisterende helseulikhet, er det avgjørende at likebehandlingsbegrepet kobles til resultatet av behandlingen og ikke til innsatsen alene. Som en konsekvens vil helsetjenesten måtte behandle pasienter ulikt for å kunne få dem like friske. Denne påstanden er triviell hvis vi bare antar at det er pasientens kliniske tilstand som krever forskjellsbehandling. Det er imidlertid også en rekke ikke-medisinske forhold som kan hindre pasientene fra å nyttiggjøre seg behandlingen. Sosiale, kulturelle og økonomiske faktorer kan ha avgjørende betydning for mulighetene til å dra nytte av et behandlingsopplegg.

Et eksempel på tenkemåten kan være hvordan en pasients alder kan spille en rolle i vurderingen av hvilken behandling som bør gis. I snever medisinsk forstand er alder en faktor som påvirker sykkelighet, og respons på behandling. I utvidet forstand er det også slik at et barn, eller et gammelt menneske, ofte har behov for mere tid i konsultasjonen eller tettere oppfølging. Sammenlignet med andre aldersgrupper kreves det altså mer ressurser for at disse pasientene skal gis like muligheter til å nyttiggjøre seg behandlingen. Behovet er ikke begrunnet i medisinsk tilstand i snever forstand, men ved sosialpsykologiske kjennetegn. Slike faktorer er også relevante å ta hensyn til i vurderingen av optimal behandling for den enkelte.

Det er ukontroversielt å hevde at adekvat medisinsk behandling på individnivå krever skjønnsmessige vurderinger av pasienters sammensatte symptom- og sykdomsbilde.<sup>18</sup> Men slike skjønnsmessige vurderinger kan også involvere ikke-medisinske dimensjoner relatert til sosioøkonomiske og kulturelle forhold.<sup>19</sup> Et eksempel kan være å ta hensyn til den samlede livssituasjonen til en pasient i spørsmål om tidspunkt for utskrivning etter fødsel. En alenemor med to barn hjemme, dårlig økonomi, og et lite nettverk kan vurderes til å trenge en dag eks-

tra på sykehuset, sammenlignet med en kvinne med et godt nettverk og god økonomi. Argumentet er ikke at den bedre stilte kvinnen skal ha dårligere behandling enn den dårligere stilte; argumentet er at det kan trenge slik justering nettopp for å sikre at de to får reelt like helsemessige muligheter. Dette eksemplet illustrerer hvordan sosioøkonomiske forhold også kan ha fundamental betydning for vurderingen av selve behandlingsbehovet.

For å sikre pasientens autonomi er det, som nevnt over, viktig å formulere målet som å sikre like *muligheter*, i motsetning til å sikre like utfall. Vi foreslår derfor at begrepet likhet i helsetjenesten (som inkluderer «likeverdige tjenester», «lik tilgang» eller andre likhetsformuleringer) defineres som «*tjenester som gir pasientene like muligheter til å realisere sine individuelle helsepotensialer gjennom adekvate muligheter for å nyttiggjøre seg behandling*».

Definisjonen av likhet får i neste omgang konsekvenser for valg av virkemidler for å sikre eller sannsynliggjøre måloppnåelse. Et formelt likhetsprinsipp, «innsatslikhet», krever virkemidler som sikrer lik tilgang, eller at like tilfeller behandles likt. Vårt alternativ, reelt like muligheter for å nå individuelle helsepotensialer, innebærer større grad av skjønn i vurderingen av behovet for helsehjelp. Selv om også «lik behandling for samme diagnose» krever skjønnsutøvelse, så vil vurderingen av hvilke sosiale, kulturelle og medisinske hensyn som skal tas for at alle pasienter skal gis like muligheter til å dra nytte av behandlingen måtte påkalle enda mer skjønnsbruk.

