

**PRIORITERING I HELSETJENESTEN.
EN STUDIE AV SYKEHUSLEGERS ROLLEFORSTÅELSE
OG BEGRUNNELSER.**

Jorun Ur
L41 Mastergradsoppgave i Verdibasert ledelse
Diakonhjemmet Høgskole
03.05.2010
Antall ord: 27009
Veileder: Tom Eide

Problemstilling

Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner?
Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

Sammendrag

Studien er begrunnet i et ønske om innsikt i de ulike aktørers tenkemåte i relasjon til prioritering i helsetjenesten, her avgrenset til sykehusleger. Formålet med studien er således å få en dypere innsikt i hvordan sykehusleger ser på sine prioriteringsbeslutninger.

Studiens problemstillingen er:

Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner?

Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

Problemstillingen blir belyst gjennom intervjuer med et utvalg leger i et middels stort norsk sykehus. Det er også gjennomført dokumentanalyse og litteraturstudie for å beskrive kontekst og etablere referanseramme for undersøkelsen.

Som svar på problemstillingen kan vi trekke følgende konklusjoner basert på resultater i denne undersøkelsen:

- 1) *Legers rolleforståelse i prioriteringssituasjoner er mangfoldig og nyansert, men kan beskrives ut fra to typologi-par:*
 - o *"Fordeleren" og "Pasientadvokaten"*
 - o *"Den faglige regelverksforvalteren" og "Strikken"*
- 2) *Legers begrunnelser i prioriteringsbeslutninger kjennetegnes av kompleksitet og skjønnsutøvelse.*

En rekke aspekter i resultatene er drøftet i forhold til et økonomisk og et etisk perspektiv på prioritering. Fra det etiske perspektivet kan vi hente forståelsen av løpende diskurs om relevante begrunnelser som et bidrag til rimelig rettferdige prioriteringsbeslutninger. Resultatene fra undersøkelsen sett opp mot dette etiske perspektivet, indikerer at det kan være grunn til å drøfte hvorvidt en løpende diskurs om relevante begrunnelser - f eks av typen "kalibrering av skjønn" - kan være en egnet arbeidsform i prioriteringsarbeidet på mikronivå. En slik diskurs kan tenkes å bidra til både å kalibrere skjønnen i beslutningssituasjoner og til å redusere den følelsesmessige belastningen av vanskelige beslutninger hos den enkelte lege. Forhold som aktualiseres ut fra drøfting i forhold til det økonomiske perspektiv kan også tenkes inkludert i en slik løpende diskurs.

Forord

Det har vært inspirerende og lærerikt for meg som økonom å komme tettere på legers oppfatninger og vurderinger gjennom dette arbeidet. Jeg vil rette en stor takk til intervjupersonene som delte historier, erfaringer og refleksjoner. Dere formidler en seriøsitet og dedikasjon i deres legegjerning som gjør meg ydmyk og respektfull. Så skulle jeg gjerne fått frem så mye mer av de rike bildene dere tegnet. Eller aller helst skulle jeg vel sett at det var nå arbeidet begynte så vi kunne fortsatt samtalen om kliniske, etiske og økonomiske perspektiver i prioritering.

Det har også vært et privilegium å få utforske et tema som engasjerer meg og som jeg oppfatter som viktig. Takk til Diakonhjemmet Sykehus som ga meg muligheten til å gjennomføre studiet i Verdibasert ledelse mens jeg var ansatt. Takk til min sjef Morten Skjørshammer som ikke lot meg slippe unna å slutføre oppgaven da jeg ikke lenger var ansatt. Takk til Ingrid Miljeteig for viktige samtaler i en tidlig fase, og for litteraturhenvisninger. Takk til Elizabeth Nygaard, Harald Askeland, Terje Sletnes og Roger Kjærgård for inspirerende samtaler underveis. Takk til Berit Bringedal for litteraturhenvisning og til Olav Molven for velvillig samtale innledningsvis i arbeidet. Takk til ansatte på Diakonhjemmet Høgskoles bibliotek og til Anne Dieseth for all god hjelp. Takk til Trond Munkejord for fremskaffing av e-post-adresser. Takk til alle dere rundt meg som har engasjert dere både i helseprioritering og i mitt strev. Takk til Top for kontorfellesskap på Sicilia og alt annet godt. Og sist men ikke minst: takk til veileder Tom Eide for konstruktiv hjelp og støtte spesielt i siste runde, og for utholdenhet gjennom et arbeid som har strukket seg i det vide og brede.

Dere har alle gitt hjelp og positive bidrag. Mangler og misforståelser er jeg selv ansvarlig for.

Oslo, 3. mai 2010

Jorun Ur

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
DEL I INTRODUKSJON	5
1. INNLEDNING	5
1.1 TEMA	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.3 PROBLEMSTILLING	8
1.4 FORMÅL	10
1.5 OPPGAVENS GANG	10
DEL II KONTEKST	11
2 DEN INTERNASJONALE PRIORITERINGSDEBATTEN	11
2.1 PROSESS FREMFOR PRINSIPPER FOR Å SIKRE LEGITIMITET OG RETTFERDIGHET	11
2.2 RETTFERDIGHET	12
2.3 UFORENLIGE VERDIKONFLIKTER I HELSEPRIORITERINGER OG INGEN SVAR I GENERELLE RETTFERDIGHETSTEORIER	13
2.4 ACCOUNTABILITY FOR REASONABLENESS (A4R) – RELEVANTE BEGRUNNELSER, ANSVARLIGGJORTE BESLUTNINGSTAKERE OG LØPENDE DISKURS	14
2.5 OPPSUMMERING	15
2.6 "WHERE ARE WE IN THE RATIONING DEBATE?" – KLINISKE, ETISKE OG ØKONOMISKE PERSPEKTIVER 16	
2.6.1 Klinisk perspektiv: oppmerksomhet mot mikronivå og klinikerens rolle	16
2.6.2 Etisk perspektiv: Accountability for reasonableness – A4R	17
2.6.3 Økonomisk perspektiv: oppmerksomhet mot knappe ressurser, alternativkostnader og marginalbetraktninger	18
2.6.4 Oppsummering	19
3 DET NORSKE PRIORITERINGSARBEIDET	20
3.1 FRA LØNNING I OG II VIA PRIORITERINGSFORSKRIFTEN TIL 30 PRIORITERINGSVEILEDERE	20
3.2 NÆRMERE OM PRIORITERINGSFORSKRIFTEN	21
4 LEGERS ROLLE I PRIORITERING	23
5 FORELIGGENDE KUNNSKAP	28
DEL III REFERANSERAMME	30
6 REFERANSERAMME	30
6.1 AKTØRER I DET NORSKE PRIORITERINGSARBEIDET	30
6.2 PRIORITERING PÅ MIKRONIVÅ	31
6.3 BESLUTNINGER MED PRIORITERINGSKONSEKVENSER	33
6.4 KLINISK, ETISK OG ØKONOMISK PERSPEKTIV PÅ PRIORITERINGSARBEIDET PÅ MIKRONIVÅ	34
6.5 NÆRMERE OM PROBLEMSTILLING OG DENS FORHOLD TIL REFERANSERAMMEN	36
DEL IV METODE OG RESULTATER	38
7 METODE	38
7.1 FORFORSTÅELSE	38
7.2 VALG AV METODISK TILNÆRMING	38
7.3 VALG AV DATAINNSAMLINGSMETODER	39
7.4 VALG AV STUDIEENHET	40
7.5 NÆRMERE OM INTERVJUUNDERSØKELSEN	41
7.6 DRØFTING AV RELIABILITET OG VALIDITET	43
7.7 FORSKNINGSETIKK	45

8	RESULTATER	46
8.1	HVORDAN OPPFATTER SYKEHUSLEGER SIN ROLLE I PRIORITERINGSSITUASJONER?	46
8.1.1	<i>Hvilke prioriteringssituasjoner opplever sykehuslegene?</i>	<i>47</i>
8.1.2	<i>Hvordan oppfatter legene egen og andres bevissthet om deltakelse og ansvar i prioritering?.....</i>	<i>48</i>
8.1.3	<i>Hvilke oppgaver og hvilket ansvar oppfatter legene at de har i forhold til prioritering? 50</i>	<i>50</i>
8.2	HVA KJENNETEGNER SYKEHUSLEGERS BEGRUNNELSER FOR PRIORITERINGSBESLUTNINGER?.....	56
8.2.1	<i>Hvordan begrunner legene sine prioriteringsbeslutninger?</i>	<i>56</i>
8.2.2	<i>Hvilke oppfatninger har legene om handlingsrom og skjønn i prioriteringsbeslutninger?</i>	<i>60</i>
8.2.3	<i>Foretas prioriteringsbeslutninger av den enkelte lege eller sammen med andre?</i>	<i>61</i>
9	DRØFTELSE	63
9.1	INNLEDNING	63
9.2	ROLLEFORSTÅELSE I PRIORITERINGSSITUASJONER	64
9.3	KJENNETEGN VED BEGRUNNELSER FOR PRIORITERINGSBESLUTNINGER.....	70
9.4	KAN EN LØPENDE DISKURS OM RELEVANTE BEGRUNNELSER VÆRE EN EGNET ARBEIDSFORM I PRIORITERINGSARBEIDET PÅ MIKRONIVÅ?	72
10	KONKLUSJON	79
10.1	PRIORITERING PÅ MIKRONIVÅ.....	79
10.2	PRIORITERING PÅ ØVRIGE NIVÅER I HELSETJENESTEN.....	80
10.3	STUDIENS BEGRENSNINGER.....	80
11	VIDERE ARBEID	81
	LITTERATURLISTE	84
	VEDLEGG	87
	VEDLEGG 1 HENVENDELSE TIL RESPONDENTENE	87
	VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE.....	88

DEL I INTRODUKSJON

Aging populations and increased expectations about what medicine can and should do for us mean there is ever increasing demand for what technology makes possible, and rapid technological progress unrelentingly expands what is possible. As a result, the problem of limiting care in a fair and socially acceptable way is arguably the most important – and divisive – issue facing the design of medical delivery systems in the next century.
Daniels & Sabin (2002:2)

1. INNLEDNING

I dette kapitlet beskriver jeg temaet for studien og begrunner valg av tema. Jeg presenterer videre problemstilling og forskningsspørsmål, formålet med oppgaven og gangen i den.

1.1 Tema

Denne studien handler om prioritering i helsetjenesten generelt og om sykehusleger i prioriteringsarbeidet spesielt. Prioritering betyr å gi noe forrang foran noe annet. Prioritering generelt handler slik jeg her forstår det om å oppnå en mest mulig rettferdig fordeling av helsetjenester innen de tilgjengelige økonomiske rammer. Prioritering på klinisk nivå i helsetjenesten betyr å gi en pasient eller pasientgruppe forrang foran en annen. Prioritering er nødvendig når ressursene er begrensede slik at helsetjenesten ikke kan gjøre alt for alle til enhver tid. Prioritering er ikke det samme som effektiv ressursutnyttelse men temaene er relatert til hverandre.

Jeg benytter betegnelsen ”prioriteringsarbeid” som samlebetegnelse for beslutninger, reguleringer mv som omfatter prioritering på ulike nivåer. Dette er ikke en fast definert størrelse.

Undersøkelsen gjøres på mikronivå. Jeg vil imidlertid sette den inn i en større sammenheng ved å relatere til både den internasjonale prioriteringsdebatten og til det norske (nasjonale) prioriteringsarbeidet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Innfallsvinkel 1 – et makroperspektiv

Helsetjenesten står overfor store utfordringer og helsebudsjettene er under press

(Helsedirektoratet 2010). De norske offentlige sykehusene har siden 2002 brukt 25 mrd

kroner mer enn det stortinget har bevilget til formålet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009:108)¹. I ethvert samfunn, uansett nivå på bevilgningene til offentlige helsetjenester, vil ressurstilgangen til helseformål være begrenset og måtte avveies mot andre formål som transport, skole, barnehager og kultur.

Kostnadene ved å ta i bruk alle tilgjengelige medisinske og teknologiske muligheter overstiger de bevilgninger som vil være mulig å gi over statsbudsjettet selv i et rikt land som Norge. Dette spriket oppstår spesielt som følge av tre sentrale faktorer: økende behov som følge av den demografiske utvikling med bl a en aldrende befolkning, økende muligheter gjennom forbedret medisinsk kunnskap og teknologi og økende forventninger i befolkningen (Ham og Robert 2003:vi).

Det er ikke grunn til å tro at omorganisering og effektivisering i sykehusene fullt ut kan lukke gapet mellom behandlingsmuligheter og betalingsmuligheter. Innen rammen av tilgjengelige ressurser til helseformål vil det derfor være nødvendig i prioritere også i fremtiden. I oljenasjonen Norge kan det være en spesiell utfordring å formidle et slikt budskap. I et intervju med helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i Aftenposten i desember 2008 fremkommer at det hver dag foretas vanskelige prioriteringer i Helse-Norge:

Vi behandler ikke alle pasienter som vi ut fra ny teknologi kan behandle eller gi forlenget liv. Vi sluttet med det rundt 1970. Siden da har tilveksten av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vært raskere enn veksten i helsebudsjettene. Hver dag foretas vanskelige prioriteringer i Helse-Norge. Hver dag sier leger nei til å behandle pasienter, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen. Han mener det er på høy tid at hele befolkningen blir klar over dette og den virkelighet som leger og annet helsepersonell står i (Aftenposten 2008).