Dette har konsekvenser for hvordan lovverket, eller andre styringsinstrumenter, bør utformes. Det er verken hensiktsmessig eller praktisk mulig å søke å spesifisere alt som bør tas hensyn til i enkelttilfeller. Spørsmålet er dermed hvordan lovverket kan brukes til å fremme slike skjønnsbeslutninger og hvor grensene bør gå for lovreguleringen.

18. Tanenbaum, 1993.

19. Bærøe & Bringedal, 2011.



## Vil ytterligere rettsregulering bidra til større likhet?

En grunnleggende spenning i velferdsstaten er spenningen mellom profesjonenes myndighet til skjønnsutøvelse på den ene siden og borgernes rettighetsfestede krav, som kravet til likebehandling i helsetjenesten, på den andre. Forholdet mellom profesjonen, pasientene og helsemyndighetene kan beskrives i et prinsippal-agentperspektiv.<sup>20</sup> Profesjonen (legen) er agenten som er gitt tillit og makt til å handle på vegne av prinsipalen, pasienten og/eller helsemyndigheten. Pasienten/prinsipalen mangler den faglige kompetansen som legen/agenten har, og overlater derfor bevisst til agenten å fatte beslutninger på sine vegne. Dette skjer under forutsetning av at agenten vil utøve godt skjønn for å kunne ivareta pasientens behov gjennom tilpasning av generell kunnskap til det spesielle tilfellet. Grunnet informasjonasymmetrien i denne relasjonen – agenten besitter langt mer informasjon enn prinsipalen om hva som skjer i praksis – har prinsipalen også behov for å sikre at agenten faktisk realiserer målsetningene for yrkesutøvelsen.

Det er her regulering av agenten kommer inn, enten dette skjer ved hjelp av lover, finansielle insentiver, kontrollsystemer eller andre ordninger. Styringssystemet kan enten utvide eller begrense rommet for skjønnsutøvelsen, eller innrettes mot profesjonens kompetanse.<sup>21</sup> I det siste tilfellet er hensikten å sikre eller styrke kvaliteten på skjønn, f.eks. gjennom utdanning.<sup>22</sup>

Rettsregulering er én måte å sannsynliggjøre at yrkesutøvelsen skjer i tråd med prinsipalens ønsker. Fra prinsipalens ståsted er spørsmålet om loven er utformet – og blir anvendt – slik at den bidrar til at prinsipalens målsetninger blir ivaretatt. Vi skal nå se på hva lovverket sier om helsetjenestens ansvar for rettferdig fordeling og drøfter om, og i tilfelle hvordan, lovverket kan brukes til å ivareta rettferdighetsmål.

De viktigste lovene for regulering av norsk helsetjeneste som inneholder formuleringer om likebehandling, er spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helseforetaksloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Vi har trukket ut de delene av lovteksten som sier noe om likhet,<sup>23</sup> og tekstboks 1 gjengir de relevante utdragene.

Tekstboks 1: *Formuleringer om likebehandling i norske helsetjenestelover.*

### 1. Lov om spesialisthelsetjenesten

§ 1-1 Lovens formål er særlig å: (3) bidra til et likeverdig tilbud, (5) bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset pasientenes behov, og (6) bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

### 2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

§ 1-1. Lovens formål er særlig å: (2) fremme sosial trygghet, bedre leve-vilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, (3) sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse



20. Bringedal, 1998, Laffont and Martimort, 2002.

21. Molander et al., 2012.

22. En strukturell regulering av skjønn innebærer også en maktforskyvning – fra prinsipalen til profesjonen eller vice versa. Særlig interessant for klinisk praksis er maktfordelingen mellom pasienten og legen. Utvidet pasientinnflytelse vil ikke bare innebære redusert legemakt, men også innebære at informasjonsgrunnlaget for beslutningen om tiltak i det enkelte tilfellet kan bli bedre. Dette er ideen bak såkalt «shared

decision making» (Elwyn et al, 2010). Dette kan være et eksempel på en strukturell regulering som innebærer en epistemisk forbedring.

23. Vi avgrensner oss til eksplisitte formuleringer om likebehandling. Det betyr ikke at andre deler av loven kan ha betydning for likebehandling. Et eksempel er rettslige krav om økt brukermedvirkning, som kan slå ulikt ut avhengig av sosioøkonomiske faktorer som utdanning eller status.

i fellesskap med andre, (4) sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, (5) sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.

### 3. Lov om helseforetak mm.

§ 1. *Lovens og helseforetakenes formål.* Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 ...

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

### 4. Lov om pasient- og brukerrettigheter

§ 1-1. *Formål.* Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

### 5. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

#### Kapittel 1

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

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

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen.

Kilde: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

## Kommentarer til lovtekstene

Selv om samtlige lover vektlegger plikten til å yte likeverdige tjenestetilbud, gis få angivelser om hva «likeverdig» innebærer i praksis. I helseforetaksloven understrekes plikten til å yte likeverdige tjenester til alle som trenger det «... uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn» (Helseforetaksloven, § 1). Prinsippet er ikke-diskriminering på bakgrunn av disse (usaklige) faktorene, ulikebehandling skal utlukkende skje på bakgrunn av (det saklige kriteriet) behov, uttrykt som «de som trenger» behandling.

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (heretter kalt «pasientrettighetsloven») er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (§ 1-1). I henhold til den tilhørende forskriften (Prioriteringsforskriften) begrenses retten til (nødvendig) helsehjelp til å gjelde de situasjoner der pasienten har nytte av helsehjelpen og kostnaden står i «rimelig forhold» til effekten av tiltaket.<sup>24</sup> Her understrekes dermed at alle ikke har lik rett til helsetjeneste, derimot er retten knyttet til at tiltaket har effekt og at kostnaden er rimelig («rimelig» skal sees i forhold til effekt: stor effekt forsvarer større kostnader og vice versa).

Rettferdighetsteoretisk ligger dermed presiseringene i pasientrettighetsloven nært opp til et utilitaristisk prinsipp, siden det innebærer å maksimere helseeffekt for det gitte budsjettet. I det klassiske utilitaristiske prinsippet, slik Jeremy Bentham og John Stuart Mill formulerte det, heter det at å gjøre det gode er å søke å rea-

24. «Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen.» Prioriteringsforskriften, siste versjon: FOR-2015-04-10-339.

lisere mest mulig godt for flest mulig.<sup>25</sup> Ved fordeling av helsetjenestens ressurser er det viktig å maksimere helseeffekt<sup>26</sup> for de ressursene man har til rådighet. En rimelig tolkning av prioriteringsregelen er at tiltak med høy helseeffekt og lav kostnad rangeres foran tiltak med lavere helseeffekt for samme kostnad. En slik handlingsregel kan beskrives som utilitaristisk.<sup>27</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven, som regulerer kommunale helsetjenester, skiller seg fra de tre andre lovene (som gjelder spesialisthelsetjenesten) ved å vektlegge sosial trygghet og ansvar for å bedre levekårene for vanskeligstilte. Rettferdighetsteoretisk skiller dette seg fra prioriteringsprinsippet i pasientrettighetsloven. Kriteriet ligger tettere opp til et rawlsiansk prinsipp, idet det angis et særskilt ansvar for å ivareta de dårligst stilte. I «A Theory of Justice» argumenterer John Rawls for at rettferdighet krever at fellesskapet i valg mellom alternative måter å fordele knappe ressurser på, velger det fordelingsalternativet som representerer den høyeste forbedringen for dem som i utgangspunktet er dårligst stilt.<sup>28</sup> Dette er ikke først og fremst et likhetsprinsipp, men et prinsipp om å sikre det beste utfallet for de dårligst stilte.