Når de medisinske og teknologiske muligheter sammen med befolkningens forventninger til helsetjenestens tilbud overstiger de økonomiske mulighetene for finansiering av helsetjenestetilbudet, oppstår det vanskelige moralske valg. Hvordan skal de tilgjengelige ressursene fordeles på en mest mulig rettferdig måte? Hvem skal ta rasjoneringsbeslutningene og med hvilke begrunnelser skal beslutningene tas?

Innfallsvinkel 2 – et mikroperspektiv

I min rolle som økonomisjef i et sykehus gjennom åtte år, har jeg arbeidet for en mest mulig rettferdig fordeling av ressurser og for å overholde de økonomiske rammer. Jeg deltok i arbeidet med fordeling av ressurser til de ulike fagområder. Så ble det i forlengelsen av denne fordelingen tatt kliniske beslutninger om pasientbehandling som jeg fra min posisjon hadde

¹ Dette merforbruket skyldes ikke i sin helhet beslutninger som helseforetakene har myndighet over

begrenset innsyn i. I en årrekke opplevde vi så at enkelte avdelinger ikke overholdt de økonomiske rammene de hadde blitt tildelt. Hvorvidt dette var en konsekvens av de prioriteringsbeslutninger som ble fattet på klinisk nivå eller skyldtes ineffektiv utnyttelse av ressurser eller at det var tildelt for lite ressurser til de aktuelle områdene i forhold til befolkningens behov, kjenner jeg ikke det endelige svaret på.

I forlengelsen av kampen for å overholde de økonomiske rammene, ble imidlertid nysgjerrigheten min vekket i forhold til de prioriteringsbeslutninger som fattes på klinisk nivå. Hvem fatter beslutningene om behandling og forløp, - er det enkeltleger basert på egne vurderinger eller kollegiet basert på best-practice? Hva ligger til grunn for beslutningene, dvs hvilke hensyn er det som avveies mot hverandre når beslutningene fattes? Hvilke etiske argumenter ligger til grunn for valgene? Er økonomiske konsekvenser et element i vurderingen? Preges beslutningene primært av hensynet til enkeltpasienter eller inkluderes også hensynet til hele pasientgrupper og pasienter på ventelister?

Prioritering i helsetjenesten som tema

Disse to innfallsvinklene var mitt utgangspunkt for å rette oppmerksomhet mot prioriteringsfeltet. På den ene siden fra makronivå – hvordan skal vi som samfunn innrette oss for å fordele ressursene mest mulig rettferdig innen de rammer som stilles til rådighet? På den andre siden fra mikronivå - hva er grunnlaget for de prioriteringsbeslutninger som fattes på klinisk nivå? Og ikke minst ble jeg opptatt av kombinasjonen mellom nivåene: hvordan skal makro- og mikronivå kunne spille sammen i dette arbeidet?

Stein Evensen sier kanskje noe om disse sammenhengene når han i bokkapittelet ”Et helsevesen uten grenser” påpeker at det er leger som i praksis utløser bruk av helsevesenets ressurser i form av igangsettelse av undersøkelser og senere behandling, og samtidig at medisinsk prioritering alene ikke kan løse problemet med et eksploderende helsebudsjett (Evensen 2009:44 og 45).

Avgrensning

Å behandle alle disse spørsmålene i sin helhet faller langt utenfor rammen av en masteroppgave. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omfatte sykehusleger.

Gjennom avgrensningen har jeg med smerte måttet velge bort å utforske tema som omhandler andre aktører og nivåer i prioriteringsarbeidet, og samspillet mellom de ulike aktører og nivåer. Disse og andre aktuelle forskningstema for senere arbeid er samlet i kapittel 11.

1.3 Problemstilling

Mennesker som er syke, lider eller ser døden i øynene er i en sårbar situasjon. Inn i denne situasjonen møter legen pasienten. Løgstrup snakker om tillit som å legge noe av sitt eget liv i den andres hender (Løgstrup 1999:38). I møtet mellom lege og pasient legger pasienten i sannhet noe av sitt liv i den andres hender.

Leger på sin side² forvalter denne tilliten gjennom å vurdere situasjonen og eventuelt behandle, lindre og trøste pasienten. Leger tar fortløpende beslutninger som de vet påvirker enkeltmenneskers liv og noen ganger død. De møter tidvis lidelse hos pasientene ”som er enorm, som man nesten ikke skjønner hvordan de klarer å holde ut”. Leger er svært opptatt av pasientens beste, av å strekke seg for å lindre smerten og for å ta pasientens lidelsestrykk på alvor. Legers primære rolle er å gjøre mennesker friske og de identifiserer seg gjerne med hjelperrollen. De har idealer for hvordan de skal møte pasienter, og det er vanskelig for dem når de berøres av pasientens vonde historier. Og det er legen som skal forklare pasientene hvorfor behandlingen må avsluttes, hvorfor behandlingen ikke er tilgjengelig nå eller hvorfor det etterspurte tilbudet ikke er en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

Men legen møter ikke bare pasienter. Utenfor undersøkelsesrommene møter legene kanskje på avdelingssjefen, økonomisjefen og av og til statsråden som sier at ”vi kan jo ikke bruke mer penger enn vi har, så hva er ditt bidrag for å redusere kostnadene”? For avdelingssjef og økonomisjef og statsråd skal på sin side rapportere til Direktøren eller Styret eller Stortinget. Der skal de forklare hvorfor budsjettene overskrides og hvilke effektfulle tiltak som på kort og lang sikt skal forhindre overskridelser i budsjettene - uten at det får uakseptable konsekvenser for pasienttilbudet.

Når alle disse aktørene møtes med noe avstand til hverdagens krav, vil de antakelig være enige om at tilbudet i helsetjenesten er et viktig uttrykk for hva slags samfunn vi ønsker å være. Og at vårt samfunn ønsker en mest mulig effektiv bruk av ressurser og en rimelig rettferdig fordeling av helsegoder.

Det vil være større uenighet om hva som skal til for å oppnå dette i stadig større grad. Satt på spissen: leger vil ut fra sin rolle og nærhet til pasienten ofte hevde at bevilgningene må øke for å ivareta pasientenes forventninger og behov. Økonomene vil si at vi må styre kostnadene bedre og prioritere innen de gitte rammer. Og politikerne vil si at ingen pasienter skal få et dårligere tilbud, men de regionale helseforetakene må sørge for at budsjettene blir overholdt.

² Beskrivelser basert på respondentutsagn i min studie

Slik vil leger, økonomer og politikere ha ulike tilnærminger til utfordringene ut fra sin hverdag og sin profesjonelle rasjonalitet. Så er det ikke legen, økonomen og politikeren – og alle de andre aktørene i helsetjenesten - som i og for seg er det viktige. Det viktige er hvordan de ulike perspektiv målbæres, hvordan de ulike perspektiver skal avveies i forhold til hverandre. For ingen av perspektivene kan stå for seg selv. Helsetjenesten som sådan er forpliktet både overfor pasienten og overfor samfunnet.

Denne studien er begrunnet i et ønske om innsikt i ulike aktørers tenkemåte i relasjon til prioritering i helsetjenesten. Studien avgrenses til å fokusere sykehuslegene. Det innebærer at andre aktørgrupper vil måtte studeres i kommende studier.

Nedenfor følger de sentrale spørsmål jeg vil se nærmere på. Jeg har valgt å liste opp spørsmålene på en oversiktlig og komprimert måte fordi jeg vil avklare deres interne sammenheng og deres innhold mer presist i studiens referanseramme i kapittel 6.

1.3.1 Problemstillingen

Problemstillingen er formulert som følger:

Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner? Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

Med *rolle* forstår jeg de forventninger leger oppfatter å ha til seg selv i prioriteringssituasjoner.

1.3.2 Forskningsspørsmål

For å besvare problemstillingen er det formulert følgende forskningsspørsmål:

Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner?

- F1. Hvilke prioriteringssituasjoner opplever sykehuslegene?
- F2. Hvordan oppfatter legene egen og andre legers bevissthet om deltakelse i og ansvar i prioritering?
- F3. Hvilke oppgaver og hvilket ansvar oppfatter legene at de har i forhold til prioritering?

Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

- F4. Hvordan begrunner legene sine prioriteringsbeslutninger?
- F5. Hvilke oppfatninger har legene om handlingsrom og skjønn ved prioriteringsbeslutninger?
- F6. Foretas prioriteringsbeslutninger av den enkelte lege eller sammen med andre?

Jeg tar ikke sikte på å drøfte alle forskningsspørsmålene enkeltvis, men de vil bli behandlet i resultatkapitlet.

1.4 Formål

Formålet med studien er å få en dypere innsikt i hvordan sykehusleger ser på sine prioriteringsbeslutninger. Større innsikt om dette vil kunne utgjøre en nyttig bidrag i det fremtidige prioriteringsarbeidet. Kunnskap om hvordan sykehusleger oppfatter sin rolle i prioriteringssituasjoner og hva som kjennetegner begrunnelser for prioriteringsbeslutninger, vil også kunne gi fruktbare innspill til den norske politiske debatt om prioritering i helsetjenesten.

Kunnskap om legers rolleforståelse og begrunnelser for prioriteringsbeslutninger kan videre danne utgangspunkt for tilsvarende undersøkelser blant andre aktører (ledere, offentlige myndigheter, politikere), og slik bidra til økt forståelse for samspillet mellom aktørgrupper og nivåer i prioriteringsarbeidet.

1.5 Oppgavens gang

Kapittel 2 – 5 består av kontekstbeskrivelser. I kapittel 2 angis hovedtrekk i den internasjonale prioriteringsdebatten, i kapittel 3 angis hovedtrekkene i det norske prioriteringsarbeidet, i kapittel 4 blir det gjort rede for debatten rundt legers rolle i prioriteringsarbeidet og i kapittel 5 gis det et bilde av leger i prioritering ut fra foreliggende kunnskap. I kapittel 6 redegjør jeg så for min referanseramme som resultatene vil bli drøftet i forhold til. I kapittel 7 blir metodevalg beskrevet og vurdert og i kapittel 8 presenteres resultatene fra undersøkelsen. I kapittel 9 drøftes resultatene, i kapittel 10 oppsummeres konklusjoner og i kapittel 11 angis forslag til videre forskning basert på avgrensninger og begrensninger i dette arbeidet.

DEL II KONTEKST

Dimensions of rationing: who should do what?

Prioritysetting is a complex interaction of multiple decisions at various levels in the organization and constrained by history. There is no selfevident set of ethical principles or analytical tools to determine what decisions we should take at various levels, nor is there an obvious or easy way to resolve the clash of claims on resources. To make prioritysetting more "rational" we should concentrate on the processes and structure of decisionmaking and the relation of macro and micro decisions. The debate should promote reasoned, informed, and open argument, draw on a variety of perspectives, and involve a plurality of interests. The aim must be to build up, over time, the capacity to engage in continuous, collective argument.

Rudolf Klein (1993:309)

2 DEN INTERNASJONALE PRIORITERINGSDEBATTEN

I dette kapitlet vil jeg angi noen hovedtrekk fra den internasjonale prioriteringsdebatten, med vekt på bakgrunn for og hovedtrekk i rammeverket "Accountability for reasonableness". Beskrivelsen har fem deler: den første overordnet om hovedtrekk i det internasjonale prioriteringsarbeidet, den andre om rettferdighetsbegrepet, den tredje om verdikonflikter og rettferdighetsteorier, den fjerde om 'Accountability for reasonableness' og den femte om artikkelserien "Where are we in the rationing debate?" i British Medical Journal (BMJ).

2.1 Prosess fremfor prinsipper for å sikre legitimitet og rettferdighet

I den internasjonale prioriteringsdebatten har diskusjonen lenge gått rundt hvorvidt det er mulig å komme frem til *prinsipper* for fordeling/prioritering eller om det er mer riktig å fokuseres på *beslutningsprosessene* når vi er opptatt av mest mulig rettferdig fordeling av ressursene. Holm (1998) markerte i sin artikkel "Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care" at en ny orientering i prioriteringsarbeidet er nødvendig. Det er ikke lenger mulig å tro på ett altomfattende prioriteringssystem som kan fortelle beslutningstakeren hva som er riktig i enhver situasjon sier han (ibid:1000). Fokus må rettes mer mot prioriteringsprosessen enn mot prioriteringsresultatet (ibid:1000).