Rawls anvendte aldri sin teori på helse eller helsetjeneste, mens det i ettertid har vært foreslått å bruke hans prinsipp på fordeling av helse og helsetjeneste også. Ikke minst er Norman Daniels<sup>29</sup> sine bidrag sentrale her, men også andre

innen den såkalte «prioritarianism»-tradisjonen, f.eks. representert ved Derek Parfit.<sup>30</sup>

### *Hva sier loven om å ta individuelle hensyn?*

Som vi tidligere var inne på, er det et veletablert prinsipp at helsetjenesten skal ta hensyn til individuelle faktorer i tilrettelegging av behandling. Også lovverket understreker dette, både i formålsbestemmelsen i Pasientrettighetslovens § 1-1 («Lovens 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») og i bestemmelsen om brukermedvirkning. I § 3-1 heter det : «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. ...»

Videre heter det i § 3-2 første ledd: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.»

§ 3-5 handler om individuelt tilpasset informasjon: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.»

Lovgivningen inneholder altså bestemmelser om å ta individuelle hensyn. Lovens intensjon er likebehandling, forstått som at det

25. Som på engelsk oftest utlegges som «The greatest amount of good for the greatest number» (Stanford Encyclopedia of Philosophy).
26. Det vil si, dersom «mest mulig godt» tolkes til å bety mest mulig helseforbedring/helseeffekt for pasientene for det gitte budsjettet. Det er imidlertid ikke selvsagt at mest mulig helseeffekt er det eneste målet for helsetjenesten.
27. Det er for øvrig grunn til å merke seg at et tredje prioriteringskriterium, *tilstandens alvorlighetsgrad*, ble tatt ut av lovteksten i 2015.
28. Rawls, 1971.
29. Daniels, 2008.

30. Med Parfit's ord: «But, on the Priority View, though the better off would lose more, the gains to the worse off count for more. Benefits to the worse off do more to make the outcome better.» (Parfit, 1997).



bare er saklige kriterier som skal ligge til grunn for forskjellsbehandlingen som følger av å ta individuelle hensyn. Eksplicit nevnes individuelt tilpasset informasjon. Vi mener at dette ikke er tilstrekkelig.

### **Likebehandling forstått som å sikre like muligheter**

Aristoteles' formale likhetsprinsipp om at like tilfeller skal behandles likt og ulike tilfeller ulikt<sup>31</sup> har fortsatt teoretisk og praktisk gyldighet. Essensen i prinsippet er at like, henholdsvis ulike, tilfeller skal bestemmes på bakgrunn av relevante kriterier. Et springende punkt blir dermed hva som er relevante kriterier.

Dersom vi legger til grunn det likhetsprinsippet vi har argumentert for her, innebærer likebehandling at prioritering og valg av tiltak må ta hensyn til de individuelle forskjeller som representerer ulike muligheter for å nyttiggjøre seg behandling. Da kan alder, kulturelle faktorer og sosioøkonomisk status være relevant å ta med i vurdering av hvordan helsehjelpen bør utformes for å tilpasses den enkelte pasient. Hvordan man konkret skal ta hensyn til slike faktorer i den individuelle pasientbehandlingen kan imidlertid ikke lovreguleres i detalj; dette er avhengig av skjønnsvurderinger.

En saklig begrunnet forskjellsbehandling må ta sitt utgangspunkt i hva som må til for å sikre at alle pasienter får reelt like muligheter til å nå sine helsepotensialer. Da gjelder ikke spørsmålet kun å sikre at informasjonen som blir gitt faktisk er forstått, men alle de faktorer som påvirker muligheten for å nyttiggjøre seg helsetiltaket. Her kan sosiale og økonomiske forutsetninger være avgjørende for å realisere reelt like muligheter. Det tidligere nevnte eksempelet med alenemoren som får en ekstra dag på sykehus, illustrerer betydningen av å se på de samlede forutsetninger for å få lik nytte av et tiltak.

### **Lovregulering av skjønnnet for å fremme likebehandling i helsetjenesten**

Det er bred enighet om, både blant lovgiver og profesjonelle, at god pasientbehandling innebærer å utøve skjønn, fordi legens jobb er å oversette generell medisinsk kunnskap til det enkelte tilfellet. Lege og pasient skal i samarbeid skaffe til veie det informasjonsgrunlaget som trengs for best mulig effekt av behandlingen. Men, det er ingen automatikk i at «den gud gir et embete gir han også forstand». Samfunnet gir legen tillit og myndighet til skjønnsutøvelse fordi medisinsk behandling krever individuell tilpasning. Samtidig må det sikres at profesjonen har den nødvendige kompetansen til å kunne ta dette ansvaret. Derfor er det nødvendig å etablere reguleringsmekanismer som øker sannsynligheten for at legen faktisk utviser godt skjønn i klinisk praksis og at denne skjønnsutøvelsen er i samsvar med et velbegrunnet syn på hva rettferdighet krever.

Dette omhandler på den ene siden profesjonsinterne reguleringsmekanismer, som utdanning, videreutdanning og profesjonell kultur. På den andre siden omhandler det eksterne lovregulering, kontroll, maktfordeling og profesjonens forpliktelse til å begrunne beslutninger («accountability»). Selv om vi skiller analytisk mellom interne og eksterne reguleringsmekanismer, er det mange situasjoner der virkemidler for det ene også influerer det andre.

Ett aspekt ved god skjønnsutøvelse er at legen bidrar til likebehandling, i tråd med lovgivers intensjon. Som sagt gir ikke lovverket en entydig definisjon av likebehandling. Det presiseres at helsetjenesten skal tilpasses den enkelte, og det understrekes spesielt at man må sikre at informasjonen blir forstått. Basert på kunnskap om betydningen av sosiale og økonomiske forutsetninger, tror vi imidlertid at det er nyttig å legge til, evt. erstatte formuleringen om informasjonstilpasning, med et eksplisitt ansvar for å sikre at sosiale og økonomiske faktorer

31. Aristoteles, i Stigen & Rabbås, 2013.

ikke hindrer likebehandling. God skjønnsutøvelse innebærer at helseprofesjonene har blikk for, og kompetanse til å vurdere, hvordan slike forhold spiller inn for den enkelte pasientens reelle mulighet til å nyttiggjøre seg helsetjenesten.

Det er imidlertid et åpent spørsmål om loven *burde* være mer spesifikk for å øke sannsynligheten for likebehandling. Ikke bare er det praktisk umulig å spesifisere alle individuelle hensyn i lovs form, men spesifiseringen kan også bidra til å svekke den individuelle tilpassningen som kreves for å gi pasienter like muligheter for å nyttiggjøre seg behandling. En annen implikasjon kan være at profesjonens evne til å utøve skjønn svekkes ved ikke å bli brukt.

På den annen side er det ikke sikkert at dagens lovverk i tilstrekkelig grad bidrar til at helsetjenesten tar hensyn til alle de faktorer som har betydning for å gi reelt like muligheter. Selv om de fleste leger er enige i at effektiv behandling må tilpasses den enkelte pasient, forekommer også ubegrunnet forskjellsbehandling. Slik forskjellsbehandling følger en sosial gradient;<sup>32</sup> altså systematiske forskjeller i tilgang eller behandling etter pasientens sosioøkonomiske status.<sup>33</sup> Selv om betydningen av lovregulering for å redusere sosial ulikhet er begrenset, er det godt mulig at presisering av helsepersonell sitt ansvar for å unngå sosial skjevfordeling kan være fornuftig.<sup>34</sup>

Endelig er det selvsagt ikke bare lovenes formuleringer om likebehandling som kan påvirke graden av likebehandling. Rettslig regulering av pasientens rettigheter, som pasientautonomi, innsynsrett og «shared decision making», kan bidra til bedre skjønnsutøvelse ved at legen får mer og bedre informasjon. Samtidig kan dette slå sosialt skjevt ut fordi pasientenes evne til å utnytte ordningene varierer. Dette følger også en sosial gradient. Slik kan målet om pasientautonomi og økt innflytelse forsterke sosial

ulikhet, om de ikke følges av ordninger som motvirker dette.