Til grunn for oppmerksomheten rundt beslutningsprosessene ligger erfaringen og erkjennelsen av at det ikke er mulig å oppnå enighet om prinsipper (se bl a Klein 2005, Daniels 2000, Holm 1998), at det alltid vil kunne være uenighet om de beslutninger som fattes (Daniels 2000:1300) og at det ikke finnes noe en-gang-for-alle formula eller teknisk

løsning for å si hvordan det er best å fordele knappe ressurser til helsetjenesten (Klein 2005:1340). Det er imidlertid enighet om, at de beslutninger som fattes om fordeling av ressurser til helsetjenester må være legitime for å ivareta de rettferdighetshensyn som demokratiske samfunn vil være opptatt av (se bl a Norheim 2005, Daniels 2000) og at slik legitimitet ivaretas gjennom å stille krav til beslutningsprosessene. Rettferdighetshensyn, verdiuenighet og legitime beslutningsprosesser blir nærmere omtalt nedenfor.

2.2 Rettferdighet

Rettferdighet er en verdi og en målsetting (blant flere) som gjennomsyrrer teori og politikk om fordeling av helsetjenester. John Rawls' teori om rettferdighet er et viktig grunnlag for diskusjon og forståelse av rettferdighetsbegrepet. Til tross for at det hevdes at Rawls' teori om rettferdighet i utgangspunktet er ment å gjelde for de grunnleggende samfunnsinstitusjonene samlet og ikke nødvendigvis er gyldige for andre fordelingsspørsmål som fordeling av helsetjenester (Føllesdal 2003:28), er det gjort arbeid for å knytte Rawls' rettferdighetsteori opp mot fordeling av helsetjenester (Daniels 1985). Vi gjenfinner også begrepene legitimitet, rettferdighet og rimelighet i aktuelle teorier om fordeling av helsetjenester (Daniels og Sabin 2002). Jeg vil derfor innledningsvis gi en kort referanse til Rawls. Referansen er i hovedsak basert på Andreas Føllesdals innledning til den norske utgaven av Rawls' "Rettferdighet som rimelighet" fra 2003.

I "A Theory of Justice" fra 1971 presenterer John Rawls sin teori om rettferdighet. I motsetning til utilitarismen som hevder nyttemaksimering for alle parter sett under ett som prinsipp, er Rawls opptatt av *fordeling* mellom partene og hevder at enkeltmennesker har rettigheter som ikke kan ofres for at andre skal få det bedre (Føllesdal 2003:12). Rawls knytter sin teori opp til den kontraktetiske tradisjon i politisk filosofi, som anser moralske normer som regler man bør kunne forvente enighet om blant alle berørte parter (ibid:20) og som gjennom dette legger vekt på samtykke fra berørte parter, slik at "et tilfredsstillende sett av regler er ett som alle berørte parter kan forvente å slutte seg til, uansett hvilken av de berørte parter man er" (ibid:21). Rawls betegner fordelingskriterier som rimelige når de er slik at ingen har gode innvendinger mot dem, og foreslår at et rettferdig samfunn må baseres på slike rimelige kriterier. Han foreslår således at vi bør forstå *rettferdighet som rimelighet* (ibid:21). Rawls hevder også at legitimitet er et spørsmål om rettferdighet, om hvordan rettigheter og andre goder er fordelt mellom mennesker (ibid:15). For at en fordeling av goder skal være legitim, altså akseptert av demokratiets innbyggere, hevder således Rawls at

fordelingen må være rettferdig, og at rettferdig kan forstås som rimelig i betydningen basert på kriterier som ingen har gode innvendinger mot. Så når en fordeling baserer seg på kriterier som ingen berørte parter har gode innvendinger mot er den etter denne forståelsen rimelig og rettferdig og vil oppnå legitimitet i befolkningen.

Da den amerikanske filosofen Norman Daniels begynte å interessere seg for medisinsk etikk, ble han ifølge hans egen fremstilling overrasket over at det var gjort relativt lite filosofisk arbeid om fordeling av helsetjenester, til tross for at det var gjort så mye på generell rettferdighetsteori (Daniels 1985:x). Han skrev boken *Just Health Care* (Daniels 1985) hvor han hevder at Rawls' rettferdighetsteori kan utvides og benyttes som grunnlag for fordeling av helsetjenester. Norman Daniels er i dag en nestor innen prioriteringsfeltet, og har sammen med legen James E Sabin utviklet det anerkjente rammeverket for legitime prioriteringsbeslutninger 'Accountability for reasonableness' (Daniels og Sabin 2002), på norsk 'Ansvar for rimelige begrunnelser' (Johansson et al 2009), som omtales nærmere nedenfor.

Men før vi går nærmere inn på dette, noen ord om verdikonflikter og rettferdighetsteorier i prioritering.

2.3 Uforenlige verdikonflikter i helseprioriteringer og ingen svar i generelle rettferdighetsteorier

Hvorfor er det vanskelig å prioritere? Hvorfor er det vanskelig å bli enige om hva som er riktig prioritering? I følge Johansson (2009) mangler vi universelle etiske fordelingsprinsipper som ingen med rimelig grunn kan motsi (ibid:73). Fire moralsk relevante grunner for rettferdig prioritering er lagt til grunn i den norske prioriteringsforskriften og har støtte i store deler av internasjonal prioriteringslitteratur (ibid:73). Disse fire kriteriene er effekt av behandling, sykdommens alvorlighetsgrad, behandlingens kostnadseffektivitet og dokumentasjonens kvalitet. Imidlertid hevder Johansson at selv om ingen med rimelig grunn kan motsi disse prinsippene, vil det være uenighet om hvordan disse kriteriene skal vektes mot hverandre (ibid:73). Og videre at dette sammen med andre verdiuenigheter fører til at det ikke vil være enighet om hvordan ulike pasientgrupper skal prioriteres (ibid:73). Med henvisning til Norman Daniels (1994) refererer han hvordan denne mangelen på enighet kan forstås som tre utgangspunkt for prinsipiell uenighet (Johansson:74ff):

1. Prioriteringsdilemmaet: Hvor mye vekt skal de dårligst stilte ha og hvem er de dårligst stilte?

2. Aggregeringsdilemmaet: Hvordan skal vi veie nytten av små individuelle helseeffekter som samlet gir stor helsegevinst (aggregert) i forhold til store individuelle helseeffekter til få personer med mindre total helsegevinst?
3. Fair sjanse versus beste utfall dilemmaet: Hvor mye skal vi favorisere best mulig helseeffekt fremfor det å gi folk en fair sjanse til helsegevinst?

I følge Johansson kan disse dilemmaene forstås om at ”det eksisterer uforenlige verdikonflikter i helseprioriteringer” (ibid:78). Han mener også at ingen generell rettferdighetsteori kan gi svar på disse prinsipielle uenigheter (ibid:73), og refererer dette som utgangspunktet for A4R. Altså: en forståelse av at det eksisterer uforenlige verdikonflikter som ingen generell rettferdighetsteorier kan gi svar på. På grunnlag av dette er A4R utviklet som en prosedural teori for legitime prioriteringsbeslutninger:

Fremfor å forsøke å få til enighet i disse vanskelige dilemmaene, gir ”ansvar for rimelige begrunnelser” svar på hvordan avslag på potensielt nyttig helsehjelp kan rettferdiggjøres overfor befolkningen og de som får avslag, og dermed skape legitimitet” (ibid:78).

Uten å diskutere rettferdighetsteorier og fordelingsprinsipper nærmere, vil jeg la denne bakgrunnsforståelsen for A4R ligge til grunn i det videre. Nedenfor gir jeg en nærmere omtale av rammeverket.

2.4 Accountability for Reasonableness (A4R) – relevante begrunnelser, ansvarliggjorte beslutningstakere og løpende diskurs

Norman Daniels og James E Sabin har altså utviklet det mest anerkjente rammeverket for legitime prioriteringsbeslutninger, som betegnes ”Accountability for reasonableness” (A4R) (Daniels og Sabin 2002). Norheim (2005) beskriver A4R som ”et teoretisk rammeverk for deliberativ vurdering av vitenskapelig dokumentasjon og verdier ved prioriteringsbeslutninger” og hevder videre at ”den bærende ideen er at beslutningstakere skal holdes ansvarlig (accountable) for sine beslutninger på en rimelig og relevant måte for alle berørte parter (reasonableness)” (Norheim 2005:76).

Til grunn for utviklingen av A4R ligger en forståelse av at det er nødvendig å prioritere fordi det ikke er ubegrenset med ressurser tilgjengelig til helseformål og at redusert sløsing/bedret effektivitet uansett ikke kan gjøre prioritering overflødig (Daniels og Sabin 2002:13-22). Videre ligger det til grunn en målsetting om rettferdig fordeling (ibid:vii) og at

fordi vi mangler konsensus om prinsipper for fordeling må vi flytte legitimitetskravene fra å gjelde selve beslutningen til å gjelde beslutningsprosessen (ibid:4, 10, 11). Det må gjøres vurderinger i ulike situasjoner og vurderingene kan føre til ulike forslag til løsning fra ulike personer (Daniels 2000:1300).

Daniels og Sabin 2002 stiller fire krav til prosessen rundt prioriteringsbeslutninger for at beslutningene skal være legitime (Norheim 2005:76):

1. Åpenhet. Beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelige
2. Relevans. Begrunnelsene skal være relevante. Det vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, grunner og prinsipper som alle parter – administratorer, klinikere, pasienter og samfunnsborgere – kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan forskjellige behov for helsetjenester kan tilfredsstilles for hele befolkningen, gitt ressursknapphet.
3. Klageadgang og korreksjon. Det bør eksistere mekanismer for klage og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester, inkludert mulighet for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter.
4. Regulering og institusjonalisering. Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at krav 1 – 3 blir oppfylt.

Oppsummert kan vi forstå at A4R vektlegger åpenhet og begrunnelser for beslutninger, bygger på en forståelse av at det ikke finnes ”en gang for alle riktige” beslutninger i prioriteringsarbeidet og på en forståelse av at ingen generell rettferdighetsteori kan gi svar på de verdikonflikter som eksisterer i helseprioriteringer. Vurderingen av hva som er ”riktige” beslutninger er en løpende prosess, og utvekslingen av synspunkter om hva som er rimelige begrunnelser til enhver tid – diskursen – kan forstås som en måte å utvikle forståelsen av hva som er legitime, dvs rimelige og rettferdige, beslutninger på.

2.5 Oppsummering

Basert på denne gjennomgangen, kan vi oppsummere de overordnede perspektivene i den internasjonale prioriteringsdebatten med at det nå legges større vekt på prosessen rundt prioriteringsbeslutninger enn tidligere da det var mer fokus på å finne omforente prinsipper for beslutninger. Det er enighet om at det ofte vil være uenighet om prinsipper og

beslutninger, og at legitime beslutninger i størst grad oppnås gjennom å stille krav til beslutningsprosessene og å ansvarliggjøre beslutningstakerne. A4R er et sentralt rammeverk for legitime beslutninger, og det bærende element i dette rammeverket kan forstås som at alle aktører gjøres ansvarlige for sine beslutninger på en måte som oppfattes rimelig og relevant for alle berørte aktører. A4R gir grunnlag for å forstå prioriteringsarbeidet som en kontinuerlig prosess hvor åpenhet rundt beslutninger og begrunnelser er en måte å utvikle den omforente forståelsen av hva som er legitime – rimelige og rettferdige - beslutninger i et samfunn på. A4R bygger på en forståelse av at ressursene er knappe og at ingen generell rettferdighetsteori kan gi entydige svar på de verdikonflikter som foreligger.

2.6 ”Where are we in the rationing debate?” – kliniske, etiske og økonomiske perspektiver

”Where are we in the rationing debate?” British Medical Journal stilte dette spørsmålet på lederplass i oktober 2008 (Goold og Baum, 2008). For å belyse spørsmålet, valgte de gjennom tre artikler å ta frem ulike perspektiver på hvordan begrensede ressurser til helsetjenester kan fordeles rettferdig – et klinisk, et etisk og et økonomisk perspektiv. I det følgende angis hovedtrekkene i disse tre artiklene, som jeg velger å la være en angivelse av status for den internasjonale prioriteringsdebatten.

2.6.1 Klinisk perspektiv: oppmerksomhet mot mikronivå og klinikers rolle

Ole Frithjof Norheim er forfatter av artikkelen som presenterer et klinisk perspektiv på prioriteringsarbeidet (Norheim, 2008). Han argumenterer for at klinikere må ha en aktiv rolle i prioritering og basere sitt arbeid på grunnleggende prinsipper og kriterier for rimelig og klinisk relevant prioritering.

Norheims utgangspunkt for tilnærmingen er at det ikke finnes enkle løsninger for ressursfordeling i helsetjenesten men at prinsippene for rimelig prioritering er klare og at rettferdighet fordrer en rimelig fordeling av goder og byrder som følge av prioritering. Prioriteringsbeslutninger er en integrert del av daglig praksis i mange kliniske spesialiteter hevder han, og de to grunnleggende informasjonskilder for klinikers beslutning er vurdering av alvorlighet og effekt. Vurderingen av alvorlighet har sitt utgangspunkt i målet om rimelig *fordeling* av helse. Vurderingen av effekt har sitt utgangspunkt i målet om å maksimere helse gjennom *effektiv ressursallokering*. I tillegg til disse kliniske vurderinger vil også ikke-

kliniske vurderinger spille inn. Og selv om all etisk teori om rimelig prioritering krever upartiskhet hos beslutningstaker og at bare de kjennetegn som alle er enige om relevansen av skal påvirke prioriteringen av pasienter, mener forfatteren at det i praksis vil bli benyttet en rekke såkalt irrelevante kjennetegn også som beslutningsgrunnlag.