Også rettslige krav til innsyn, rapportering og kontroll kan påvirke graden av likebehandling, f.eks. ved å kontrollere at helsetjenesten vektlegger betydningen av sosioøkonomiske faktorer for å sikre reelt like muligheter – på tvers av pasienter og grupper av pasienter. Til dette trengs ikke nye lover, kun en presisering i eksisterende lovgivning.

### Godt klinisk skjønn og rettferdig fordeling

Godt skjønn krever oppmerksomhet om den enkelte pasients forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandlingen. Dette skjønnet må utvikles bevisst – gjennom utdanning og videreutdanning. Det ligger utenfor temaet her å diskutere hvordan dette kan sikres i praksis. Vårt prinsipielle argument er imidlertid at det, i) ikke er mulig å spesifisere eksplisitt alle hensyn som må vurderes i de enkelte tilfellene, og ii) at skjønnsutøvelse kreves for å kunne ta hensyn til hele bredden av faktorer (inkl. sosioøkonomiske) som spiller inn for den enkelte pasients mulighet til å nyttiggjøre seg behandlingen.

Hvilken rolle sosioøkonomiske faktorer skal tillegges i profesjonsetikken er omdiskutert.<sup>35</sup> I legeetikken er det lang tradisjon for at faktorer som sosial posisjon, etnisitet eller religiøs tilknytning ikke skal danne grunnlag for ulikebehandling. I Geneve-deklarasjonen<sup>36</sup> heter det «*I will not permit considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, or social standing to intervene between my duty and my patient*». Deklarasjonen ble første gang godkjent i september 1948, bare tre måneder før Menneskerettighetserklæringen. Begge uttrykker at alle mennesker har samme moralske verdi og samme rettigheter, uavhengig av «rase, farge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen opp-

32. Bringedal and Tufte, 2012, van Ryn et al, 2006

33. Marmot, 2005.

34. Bærøe & Bringedal, 2014.

35. Hurst, 2009, Bærøe and Bringedal, 2011.

36. WMA Code of Ethics.

fatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eien-  
dom, fødsel eller annet forhold». Den overord-  
nete hensikten med erklæringene er selvsagt å  
bidra til å hindre at irrelevante faktorer får spille  
inn på et menneskes muligheter.

I etiske regler for leger utarbeidet av den  
Norske Legeforening heter det: «*Legen må bi-  
dra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til  
allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen  
måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en  
uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller an-  
nen fordel...*». Et springende punkt er hva som  
faller inn under *uberettiget* økonomisk, priorite-  
ringsmessig eller annen fordel. I henhold til en  
spørreundersøkelse foretatt blant norske leger,  
fremgikk det at det ikke fantes noen entydig  
forståelse av hva likhetskravet innebærer med  
hensyn til hvordan helsetjenester bør fordeles.<sup>37</sup>  
Vi kan med andre ord ikke ta det for gitt at det  
foreligger allmenne etiske normer om hva som  
kvalifiserer som berettigete eller uberettigete  
fordeler i fordelingen av helsetjenester.

Både lovverket og de yrkesetiske retnings-  
linjene for leger kan dermed gi et signal om at  
legen ikke forventes å skulle ta hensyn til disse  
forholdene, noe som i neste omgang kan føre til  
ulikebehandling – i betydningen ulike mulighe-  
ter til å nå individuelle helsepotensial. Mange  
faktorer, en rekke tilsynelatende irrelevante,  
kan virke inn på mulighetene for å nyttiggjøre  
seg behandling. Sosioøkonomisk status kan in-  
nebære kulturelle motsetninger eller fellesskap  
som former kommunikasjonen mellom lege og  
pasient, alder kan innebære behov for mer tid  
eller tettere oppfølging, etnisitet kan innebære  
språkproblemer, og kjønn kan innebære utypi-  
ske symptomer som en stereotypisk tilnærming  
kan stå i veien for å forstå.