Norheim hevder videre at klinisk prioritering bør være konsistent på tvers av pasientgrupper og kliniske spesialiteter. Dette innebærer at når en pasient med en gitt alvorlighetsgrad og forventet effekt av behandling får høy prioritet innen en spesialitet, skal en annen pasient med en lidelse med samme karakteristika i en annen spesialitet bli behandlet på samme måte. Han mener videre at klinikere ikke alltid bør kjempe for mer ressurser til sine pasienter hvis det fører til lavere prioritet for andre pasientgrupper med større behov. For å bedre prioritering på tvers av pasientgrupper, hevder forfatteren at kliniske ledere må engasjere seg i andres arbeid og foreta åpne valg basert på prinsipper for rettfærdig ressursfordeling. Han foreslår også at vurdering av kostnadseffektivitet kan inngå i som beslutningsgrunnlag i klinisk prioritering. Han peker videre på at prioritering skjer på ulike nivåer i systemet, og at klinisk lederskap i prioritering fordrer politisk støtte for vanskelige valg.

Oppsummert argumenterer forfatteren for at klinikere må være aktive for å bedre prioritering på alle nivåer i helsetjenesten og være villige til å benytte ulike metoder i dette arbeidet: "However, clinical priority setting remains the cornerstone of any healthcare system. We, as clinicians, should take the lead and improve our thinking, our methods and our choices" (Norheim 2008).

2.6.2 Etisk perspektiv: Accountability for reasonableness – A4R

Norman Daniels og James E Sabin er forfattere av artikkelen som presenterer et etisk perspektiv på prioriteringsdebatten (Daniels og Sabin 2008). De bekrefter utgangspunktet for A4R som at beslutninger om fordeling av ressurser i helsetjenesten gjerne er spekket med moralsk uenighet og at en rimelig og deliberativ prosess er nødvendig for å oppnå legitime beslutninger i en slik sammenheng. De bekrefter også kjernen i rammeverket som at for å kunne holde beslutningstakere ansvarlige for deres beslutninger, må beslutningene være åpne slik at rimeligheten i begrunnelsen kan bli vurdert og at beslutningene eventuelt kan gjøres om.

Erfaringen gjennom årene som er gått siden rammeverket ble utviklet og presentert, er at det er tatt i bruk og prøves ut både ulike steder i verden og på flere helsepolitiske områder

enn prioritering. Innvendinger mot rammeverket fokuserer gjerne på at det er mer egnet i noen kulturer enn i andre, at prosessen alene ikke kan fortelle hva som er riktig og at ideen om en rimelig prosess i seg selv kan være like omstridt som de spørsmålene den skal prøve å bidra inn i.

Ut fra den anvendelsen de har fått, mener Daniels og Sabin likevel å se at nøkkelementene i A4R – åpenhet, rimelighetsvurderinger og mulighet til omgjøring av beslutninger på grunnlag av ny kunnskap og nye argumenter – må kunne sies å ha bred appell og fortsatt aktualitet.

2.6.3 Økonomisk perspektiv: oppmerksomhet mot knappe ressurser, alternativkostnader og marginalbetraktninger

Cam Donaldson, Angela Bate, Peter Bramleby og Howard Waldner er forfattere av artikkelen som presenterer et økonomisk perspektiv på prioriteringsdebatten (Donaldson et al 2008). De etterlyser økt erkjennelse av at ressursene til helsetjenesten er knappe, og aktiv styring i forhold til dette istedenfor unnvikelse f eks gjennom kontinuerlige systemreformer. Hovedbudskapet deres er at styring av knappe ressurser fordrer to ting, nemlig å unngå sløsing og å vurdere alternativ bruk av ressursene, og at for å få til dette er det nødvendig å operasjonalisere de økonomiske prinsippene alternativkost og marginalbetraktninger:

To sustain publicly funded health care and prevent moves back towards more market based systems, societies need to wake up and tackle rationing through explicit recognition and management of scarcity. Management of scarcity requires two things. The first is to eliminate waste (where opportunities exist to meet a need at less cost, or meet more need at no extra cost, we should take them). Beyond this, we need to consider relative value (disinvesting from interventions providing little benefit to fund those providing greater benefit)... If we are to explicitly manage scarce resources, we need to operationalize the economic principles of opportunity cost and the margin. (Donaldson et al 2008)

Alternativkostnad kan slik disse forfattere gjør forklares med utgangspunkt i to prinsipper: knapphet på ressurser og nødvendigheten av å gjøre valg. Når ressursene ikke er tilstrekkelig til å møte alle behov, må samfunnet gjøre valg mellom hva som skal tilbys og hva som må velges bort. Verdien eller nytten av det som velges bort, er det som utgjør alternativkostnaden av det som faktisk tilbys.

Marginalbetraktninger forklarer de videre ved å referere til endringer i produksjon eller aktivitet. Marginalkostnad er den endringen som følger av å endre aktiviteten med en enhet. Marginalkostnaden ved et sykehusopphold kan f eks være kostnaden ved å utvide et

pasientopphold med ett døgn. Ved økonomiske vurderinger av endringer er marginalbetraktninger vanligvis mer aktuelle enn gjennomsnittsbetraktninger.

Forfatterne av denne artikkelen peker på ”Programme budgeting and marginal analysis” (PBMA) som en metode for å gjennomføre alternativkosttenkning og marginalbetraktninger i praksis, og hevder at denne tilnærmingen har vært prøvd ut en rekke steder rundt om i verden med gode resultater. I relasjon til de etiske perspektiver ved prioritering, peker de på at oppmerksomhet mot rimelige beslutningsprosesser kan føre til at man viker unna de vanskelige økonomiske beslutningene som må til for å oppnå mer effektiv ressursutnyttelse. På samme måte kan isolert sett gode forslag til mer effektiv ressursutnyttelse ikke være gjennomførbare fordi prosessen med å utarbeide dem ikke har vært rimelig. Forfatterne henviser ut fra disse mulige fallgrubene til en egen undersøkelse som er foretatt (Gibson et al 2006) hvor de økonomiske og etiske perspektivene gjennom PBMA og A4R er kombinert med positive resultater i den forstand at kombinasjonen ser ut til å gi en mer helhetlig tilnærming i prioriteringen.

Oppsummert argumenterer disse forfatterne for at det er behov for økt bevissthet om at helsetjenesten har begrensede ressurser til rådighet, og at det å operasjonalisere de økonomiske begrepene alternativkost og marginalbetraktninger inn i helsetjenesten er en effektiv måte å styre knappe ressurser på.

2.6.4 Oppsummering

De kliniske, etiske og økonomiske perspektiver i disse artiklene peker på ulike elementer for å besvare spørsmålet ”Where are we in the rationing debate?”. Det kliniske perspektivet understreker klinikernes rolle – at klinikere blant annet ut fra at prioritering er en integrert del av deres daglige arbeid må gå i front i dette arbeidet og delta aktivt til å forbedre det gjennom tenkning, metoder og beslutninger. Det etiske perspektivet bekrefter A4R som et relevant rammeverk for legitime prioriteringsbeslutninger også fremover, med fokus på blant annet åpenhet, relevans og diskurs. Det økonomiske perspektivet understreker betydningen av at ressursene er knappe, og peker på alternativkostvurderinger og marginalbetraktninger som hensiktsmessige tankesett for å styre knappe ressurser.

3 DET NORSKE PRIORITERINGSARBEIDET

... even a wealthy country with a highly efficient health care system will have to set limits to – in other words ration – the health care it guarantees everyone... Society simply cannot meet all medical needs, and certainly not all medical preferences, so it must decide which need should be given priority and when resources are better spent elsewhere. How should decisions about such limits be made?
Daniels & Sabin (2002:2)

I dette kapittelet vil jeg angi hovedtrekkene i det norske (nasjonale) prioriteringsarbeidet. Beskrivelsen har to deler: den første om utviklingen fra 80-tallet og frem til i dag, den andre om kriteriene i prioriteringsforskriften.

3.1 Fra Lønning I og II via prioriteringsforskriften til 30 prioriteringsveiledere

Norge var tidlig ute med offentlige debatter om prioritering i helsetjenesten (jfr Lønning I og II, NOU 1987:23 og NOU 1997:18) og det ble utarbeidet overordnede kriterier for prioritering (alvorlighetsgrad, effekt, kostnadseffektivitet) som også i internasjonal prioriteringslitteratur anses å være moralsk relevante grunner for rettferdig prioritering (Johansson 2009:73). Disse kriteriene er siden fulgt opp av en tydelig rettighetsstyring gjennom pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter 1999) og prioriteringsforskriften (Forskrift om prioritering mv 2000). Det har imidlertid fra flere hold blitt hevdet (se bl a Carlsson 2005:III og Norheim 2003), at de offentlige debatter på makronivå ikke kan sies å gjennomsyre de lavere nivå i helsetjenesten.

Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten i tillegg til rett til øyeblikkelig hjelp har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt (§2-1).

Prioriteringsforskriften utdyper dette ved å presisere de tre kriteriene alvorlighetsgrad, effekt og kostnadseffektivitet (§2).

Det har vært påpekt (se bl a Den norske legeförening 2007 og Helsedirektoratet 2006) at prioriteringsforskriften praktiseres ulike både mellom fagområder og mellom ulike deler av landet. På grunnlag av dette har Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene etablert prosjektet ”Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten” (Helsedirektoratet 2006).

Som del av prosjektet er det utarbeidet 30 prioriteringsveiledere (Helsedirektoratet 2009) som på hver sine fagfelt skal være beslutningsstøtte og bidra til å utjevne geografiske og faglige forskjeller. ”Dette skal bidra til at de sykeste få hjelp først, at de som trenger det

mest får behandling i tide og beslutninger tas med større grad av trygghet” (Helsedirektoratet 2007). Veilederne inneholder kommentarer til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, og angir hvordan myndighetene mener disse skal tolkes og anvendes. Videre er det innen hvert av de 30 fagområdene utarbeidet veiledertabeller som ned på relativt konkret nivå angir hvordan ulike tilstander normalt skal vurderes ift tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og angivelse av tidsfrist for utredning og behandling. Veilederne er utarbeidet av fagfolk fra de ulike spesialiteter i samarbeid med Helsedirektoratet og Legeforeningen, og er laget med tanke på at veiledertabellene skal kunne dekke 75 – 80 % av henvisningene innenfor et fagområde.

I tillegg til prosjektarbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet re-etablert Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillingen om kvalitet og prioritering i helsetjenesten (Helsedirektoratet 2008)

Oppsummert: Det norske (nasjonalt styrte) prioriteringsarbeidet rettes hovedsaklig mot oppfølging av prioriteringsforskriften, nå konkretisert gjennom prosjektet ”Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten” og mot Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

3.2 Nærmere om prioriteringsforskriften

Pasientrettighetslovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, og prioriteringsforskriften definerer nærmere hvilke rettigheter pasienten har.

Vurderingen av hvilke rettigheter pasienten har er tillagt leger og enkelte andre helsepersonellgrupper.

I prioriteringsforskriftens § 2 er det angitt hvilke kriterier som skal legges til grunn for vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Denne vurderingen gjelder kun for elektive pasienter og ikke for ø-hjelps-pasient som per definisjon har rett til nødvendig helsehjelp. Kriteriene som inngår i forskriften er alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet. Av merknadene til forskriftene fremgår videre at

- vilkåret om alvorlighet er oppfylt dersom utsatt behandling vil føre til redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet
- forventet nytte av helsehjelpen betyr at denne skal være dokumentert effektiv og det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved medisinskfaglig behandling
- det skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi

(Sosial- og helsedirektoratet 2004:53)

Dersom pasienten vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp etter disse kriterier, skal det iht prioriteringsforskriftens § 4 fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet.

Den norske reguleringen pålegger altså norske leger å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten ut fra gitte kriterier. Det er nærliggende å tro at det kreves et relativt bredt kunnskaps- og erfaringsgrunnlag for å foreta disse vurderingene.

4 LEGERES ROLLE I PRIORITERING

*I renhet og fromhet skal jeg leve og utøve min kunst.
I alle de hus hvor jeg går inn, skal formålet med mitt besøk være de sykes vel.
Jeg skal avholde meg fra alle skadelige, uhederlige og umoralske handlinger,
det være seg overfor menn eller kvinner, fribårne eller slaver.
(Utdrag fra Hippokrates legeed, ca 425 f.Kr)*

Jeg vil her angi hovedlinjene i debatten rundt legers rolle i forhold til prioritering, som til en viss grad omdiskutert.

Utgangspunktet for diskusjonen er som det vil fremkomme nedenfor ulike syn på hvorvidt leger skal ta økonomiske hensyn i sine vurderinger eller ta hensyn til andre pasienter i behandlingen av den ene. Argumentene fremsettes gjerne ut fra ulikt syn på hvilke etiske forpliktelser som bør være førende for leger.

Noen debattanter hevder at legens forpliktelse overfor enkeltpasienten er overskyggende, og at legen ikke kan legge vekt på økonomiske hensyn eller hensyn til andre pasienters behov når han fatter beslutninger. Andre hevder at det ikke er moralsk forsvarlig at legen ser bare den enkelte pasienten, - legen må også ta et samfunnsansvar og være med på vurderinger av den samlede ressursfordeling/fordeling av helsetjenester. Det hevdes at dette kan skje både gjennom 'bedside rationing' og gjennom å delta i prioriteringsdebatten på overordnet nivå.

Portvakt og pasientens advokat

I Tidsskrift for den norske legeforening har det vært hevdet at leger verken kan eller bør ha noen rolle i å vurdere ulike pasientgruppers behov opp mot hverandre og at det er politikernes ansvar å vurdere pasienters (samlede) behov opp mot andre formål i samfunnet (Bruun Wyller 2003). Både i Norge og i andre land er det imidlertid vanlig å betrakte leger både som portvakt på samfunnets vegne og som pasientens advokat, se bl a Hurst et al 2005, Carlsen et al 2005, Førde 2004 og Ubel 2001.

Bedside rationing

Ut fra dilemmaet med denne todelte rollen, har Ubel i sin artikkel "Physicians, Thou shalt Ration: the necessary role of bedside rationing in controlling healthcare costs" (Ubel 2001) argumentert for at leger har en sentral rolle i å bistå samfunnet med å begrense kostnadene til

helsetjenester. Han definerer rasjonering av helsetjenester som det som skjer når "the healthcare system, or 'society', allow patients to receive less than the most beneficial healthcare service" (ibid:12-13). Ubels spørsmål som utgangspunkt for artikkelen er hvorvidt det er riktig at deler av rasjoneringen skjer "ved sengen" av legen – altså hvorvidt bedside rationing er en legitim form for rasjonering av helsetjenester (ibid:13). Den tradisjonelle argumentasjonen mot bedside rationing, er at leger aldri skal rasjonere helsetjenestene til sine pasienter, og at slik rasjonering ikke vil være i tråd med legens moralske ansvar for å være pasients advokat, at den vil ødelegge tillitsforholdet mellom lege og pasient og at de ressurser som eventuelt spares gjennom rasjonering ikke nødvendigvis blir benyttet til å bedre tilbudet for andre pasienter (ibid:11). Ubels konklusjonen er imidlertid at rasjonering av helsetjenester er legitimt, og at leger må delta i prioriteringsarbeidet gjennom bedside rationing (ibid:18). Argumentene hans for dette er at rasjonering er nødvendig for å begrense kostnadene og at systemer som ikke inkluderer bedside rationing vil være utilstrekkelige fordi de enten blir for byråkratiske eller at leger vil oppfatte dem som irrelevante (ibid:19). Han understreker videre nødvendigheten av at leger ikke bærer hele rasjoneringsbyrden, men at ulike aktører må ha ulike roller (ibid:18). Han påpeker at leger gjerne ikke er fortrolig med rasjoneringsbegrepet, men at de må innse at de har en avgjørende rolle i arbeidet med å begrense kostnadene til helsetjenester (ibid:21). Videre er han opptatt av at definisjonen av rasjonering og bedside rationing ikke er viktig i seg selv, men bevisstheten rundt de moralske konsekvenser av beslutninger (ibid:20) og bevisstheten rundt de avveininger som må gjøres mellom kostnader og kvalitet (ibid:20). Han hevder som konklusjon at pasienter i mange tilfeller kan klare seg godt med mindre enn "den beste behandling" og at leger må forsone seg med dette samtidig som de må få bekreftelse fra "systemet" på at det er akseptabelt å tilby mindre enn det beste til pasientene for å tjene en høyere hensikt (ibid:10-11).

Leger som del av et større prioriteringsregime

Dilemmaet med å fatte beslutninger som er ufordelaktige for en pasient eller pasientgruppe anerkjennes av Hunter (2007), men han argumenterer likevel i artikkelen "Am I my brother's gatekeeper? Professional ethics and the prioritisation of healthcare" for at legens rolle ikke er inkonsistent med å ta en rolle i prioriteringsarbeidet (Hunter, 2007). Han understreker at legers prioriteringsarbeid må inngå i et større og forsvarlig prioriteringsregime for å være legitimt (ibid 2007:522), og peker på at de ulike nivåene i prioriteringsarbeidet – makro-, meso- og mikronivå – må ha sine roller. Samtidig mener han at leger er i en spesiell situasjon

fordi de både er tett på de som ”rammes” av prioriteringen og på samme tid er i posisjon til å motarbeide prioritering:

doctors have a special role; for the most part, they are in the hard position of interacting with those who are disadvantaged by prioritisation, and they have some capacity to thwart prioritisation through such behaviour as misreporting, or treating despite the regulations (ibid:522).

Hensynet til den ene pasienten – og til de andre

Legers todelte rolle påpekes av Daniels og Sabin (2002), som sier at leger må kunne balansere ulike hensyn og at de må kombinere politiske perspektiver med individperspektiver:

To support priorities and rationing, clinicians must be able to see the policy rationale with the same emotional clarity and immediacy with which they see their individual patient's needs. Proportional advocacy involves a new understanding of professional obligations – it requires physicians to act as advocates for the fair delivery of health to a population, balancing various interests that may compete. (Daniels og Sabin 2002:173 og 174)

Det samme hevdes av Schei et al i artikkelen ”Legen - den enøyde samaritan?” i Tidsskrift for den norske legeforening. Her argumenterer forfatterne, som er knyttet til Filosofisk poliklinikk ved Det medisinske fakultet ved UiB, for at leger må avveie forpliktelsen til enkeltpasienten mot forpliktelsen til de andre enkeltmenneskene som har behov for helsetjenester:

Vi argumenterer for at leger ivaretar idealet om best mulig hjelp til enkeltmennesket ved samtidig å erkjenne en forpliktelse overfor de andre enkeltmenneskene som vår offentlige helsetjenesten har et ansvar for. I hverdagen må den enkelte lege fordele sin tid og de tilgjengelige ressursene mellom alle de pasientene de har omsorg for. Verken på en sykehusavdeling eller i allmennpraksis kan man tenke seg en arbeidssituasjon som tillater ubegrenset omsorg for enkeltpasienter uten at det går ut over andre som samme lege har ansvar for, direkte og indirekte. I virkeligheten må en lege ofte inneha to roller samtidig. Hun ønsker å gjøre det beste for sin pasient som hun møter ansikt til ansikt. Samtidig kan og må hun, dersom ressursene er knappe, anvende sin evne til medfølelse overfor andre pasienter som hun har ansvar for, selv om hun ikke møter dem ansikt til ansikt der og da. (Schei et al 2000)

Samfunnsansvar

Den norske legeforening fremhever legers samfunns- og prioriteringsansvar. I foreningens etiske retningslinjer for leger heter det at leger skal ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi og bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenntiske normer (Den norske legeforening 2002, §12). I rapporten ”lang lang rekke – hvem skal vente og hvem skal få” hvor sentrale utfordringer på prioriteringsområdet blir gjennomgått, omtales legers samfunnsansvar og deltakelse i prioriteringsarbeidet som nødvendig:

Å prioritere er en del av den kliniske hverdagen. Mange leger opplever det belastende å prioritere, men med bakgrunn i sin medisinskfaglige kompetanse, må leger likevel aktivt ta ansvar for prioritering. Leger har ansvar for å bidra til at helsevesenets ressurser utnyttes til beste for både den enkelte pasient og for samfunnet som helhet. (Den norske legeforening 2007:4)

Førde hevder videre i artikkelen ”Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn” at det er mulig å finne et etisk forsvarlig balanse mellom hensynet til enkeltpasienten og hensynet til fellesskapets ressurser (Førde 2004:959). Hun mener at leger nødvendigvis har en rolle i prioriteringsarbeidet gjennom sitt daglige virke:

Som lege kan eg ikkje unngå å gjere prioriteringar. Når eg rekvirerer ei undersøking med lita nytte eller gir ein kostbar og dårleg dokumentert behandling til ein pasient, vil desse ressursane ikkje kunne brukast for å hjelpe ein annan pasient betre. (ibid:959)

Førde mener også at leger må delta i prioriteringsarbeidet med et mer overordnet blikk:

Legane er fagfolk og bør derfor vere sentrale også i det overordna prioriteringsarbeidet. Dette krev vitskapleg innsikt, opne verdidiskusjonar og evne til å sjå medisinen og pasientpopulasjonen i eit større perspektiv, utover egne faginteresser. (ibid:959).

Prioritering i løpende arbeid

Legerforeningens rapport peker også på at det gjøres prioriteringer løpende i den kliniske hverdagen og at leger må være bevisste på de ressursmessige konsekvenser av sine beslutninger:

Prioriteringer gjøres fortløpende i den kliniske hverdagen. Det er likevel behov for økt bevissthet om grunnlaget for og konsekvenser av prioriteringer, og omkring legers rolle og holdninger. Ved valg av hvem som skal få tilbud om helsetjeneste og med hensyn til omfang av undersøkelser, behandlingstiltak og oppfølging, forvalter leger et stort prioriteringsansvar. Å ikke være ressursbevisst kan sies å være uetisk, fordi det bidrar til at færre trengende pasienter får adekvat behandling. ... For å ivareta sitt samfunnsansvar, er det nødvendig at leger har et kritisk blikk på etablert praksis med sikte på å eliminere tiltak som er mindre nyttig: unyttige prøver og unødvendige kontroller og utredninger, forskrivning av medikamenter med liten effekt, dårlig organisering og samhandling med påfølgende dobbeltarbeid mv. (ibid:13-14)

Administrative gatekeeping

I sin artikkel ”Administrative gatekeeping – a third way between unrestricted patient advocacy and bedside rationing” argumenterer Lauridsen (Lauridsen 2009) for det han mener er en mellomposisjon mellom at leger på den ene siden ikke deltar i prioriteringsarbeidet og at de på den andre siden utfører bedside rationing. Han hevder, at gjennom at rasjoneringsbeslutninger fattes på et høyere nivå, kan leger delta i prioriteringsarbeidet gjennom å være lojale til disse beslutningene men uten selv å inkludere kostnadsvurderinger i

sine kliniske beslutninger. På denne måten hevder han at leger både kan delta i rasjoneringsarbeidet og samtidig genuint være advokat for sine pasienter:

The professional ethics of physicians are therefore best described in the administrative gatekeeping approach. Physicians should be required by their professional ethics to enact fair rules of rationing passed at higher organizational levels within the healthcare system. (Lauridsen 2009:320)

Nasjonal strategigruppe

Nasjonal strategigruppe for prioritering (2006) som ble nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og besto av representanter fra alle de regionale helseforetakene, pekte som utgangspunkt for sitt arbeid på skillet mellom åpne intenderte prioriteringsbeslutninger på den ene siden og de mange diskrete beslutninger som har prioriteringskonsekvenser men som ikke er fattet med prioritering som intensjon på den andre siden (ibid:4). Gruppen hevder at de viktigste prioriteringskonsekvenser i norsk helsetjeneste kan avledes av beslutninger som primært *ikke* er gjort med prioritering for øye, og at det vil være et viktig fokus for fremtidig prioriteringsarbeid å anspore aktørene til økt bevissthet på prioriteringskonsekvenser av egne beslutninger:

De viktigste prioriteringskonsekvenser i norsk helsetjeneste kan avledes av beslutninger som ikke primært er gjort med prioritering for øye. Derfor ville den mest fruktbare innfallsvinkel være å anspore relevante aktører på alle nivåer til å fokusere mer bevisst på prioriteringskonsekvenser av egne beslutninger. I det følgende legges det derfor opp til en perspektivforskyvning, der de mer overordnede, teoretiske og abstrakte utredninger og resonnementer delvis erstattes med, men først og fremst suppleres av, mer pragmatiske tilnæringsmåter. Vi skal fortsatt la oss inspirere av de viktige ideene og resonnementene som er nedfelt i de to Lønning-utvalgene, men samtidig rette større oppmerksomhet mot de mange beslutningspunkter i vår helsetjeneste som inngår i beslutninger med store prioriteringskonsekvenser (ibid:10)

Videre hevder gruppen at prioriteringsarbeidet fremover må innebære en sterkere forankring i helseforetakene og en tydeligere ansvarliggjøring av fagmiljøene (ibid:13).

Oppsummering

Ut fra ulike synspunkter på hva som er eller skal være legers etiske forpliktelse, diskuteres det hvilken rolle leger skal ha i prioriteringsarbeidet. Temaet drøftes bl a rundt spørsmålene om hvorvidt leger skal kunne ta kostnadshensyn inn i sine kliniske vurderinger, hvorvidt legen skal kunne ta hensyn til andre pasienter enn den han har foran seg akkurat nå og hvorvidt legen skal kunne delta aktivt i samfunnets arbeid med ressursfordeling.

5 FORELIGGENDE KUNNSKAP

Jeg vil her la fem større og mindre undersøkelser gi et bilde av foreliggende kunnskap om leger og prioriteringsarbeidet.