På denne bakgrunn mener vi at lovens for-  
muleringer om likebehandling i helsetjenesten  
bør revideres og eksplisitt presisere at helsetje-  
nesten har et ansvar for å forhindre at sosio-  
økonomiske faktorer virker negativt inn på den

enkeltes mulighet til å nyttiggjøre seg behand-  
ling.<sup>38</sup>

## Avslutning

I denne artikkelen har vi argumentert for at so-  
sial rettferdighet innebærer at helsetjenesten  
har ansvar for å sikre at pasienter har reelt like  
muligheter for å nyttiggjøre seg behandling.  
Faktorer som tradisjonelt faller utenfor en bio-  
medisinsk forståelse av hva som påvirker be-  
handlingsprognose er relevante hensyn for å  
realisere dette målet. Slike faktorer kan med et  
samlebegrep kalles sosiale og økonomiske fak-  
torer. Vi har videre argumentert for at lovgiver  
eksplisitt bør gi helsetjenesten ansvar for å sikre  
at sosioøkonomiske faktorer ikke fører til ulike  
muligheter. Den gjeldende norske lovgivningen  
er ikke i tråd med dette. Det er heller ikke de  
yrkesetiske reglene for leger.

Vi argumenterer imidlertid ikke for mer  
spesifikke lover utover denne presiseringen.  
Snarere enn å styrke den samfunnsmessige  
styringen eller pasientrettigheter gjennom økt  
rettsliggjøring, anbefaler vi å sikre rommet for,

38. World Medical Association's yrkesetiske  
retningslinjer for leger er foreslått endret i  
tråd med dette. Gjeldende formulering om  
sosiale forholds betydning lyder: «*I will not  
permit considerations of age, disease or disabil-  
ity, creed, ethnic origin, gender, nationality, po-  
litical affiliation, race, sexual orientation, social  
standing or any other factor to intervene be-  
tween my duty and my patient.*» (WMA, Gene-  
vedeklarasjonen). Dette er foreslått endret til:  
«*All my patients are entitled to equal concern,  
irrespective of religion, nationality, race, party  
politics or social standing. I will do my best to  
distribute my time and resources such that my  
patients have equal opportunities to benefit from  
treatment despite socioeconomic and cultural  
barriers.*» (Bringedal et al, 2011). Tilsvarende  
er også foreslått for de norske yrkesetiske  
reglene: «*Det kan imidlertid være berettiget å  
gi prioriteringsmessige fordeler på bakgrunn av  
sosioøkonomiske faktorer når dette er nødvendig  
for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg be-  
handlingen*» (Bærøe & Bringedal, 2010).

37. Bringedal & Bærøe, 2010.

og kompetansen til, profesjonens skjønnsutøvelse.

Selv om godt skjønn er avgjørende for reell likebehandling, kan lovverket være vesentlig. I tillegg til å gi helsetjenesten eksplisitt ansvar for å hindre eller redusere barrierer – f.eks. ved plikten til å vurdere om sosioøkonomisk status, kjønn eller etnisitet representerer en ekstra hindring for å nyttiggjøre seg av behandling. Dagens lover regulerer også maktfordelingen mellom pasient og profesjon. Selv om individuelle rettigheter oftest utnyttes av de mest ressurssterke, vil regulering av maktforholdet kunne brukes konstruktivt til å sikre utjevning av muligheter. Endelig presiserer loven rammene for, innholdet i, og kontrollen av profesjonens kultivering av skjønn.