Kompleksitet og lite rettferdighetsvurdering

Hurst et al (2005) har gjennom en større spørreundersøkelse kartlagt hvordan legespesialister i USA møter og løser de etiske utfordringer som oppstår som følge av begrenset ressurstilgang og tiltak for kostnadskontroll (ibid:639). Studien er en av de første som utforsker rapporterte strategier fra leger i aktuelle allokeringssituasjoner (ibid:643). Undersøkelsen viser for det første at leger opplever situasjonene mer komplekse enn det normativ litteratur om rasjonering av helsetjenester beskriver (ibid:639), både fordi de ofte innebærer forhandlinger med pasienter og pårørende og fordi valgene er mange i den enkelte situasjon (ibid:643). Dernest viser undersøkelsen at vurderinger ift rettferdig fordeling av ressurser sjelden inngår i begrunnelsene for beslutninger, og forfatterens kommentar er at slike vurderinger vil være sentrale for det videre prioriteringsarbeidet:

.. reasoning about justice in health care seems to play only a small part in clinical decision making about resource allocation. Bridging this gap could be an important step in grounding the debate and fostering fair allocation of resources in difficult cases (ibid:643-644)

Kostnadshensyn: ja. Holde tilbake potensielt nyttig behandling: kanskje ikke

I en metastudie av hvordan leger forholder seg til prioritering, basert på 15 underliggende studier i 8 forskjellige land, fremgår det at andelen respondenter som er villig til å akseptere rasjonering/prioritering varierer fra 9% til 94%, og artikkelforfatterne omtaler dette som motstridende funn (Strech 2009:113). Artikkelen oppsummerer likevel diskusjonen med at leger ser ut til være villige til å ta kostnadsbetraktninger inn i sine vurderinger, men at de er mer motvillige til å delta i prioriteringsarbeidet dersom dette innebærer å holde tilbake nyttig behandling fra sine pasienter:

Altogether, physicians apparently are quite willing to consider costs in clinical decisions. However, they seem to be reluctant to engage in rationing if this involves withholding beneficial treatment from their patients. With regard to the scarcity of health care resources physicians acknowledge that they no longer can ignore the cost impact of their decisions, but they would prefer measures that increase efficiency rather than withhold beneficial care (i.e. ration) (ibid:121)

Deltakelse heller enn administrativ styring

I en større spørreundersøkelse i fire europeiske land om hvordan leger forholder seg bl a til kostnadsreducerende tiltak (Hurst et al 2007), viser resultatene at leger aksepterer kostnadsreducerende tiltak og er villig til å bidra til kostnadsreduksjoner, heller enn å måtte forholde seg til prioriteringsbeslutninger fattet på et administrativt nivå.

Kvalitet mer enn rettferdighet

I en undersøkelse av hvordan ledere, klinikere, etiske komiteer og pasienter beskriver etiske utfordringer, gjennomført innen Veterans Administration Healthcare-systemet (Foglia et al 2009), fremkommer det at både ledere og klinikere oppfatter ressursallokering som sin største etiske utfordring. Lederne er ut fra dette perspektivet mest opptatt av rettferdigheten i fordeling og legene er mest opptatt av kvalitet i pasientbehandlingen.

Vanskelig å si nei

I en norsk undersøkelse har Carlsen (2005) undersøkt hvordan fastleger opplever det å prioritere i praksis. I artikkelen "Saying no is no easy matter" oppsummerer hun at det å si nei ansikt til ansikt med pasienten oppfattes som svært vanskelig og i konflikt med andre viktige målsettinger for legen:

the central finding was that when the physicians discuss why rationing can be difficult, they emphasize that saying no in face to face relations often is felt uncomfortable and in conflict with other important objectives. (Carlsen et al 2005:69)

Oppsummering

Samlet tegner dette utvalget av resultater et bilde av at situasjonene oppfattes som komplekse og vanskelige. Rettferdighets- og fordelingsbetraktninger ser ikke ut til å være fremtredende i legers beslutninger, mens kvalitet i pasientbehandlingen når ressursene er knappe er et bekymringsområde. Leger er villige til å ta inn kostnadsbetraktninger i sine vurderinger, men er motvillige til å holde tilbake potensielt nyttig behandling fra pasientene. Og legene vil heller delta i prioriteringsarbeidet selv enn å forholde seg til administrative føringer.

DEL III REFERANSERAMME

for når man er en bjørn med bare liten forstand, og man tenker på ting, så er det ofte tingen kjennes mye lurere ut når den er inni deg enn når den kommer ut og andre kan se på den (ole brumm)

6 REFERANSERAMME

I dette kapitlet skal jeg vise det tankemønster som min studie bygger på. Jeg vil her anvende elementer som er hentet i og inspirert fra den kontekst som er skissert i kapitlene 2 – 5. Jeg vil først angi min forståelse av de ulike aktører i prioriteringsarbeidet, deretter av prioritering på mikronivå og beslutninger med prioriteringskonsekvenser, og så av det kliniske, etiske og økonomiske perspektiv. Til slutt vil jeg avklare nærmere de ulike deler av problemstillingen.

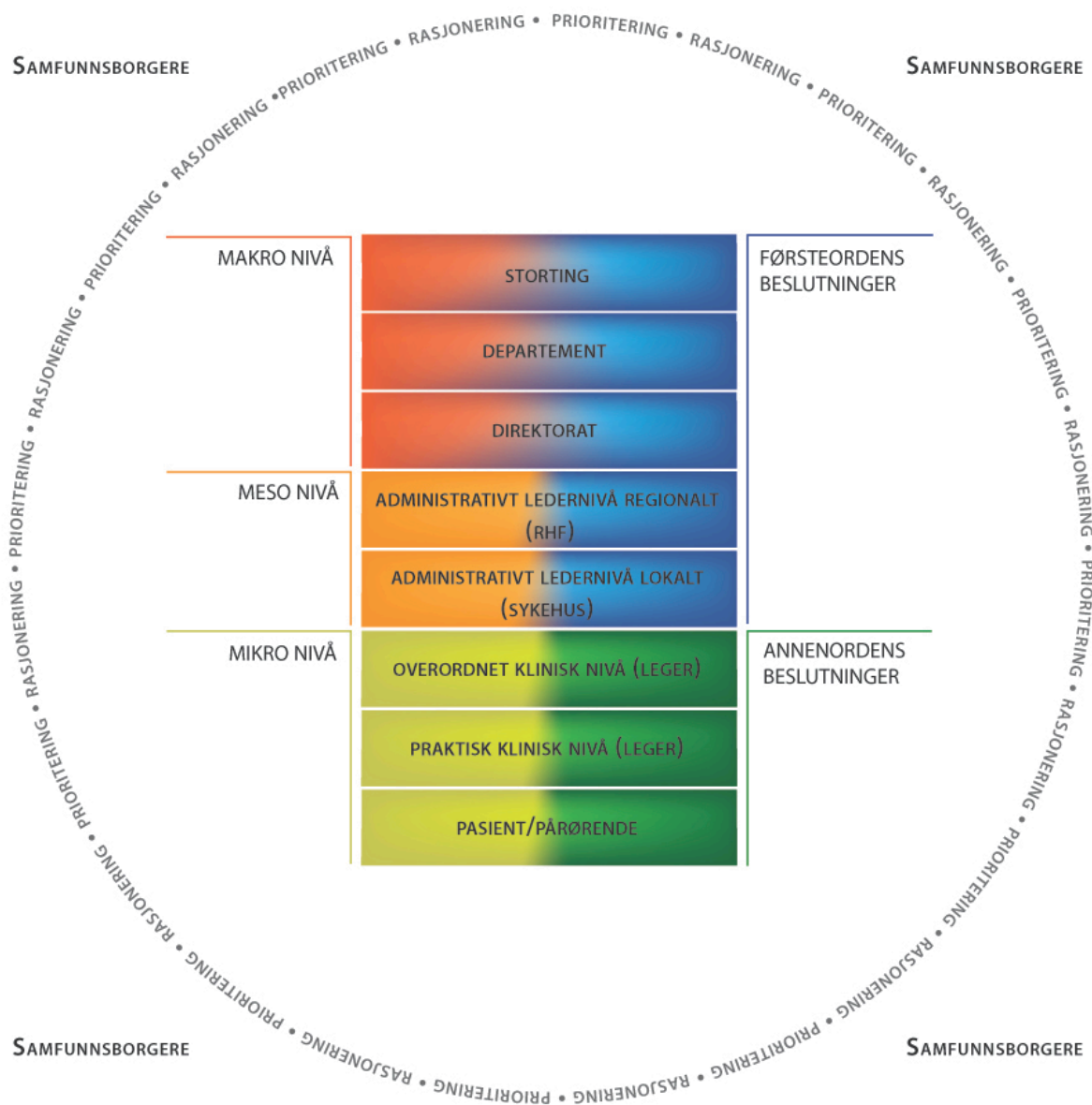
6.1 Aktører i det norske prioriteringsarbeidet

Ulike nivåer i prioriteringsarbeidet kan betegnes som makro, meso og mikro (se bl a Hunter 2007). Forenklet kan vi si at aktørene (beslutningstakerne) i det norske prioriteringsarbeidet er politikere, klinikere, administrative ledere og pasienter/pårørende. Reelt sett er bildet mer komplisert fordi vi har politikere på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, ulike nasjonale myndighetsorganer, administrativt personell på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, klinikere på ulike nivå i sykehusene, brukermedvirkning på ulike nivå osv. Jeg velger å definere følgende aktører i det norske prioriteringsarbeidet:

- pasient/pårørende
- leger på praktisk klinisk nivå³
- leger på overordnet klinisk nivå³
- administrativt ledernivå på sykehus
- administrativt ledernivå regionalt (RHF)
- direktorat nasjonalt nivå
- departement nasjonalt nivå
- politikere nasjonalt nivå (Storting)

³ Iht Helsepersonellovens § 4 er det legen som skal ta de medisinske beslutninger om undersøkelse og behandling av enkeltpasienter. Jeg velger derfor å forstå at det er leger som utgjør klinisk nivå i prioriteringsarbeidet.

Jeg vil på grunnlag av dette illustrere aktører og nivåer i prioriteringsarbeidet som i figur 1. Figuren kan ikke forstås som å beskrive en prosess eller et hierarki for prioriteringsbeslutninger.



Figur 1: Aktører og nivåer i prioriteringsarbeidet

6.2 Prioritering på mikronivå

I tråd med bl a Norheim (2008) og Førde (2004), forstår jeg at prioritering er en del av daglig klinisk praksis og at leger løpende fatter en rekke beslutninger med prioriteringskonsekvenser.

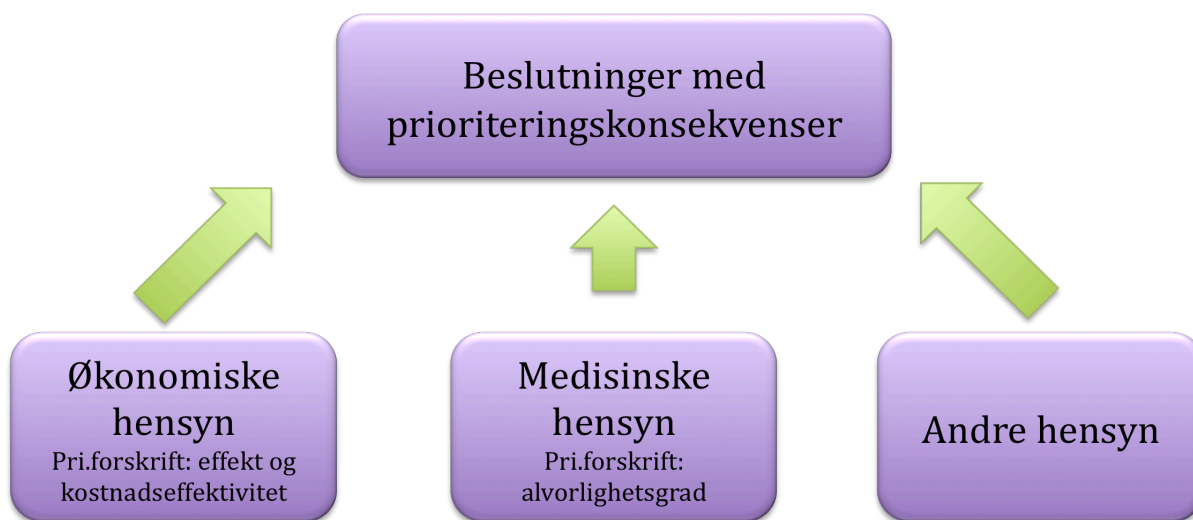
Jeg vil forstå prioritering på mikronivå som at leger i sykehus fatter beslutninger med prioriteringskonsekvenser. Beslutninger med prioriteringskonsekvenser blir nærmere definert i eget avsnitt nedenfor. Mikronivå i forhold til øvrige nivåer er angitt i Figur 1 ovenfor. Fordi det iht Helsepersonellovens § 4 er legen som skal ta de medisinske beslutninger om undersøkelse og behandling av enkeltpasienter, velger jeg å forstå at det er leger som fatter beslutninger med prioriteringskonsekvenser på mikronivå.

Jeg legger videre til grunn at ulike hensyn kan tillegges vekt når det fattes prioriteringsbeslutninger. Uten å si noe om forholdet mellom dem, vil jeg gruppere hensyn som antas å kunne bli tillagt vekt som medisinske hensyn, økonomiske hensyn og andre hensyn. Når det ikke er en egen boks som heter ”etiske hensyn”, skyldes det at jeg velger å anse etiske hensyn som en implisitt del av å avveie de andre hensyn mot hverandre, altså som en underliggende etisk argumentasjon for avveining mellom ulike hensyn.

Prioriteringsforskriften angir tre kriterier som leger skal benytte når de vurderer om pasienter har rett til nødvendig helsehjelp. Disse kriteriene betegnes her dels som medisinske hensyn (alvorlighet) og dels som økonomiske hensyn (effekt, kostnadseffektivitet).

Jeg forstår videre at leger kan opptre både som *behandler* med *enkeltpasienten* i fokus og som *planlegger* med *pasientgruppen* (faglig standard) i fokus. Dette forstår jeg som å tilsvare hhv *praktisk klinisk* og *overordnet klinisk nivå* slik det med referanse til Feiring (2004) fremkommer i figur 1.

Denne forståelsen av prioritering på mikronivå kan illustreres i følgende figur:



Figur 2: Prioritering på mikronivå

6.3 Beslutninger med prioriteringskonsekvenser

Beslutninger med prioriteringskonsekvenser defineres ut fra følgende elementer:

Første og annenordensbeslutninger

Basert på terminologi fra Calbresi og Bobitts ”Tragic choices” (1978) skilles det i litteraturen mellom to ulike typer beslutning i prioriteringssammenheng: førsteordensbeslutninger som er politiske beslutninger om hvor mye ressurser som skal tildeles helsetjenesten (kapasitet) og annenordensbeslutninger som er kliniske beslutninger om hvilke pasienter som skal tilbys behandling og hvilken behandling de skal tilbys (se bl a Norheim 2005:64). Grovt sett kan vi altså si at førsteordensbeslutninger bestemmer hvor mye ressurser som stilles til rådighet mens annenordensbeslutninger bestemmer hvordan de tildelte ressurser benyttes.

Jeg vil her forstå at førsteordensbeslutninger fattes på makro- og mesonivå mens annenordensbeslutninger fattes på mikronivå. I tråd med Feiring forstår jeg videre at annenordensbeslutninger fattet på overordnet klinisk nivå er beslutninger om valg av faglig standard på gruppenivå, mens annenordensbeslutninger på praktisk klinisk nivå er beslutninger om enkeltpasienter (Feiring 2004:19) (jfr også figur 1 i kapittel 6).

Tildeling og utmåling

Prioriteringsbeslutninger på mikronivå kan som det fremkommer ovenfor forstås som annenordensbeslutninger, eller beslutninger om hvilke pasienter som skal tilbys behandling og hvilken behandling de skal tilbys. Jeg velger å betegne beslutninger om hvilke pasienter som skal tilbys behandling (og når behandlingen skal gis) som *tildeling* av helsetjenester, mens beslutninger om hvilken behandling de skal tilbys betegnes som *utmåling* av helsetjenester.

Rasjonering og prioritering

I den internasjonale litteraturen benyttes både begrepet rasjonering og prioritering, og i følge Strech finnes det ikke en universelt akseptert definisjon av ”rationing” (Strech 2009:119). I Norge benyttes primært prioriteringsbegrepet, og jeg velger her å forstå rasjonering og prioritering som synonymer.

Åpne intenderte beslutninger og diskrete beslutninger med prioriteringskonsekvenser

Nasjonal strategigruppe for prioritering (Nasjonal Strategigruppe 2006) skiller mellom åpne intenderte prioriteringsbeslutninger på den ene siden og de mange diskrete beslutninger som

har prioriteringskonsekvenser men som ikke er fattet med prioritering som intensjon på den andre siden. Jeg velger her å forstå prioriteringsbeslutninger som både åpne intenderte prioriteringsbeslutninger og diskrete beslutninger med prioriteringskonsekvenser.

Mindre enn det aller beste helsetjenestetilbud

Norheim (2005) betegner prioritering som at potensielt nyttig behandling holdes tilbake fra pasienter eller pasientgrupper, - at de må vente lenger, betale høyere egenandel eller at kvaliteten uttynnes:

Prioritering handler om at enkeltpasienter eller grupper blir nektet potensielt nyttig diagnostikk eller behandling, eller mindre radikalt at enkelte grupper må vente lengre, at de må betale høyere egenandeler eller at kvaliteten på tjenestene blir uttynnet (Norheim 2005:73)

Dette kan relateres til Peter Ubels definisjon om at samfunnet når det prioriterer tillater at pasienter mottar mindre enn det aller beste helsetjenestetilbud: Healthcare rationing occurs whenever the healthcare system, or 'society', allows patients to receive less than the most beneficial healthcare service (Ubel 2001:12-13)

Jeg velger her å forstå prioriteringsbeslutninger som beslutninger som tillater at pasienter ikke får "den aller beste" helsetjeneste i den aktuelle situasjon.

Definisjon

Beslutninger med prioriteringskonsekvenser er beslutninger om tildeling og utmåling av helsetjenester på gruppe- og individnivå, og denne beslutningen kan innebære at pasienter ikke får den aller beste helsetjeneste i den aktuelle situasjon. Beslutningene kan være enten åpne intenderte prioriteringsbeslutninger eller diskrete beslutninger med prioriteringskonsekvenser.

6.4 Klinisk, etisk og økonomisk perspektiv på prioriteringsarbeidet på mikronivå

BMJ-artiklene som er referert i kapittel 2 anla et klinisk, etisk og økonomisk perspektiv på prioriteringsdebatten. Jeg velger for det første å forstå statusbeskrivelsen i disse artiklene som utfordringer for det norske prioriteringsarbeidet og for det andre å anse disse perspektivene som relevante også for prioritering på mikronivå. Jeg vil her angi min forståelse av klinisk, etisk og økonomisk perspektiv på prioriteringsarbeidet på mikronivå.

6.4.1 Det kliniske perspektiv – rolleforståelse og begrunnelser

Det diskuteres som vi så i kapittel 4 hvorvidt leger kan eller skal ta økonomiske hensyn eller fordelingshensyn i forhold til andre pasienter når de fatter kliniske beslutninger. I BMJ-artikkelen om det kliniske perspektiv i prioritering, rettes også oppmerksomheten mot klinikerens rolle. Jeg velger ut fra disse to innfallsvinklene å betegne legers rolleforståelse og hvilke hensyn som tillegges vekt i deres beslutninger, som det *kliniske perspektiv* i prioriteringsarbeid på mikronivå. Rolleforståelse antas ut fra dette å ha betydning for beslutningene fordi den kan innvirke på hvilke hensyn som tillegges vekt.

6.4.2 Det etiske perspektiv - ansvar for rimelige begrunnelser

I A4R rettes oppmerksomheten blant annet mot beslutningstakernes ansvar for å gi åpne og relevante begrunnelser for sine beslutninger. På norsk betegnes A4R som ansvar for rimelige begrunnelser. Jeg velger å betegne ansvar for rimelige begrunnelser som det etiske perspektiv i prioriteringsarbeid på mikronivå.

I den internasjonale prioriteringsdebatten legges det slik det er redegjort for i kapittel 2 til grunn at det ikke finnes ett svar på hva som er ”riktig” avveining av ulike hensyn i en gitt situasjon. Det kan også sies å råde en oppfatning av at det ofte vil være uenighet om hva som er riktige prioriteringsbeslutninger og om hva som er relevante begrunnelser i prioriteringsbeslutninger, blant annet ut fra uforenlige verdikonflikter i helseprioriteringer. Jeg legger denne forståelsen til grunn for prioritering på mikronivå.

Ut fra min tolkning av A4R, velger jeg å anse løpende diskurs mellom aktørene som forvalter kompetanse og innsikt som sentralt for (over tid) å oppnå en omforent forståelse av hva som er rimelige og rettferdige beslutninger. Inspirert av Norman Daniels anser jeg den løpende diskursen mellom beslutningstakere som et premiss for over tid å oppnå mest mulig rettferdig fordeling av helsetjenester innen gitte økonomiske rammer. Daniels hevder at ”The social learning that this approach facilitates provides our best prospect for achieving agreement over sharing medical resources fairly” (Daniels 2000:1301).

Min forståelse av løpende diskurs rundt begrunnelse for beslutninger er at aktuelle beslutningstakere diskuterer seg frem til hva som er den beste løsning i den aktuelle situasjon, at målsettingen er at fellesskapet skal komme frem til en ”felles vilje” og at den enkelte beslutningstaker antas å kunne la seg overbevise av det bedre argument slik at det er mulig å komme til enighet selv om utgangspunktet er ulikt (jfr Habermas 1999, Johansen 1997).

Denne forståelsen må sees i sammenheng med den *kompetanse og innsikt* som særskilt forvaltes av leger og som slik jeg ser det ikke kan erstattes av andre.

6.4.3 Det økonomiske perspektivet – kostnadshensyn og absolutte økonomiske rammer

Jeg vil betegne ulike former for økonomiske hensyn som *det økonomiske perspektiv* i prioriteringsarbeidet på mikronivå. I forståelsen av dette perspektivet vil jeg inkludere begreper fra prioriteringsforskriften (jfr kap 3) og fra det økonomiske perspektivet i BMJ-artikkelen (jfr kapittel 2).

Fra prioriteringsforskriften inkluderes begrepet *kostnadseffektivitet* som er ett av kriteriene for vurdering av nødvendig helsehjelp, og som betyr å foreta en rimelighetsbetraktning av forholdet mellom kostnader og forventet effekt av tiltaket. Jeg vil omtale dette også som *kostnadshensyn*.

Fra BMJ-artikkelen vil jeg utlede begrepet *absolutte økonomiske rammer*. Bakgrunnen for dette er at Donaldson et al peker på behovet for bevissthet om at ressursene er knappe og at de knappe ressursene må styres. Jeg velger å betegne knappe ressurser også som absolutte økonomiske rammer.

Jeg velger å forstå økonomiske hensyn kun fra en kostnadsside, og legger til grunn at dette perspektiv uansett ikke skal omfatte vurderinger på inntektssiden knyttet til f eks ISF-refusjon.

6.5 Nærmere om problemstilling og dens forhold til referanserammen

Problemstillingen for studien er formulert som følger: Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner? Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

Slik det kliniske perspektiv er definert ovenfor, fremkommer problemstillingen som en studie av dette perspektivet. Jeg undersøker altså fenomener i det kliniske perspektiv og vil drøfte resultater av undersøkelsen opp mot det etiske og det økonomiske perspektiv.

Både rolleforståelse og begrunnelser handler om hvilke hensyn som tillegges vekt i beslutninger. I forhold til figur 2 ovenfor, vil derfor problemstillingen primært undersøke hvordan medisinske hensyn, økonomiske hensyn og andre hensyn påvirker de beslutninger med prioriteringskonsekvenser som blir fattet av leger på mikronivå. De to delene av problemstillingen undersøker altså noe av det samme, men fra ulike innfallsvinkler og med

ulik vektlegging. Det kan således være overlapping mellom resultater i forhold til de to delene av problemstillingen.

Forskningsspørsmålene i kapittel 1 er formulert for å belyse problemstillingen fra ulike innfallsvinkler, og er delvis inspirert av konteksten slik den er skissert i kapittel 1 - 5.

Avgrensninger

Følgende faller utenfor rammen av min oppgave:

- å drøfte nærmere hvilke beslutninger som skal fattes på de ulike nivåer i den norske helsetjenesten
- å undersøke eller drøfte eksplisitt hvilke etiske perspektiver (forstått som uttrykk for ulike etiske teorier eller ulike oppfatninger av rettferdighetsbegrepet) som kommer til uttrykk i de ulike rolleforståelser eller de ulike begrunnelser for beslutning
- å undersøke hvilke andre faktorer enn rolleforståelse som kan påvirke legers avveining av ulike hensyn

Før jeg presenterer resultatene fra undersøkelsen, skal jeg beskrive den metodiske tilnærming som er valgt.

DEL IV METODE OG RESULTATER

*Kom ikkje med heile sanningi,
kom ikkje med havet for min tørste,
kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs,
men kom med ein glimt, ei dogg, eit fjom,
slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget
og vinden eit korn av salt.
(Olav H Hauge)*

7 METODE

7.1 Forforståelse

Jeg har inntil nylig arbeidet i sykehus hvorav de siste åtte som økonomisjef. Der har jeg samarbeidet tett med alle ledernivåer i sykehuset om planlegging og rapportering av driften, og til en viss grad hatt kontakt med de kliniske miljøer. En viktig del av arbeidet har vært å delta i det overordnede planleggingsarbeidet, herunder fordelingen av økonomiske rammer til de ulike avdelinger i sykehuset. Fremleggelse av saker om budsjett, regnskap og øvrig rapportering i styret, og forhandlinger med oppdragsgiver om sykehusets oppgaver og økonomiske rammer var en del av mine arbeidsoppgaver. Min samlede erfaring vil nødvendigvis sterkt prege tilnærmingen min i denne utredningen.