*Takk til eksterne fagfeller, redaktører og deltakerne på workshopen om juridifisering og sosialt medborgerskap i Berlin, september 2015.*

#### Litteratur

- Blichner, L. Molander, A. 2008. Mapping Juridification. *European law journal*, 14, 36-54.
- Bringedal, B. 1998. «Hvem skal eie sykehusene?». *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 119-135.
- Bringedal, B. & Bærøe, K. 2010. [Should medical doctors contribute to reducing social inequality in health?]. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 1024-7.
- Bringedal, B., Bærøe, K. & Feiring, E. 2011. Social Disparities in Health and the Physician's Role: A Call for Clarifying the Professional Ethical Code. *World Medical Journal*, 57.
- Bringedal, B. & Tufte, P. A. 2012. Social and diagnostic inequality in health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 656-662.
- 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, 526-529.
- Bærøe, K. & Bringedal, B. 2011. Leger bør ta sosioøkonomiske hensyn. *Bergens Tidende* 25.5.2010
- Bærøe, K. & Bringedal, B. 2014. Professionalism, discretion, and juridification. Social inequality in health and social citizenship. In: aasen, H.S., Gloppen, S., Magnussen, A. & Nilssen, E. (eds.) *Juridification and Social Citizenship in the Welfare State*. London: Edgar Elgar.
- Daniels, N. 2008. Just health: meeting health needs fairly. *Cambridge: Cambridge*.
- Dworkin, R. 1981a. What is equality? : equality of resources. *Philosophy & Public Affairs*, 10, 283-345.
- Dworkin, R. 1981b. What is equality? : equality of welfare. *Philosophy & Public Affairs*, 10, 185-246.
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P. & Thomson, R. 2010. Implementing shared decision making in the NHS. *British Medical Journal*, 341, 971.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U. 2012. Conflict and Compliance in Swedish Health Care Governance: Soft Law in the 'Shadow of Hierarchy'. *Scandinavian Political Studies*, 35, 48-70.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U. 2013. The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' arguments when introducing patient choice. *Journal of European Social Policy*, 23, 192-209.
- Hernes, G. 1974. *Om ulikhetens reproduksjon : hvilken rolle spiller skolen?*, Oslo, Norges almenvitenskapelige forskningsråd.
- Hurst, S.A. 2009. Just care: should doctors give priority to patients of low socioeconomic status? *Journal of Medical Ethics*, 35, 7-11.
- Laffont, J.-J. & Martimort, D. 2002. *The theory of incentives : the principal-agent model*, Princeton, N.J, Princeton University Press.
- Magnussen, A-M. & Brandt, L.C.M. 2014. Individual rights and prioritization of health care. In: Aasen, H.S., Gloppen, S., Magnussen, A-M. & Nilssen, E. (eds.) *Juridification and Social Citizenship in the Welfare State*. Cheltenham, UK. Northampton, USA: Edward Elgar Publishing.
- Magnussen, A-M. & Nilssen, E. 2015. Sosialt medborgerskap, autonomi og deltagelse. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Side 61-75 Vol 18.
- Magnussen, A-M. & Nilssen, E. 2013 'Juridification and the Construction of Social Citizenship', *Journal of Law and Society*. Vol. 40, Number 2, June.
- Molander, A., Grimen, H. & Eriksen, E.O. 2012. 'Professional discretion and accountability in the welfare state', *Journal of Applied Philosophy*, 29 (3).
- Marmot, M. 2005. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*, Henry Holt and Co.

Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten?

- Nussbaum, M. C. 2006. *Frontiers of justice : disability, nationality, species membership*, Cambridge, Mass, Belknap Press of Harvard University Press.
- Rawls, J. 1971. *A theory of justice*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- Sen, A. 1992. *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press.
- Sen, A. 2002. Why health equity? *Health Economics*, 11, 659-666.
- Sen, A. 2004. Capabilities, Lists, and Public Reason: Continuing the Conversation. *Feminist Economics*, 10, 77-80.
- Tanenbaum, S. J. 1993. What Physicians Know. *The New England Journal of Medicine*, 329, 1268-1271.
- Van Ryn, M., Burgess, D., Malat, J. & Griffin, J. 2006. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease. *American Journal of Public Health*, 96, 351-357.
- WMA Code of Ethics.  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>