Hvordan skape en rettferdig fordeling innen økonomiske rammer? Dette har vært et tema jeg har levd tett på og vært sterkt engasjert i. Denne bakgrunnen vil farge det jeg ser og det jeg overser, mine tolkninger og derfor også mine konklusjoner. Min ambisjon er å møte mitt datamaterialet med innsikt og innlevelse, men også med sterk vilje til å reflektere over det jeg ser, altså en viss distanse. Slik sett vil jeg påberope meg både nærhet og avstand i forhold til mitt datamateriale.

7.2 Valg av metodisk tilnærming

Ut fra problemstillingen vil jeg beskrive min studie som åpen, utforskende og beskrivende. Jeg har derfor valgt et intensivt design og en kvalitativ tilnærming. Målsettingen er å danne seg et forholdsvis helhetlig bilde av sykehuslegers rolleforståelse og begrunnelser for å kunne beskrive på en nyansert og fruktbar måte deres oppfatninger og vurderinger. Et intensivt design med en kvalitativ tilnærming peker seg ut som en fruktbar vei. Valget om å basere meg

på kvalitative data skyldes ikke en forkjærlighet for visse typer data, men gjøres ut fra et strategisk valg. Som George Homans (1950) skriver

Data is not nobler because they are quantitative... Lord Nelson, greatest of all admirals, after explaining to his ship captains the plan of attack he intended to use at the battle of Trafalgar, went on to say, 'No Captain can do very wrong who places his ship alongside that of an enemy.' In the same way, no one who studies a group will go far wrong if he gets close to it, and by whatever methods are available, observes all that he can.... (Homans 1950:22)

7.3 Valg av datainnsamlingsmetoder

For å besvare problemstillingen har jeg gjennomført dokumentanalyse, litteraturstudie og intervjuundersøkelse. Dokumentanalyse og litteraturstudie er benyttet for å kontekstualisere studien. Dokumentanalysen har fokusert hovedtrekkene i det norske (nasjonale) prioriteringsarbeidet og litteraturstudien har undersøkt a) hovedtrekkene i den internasjonale prioriteringsdebatten, b) debatten om legers rolle i prioriteringsarbeidet og c) foreliggende kunnskap om leger i prioriteringsarbeidet.

I dokumentanalysen har jeg gjennomgått offentlige dokumenter og Helsedirektoratets nettbaserte informasjon frem til 2009. I litteraturstudien har jeg gjennomgått såvel norske som internasjonale tekster frem til 2009. Utvalget er primært foretatt med utgangspunkt i artikler i British Medical Journal som er tilgjengelige elektronisk, og jeg har brukt referansene i disse til å lete meg frem til teori og nye artikler. Gjennom dette har jeg søkt å danne meg et tilstrekkelig bilde av de diskusjoner og resultater som kan relateres til mine forskningsspørsmål. Jeg har også fått anbefalinger på relevant litteratur fra forskere i feltet.

Litteratursøket startet før problemstillingen for studien var avklart og kan sies å ha spilt en rolle for å begrunne min etter hvert spissere problemstilling. Utvalget av litteratur er i utgangspunktet preget av min forforståelse og nysgjerrighet om temaet. Jeg har etter beste evne søkt å "krysspeile" ulike deler av litteraturen mot hverandre. Det er selvfølgelig en mulighet for at relevant litteratur ikke er inkludert i mitt utvalg (som for eksempel Daniels' bok *Just Health* fra 2008). Så langt jeg kan vurdere dette er mitt litteraturvalg dekkende for det som er av primær relevans for min studie. De teoretiske deler av litteraturen har jeg tolket "i enerom" og ut fra min forforståelse, og jeg har ikke gjennomført en systematisk og kritisk drøfting av min tolkning. Her foreligger selvfølgelig en risiko for at jeg kan ha feiltolket elementer i teorien.

Intervjuundersøkelsen omtales og vurderes nærmere i egne avsnitt nedenfor.

7.4 Valg av studieenhet

Problemstillingen spør etter sykehuslegers opplevelse og vurderinger i prioriteringssituasjoner og prioriteringsbeslutninger. Da jeg ikke fant litteratur som beskrev mine fenomen, valgte jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse med sykehusleger som respondenter. Undersøkelsen er gjennomført som åpne, semistrukturerte samtaler. I det følgende vil jeg begrunne valget av respondenter og den valgte kontekst de arbeider innenfor.

Mine case er 8 sykehusleger. De befinner seg innenfor et og samme sykehus som fellesarena. Verken respondentene eller deres felles arena er trukket tilfeldig ut av et sampel, og kan derfor ikke sies å være statistisk representative for en populasjon. Imidlertid er det viktig å spesifisere de kjennetegn som karakteriserer mine valgte respondenter og den arene som de befinner seg innenfor. Ved å gjøre det kan vi få gitt en karakteristikk av respondentene og av den spesielle organisasjon/institusjon de var en del av. Gitt disse karakteristika kan man ha et visst grunnlag for å generalisere resultatene. Basert på mine utvalgsriterier vil jeg gjøre følgende kategoriseringer av de utvalgte sykehusleger og deres arena (sykehuset):

- overleger
- minimum 4 års erfaring som overlege
- som profesjonsutøvere minst 6 års postgymnasial utdanning pluss spesialistutdanning og hyppig etterutdanning
- mange felles arenaer/møteplasser med andre leger og sykehusleger (profesjonelle samlinger etc)
- forholdsvis homogene informasjonsomgivelser (tidsskrift, fagforening, spesialistforeninger mv)
- middels stort sykehus
- til dels turbulente omgivelser (stadige budsjettunderskudd og omorganiseringer i sykehusverdenen)

Så litt nærmere om utvalget: Antallet på åtte leger ble valgt ut fra avveien mellom ressursbruk og relevans, dvs mellom på den ene siden å få et tilstrekkelig datagrunnlag og på den andre siden å ha kapasitet til å gjennomføre intervjuer og analysere data – innenfor de begrensede rammer av min studie.

Ved utvalg av respondenter la jeg vekt på å få til mest mulig bredde. Utvalget mitt består således av fire menn og fire kvinner med spesialisering innen revmatologi, kirurgi,

psykiatri og indremedisin. Dette er spesialiteter med ulike andeler ø-hjelp og elektiv virksomhet. Respondentene er i alderen 45 – 67 år og har 4 – 30 års erfaring som overlege. De arbeider nå i et middels stort norsk sykehus⁴. Fire respondenter har det jeg vil betegne som overordnet klinisk ansvar mens fire har praktisk klinisk ansvar⁵. Begge kjønn er representert i hver av disse gruppene. Noen respondenter arbeider kun i poliklinikk mens andre arbeider både i poliklinikk og på sengepost. I utvelgelsen la jeg ikke vekt på om respondentene har budsjettansvar, men dette viste seg etter hvert å få betydning. Tre av respondentene har budsjettansvar i sin nåværende funksjon, to andre har hatt det i tidligere funksjoner.

Jeg innhentet muntlig samtykke fra adm.direktør til å foreta intervjuer i sykehuset. Videre innhentet jeg samtykke fra avdelingssjefene til å kontakte navngitte respondenter. Jeg sendte en henvendelse til aktuelle respondenter pr e-post (se vedlegg 1). Jeg fikk rask og positiv respons fra alle og avtalene var på plass i løpet av få dager.

Det viktige for meg med intervjuene var å avdekke den enkeltes tanker, oppfatninger, vurderinger og refleksjoner rundt de aktuelle tema. Dette tilsvarer en fenomenologisk tenkemåte som er opptatt av å forstå, medoppleve og tolke et annet menneskes subjektive verden:

”En fenomenologisk tilnærming/orientering tilsier at en persons bilder av verden ikke først og fremst skal sammenlignes med en objektiv virkelighet. Det enkelte menneskes realitet må tas som en gyldig konstruksjon som både er meningsfull og betydningsfull for mennesket selv” (Ims 1987:94)

Jeg anser at den enkelte leges oppfatninger som en gyldig konstruksjon som egnet til å kaste lys over sentrale elementer i legers forhold til rolleforståelse og begrunnelser.

7.5 Nærmere om intervjuundersøkelsen

Intervjuguide og form på intervjuene

Ut fra tema som jeg ut fra dokumentanalyse, litteraturstudie og forforståelse vurderte som relevante for prioriteringsarbeidet på mikronivå, utformet jeg et intervjuguide som utgangspunkt for samtalene (vedlegg 2). Samtidig var det en målsetting å få frem respondentenes selvstendige refleksjoner rundt prioriteringsarbeidet og ikke begrense det til tema angitt i guiden. Jeg valgte derfor å gjennomføre intervjuene i to deler, hvor den første

⁴ Sykehuset har omlag 1.300 årsverk og et årlig budsjett på 1,2 mrd kroner

⁵ Det kan her diskuteres om ikke overleger per definisjon har et overordnet klinisk ansvar. Jeg velger likevel å differensiere også denne gruppen ut fra formelt (faglig) ansvar i organisasjonen.

skulle være mest mulig åpen mens den neste skulle omhandle sentrale punkter fra guiden. Respondentene ble innledningsvis bedt om å ” snakke til meg om prioritering” uten at prioriteringsbegrepet ble definert fra min side. I andre halvdel av intervjuet la jeg så opp til å sjekke ut de tema som inngikk i intervjuguiden dersom de ikke allerede var omtalt. Ikke alle spørsmålene i intervjuguiden ble benyttet og spørsmålene ble heller ikke berørt i like stor grad i de ulike samtalen fordi jeg valgte å tilpasse vektleggingen etter energien og engasjementet i samtalen.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene er gjennomført i perioden 13. – 22. januar 2010. Respondentene valgte selv om jeg skulle komme til deres arbeidsplass, eller om jeg skulle finne et egnet sted. Samtalene ble gjennomført på dagtid, på tidspunkt foreslått av respondentene selv. Samtalene varte som hovedregel i en time.

Jeg ba innledningsvis om å få gjøre opptak av samtalen. Dette ble akseptert av alle respondentene, og jeg spilte via min MacBookPro maskin med ekstern mikrofon inn samtalen som Voice i programmet GarageBand.

Jeg informerte om at bruk av intervjuene ville bli anonymisert, uten at respondentene la veldig vekt på dette. Flere uttalte at de ikke kom til å si noe her de ikke kan stå for i andre sammenhenger.

Flere av respondentene uttrykte glede over å få snakke rundt dette temaet, og de brukte beskrivelser som gøy, moro, spennende, viktig og interessant. Intervjuene ble gjennomført i en hyggelig tone.

Analyse av intervjuene

Jeg transkriberte alle intervjuene i ukene etter at de var gjennomført. Vokalen fra Garage Band var klar og tydelig. Etter anbefaling fra veileder transkriberte jeg alle intervjuene i sin helhet og svært nøyaktig. Etter å ha transkribert, tok jeg utskrift av intervjuene og jobbet gjennom dem flere ganger. Jeg markerte det jeg oppfattet som nøkkelutsagn hos de ulike respondenter, det jeg oppfattet som motsetninger mellom respondentene, og jeg benyttet fargekoder for å tematisere stoffet. Etter hvert som tema utkristalliserte seg, grupperte jeg disse i henhold til problemstilling og forskningsspørsmål og presenterer resultatene ut fra dette.

7.6 Drøfting av reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet drøftes i forhold til intervjuundersøkelsen og resultatene fra den.

Er resultatene pålitelige?

Pålitelighet (reliabilitet) handler om hvorvidt vi kan stole på resultatene eller om det kan være trekk ved selve undersøkelsen som har skapt de resultatene vi er kommet frem til.

Jeg valgte å intervju leger i det sykehuset hvor jeg selv har arbeidet. Dette medfører at jeg kjenner konteksten legene arbeider i og at respondentene og jeg kjenner hverandre. Dette siste kunne tenkes å påvirke resultatene i den forstand at respondentene kunne innrette svarene sine etter hva de tror en tidligere økonomisjef er interessert i eller ønsker å høre. Samtidig hadde jeg sluttet i jobben da intervjuene ble gjennomført, noe som reduserer sannsynligheten for en slik undersøkelseeffekt. Ut fra respondentenes respons på intervjuene kan det være grunnlag for å tro at de for egen del oppfattet det som positivt å reflektere rundt disse temaene, og jeg kan ikke se at de skulle ha grunn til å ”tilpasse” sin informasjon verken i forhold til meg som forsker eller i forhold til konteksten.

I samtalene varierte det hvor tilbakeholden jeg som intervjuer klarte å være i første halvdel av intervjuene. Noen ganger opplevde jeg at det var behov for mer innspill for å få samtalen i gang, andre ganger glapp jeg bare utpå som følge av engasjement. Dette kunne tenkes å ha påvirket respondentenes innretning på sin refleksjon. Ut fra samtalenes form og forløp mener jeg likevel at det er grunn til å tro at respondentene snakket fritt ut fra sine egne assosiasjoner.

Samlet sett anser jeg påliteligheten å være tilfredsstillende i henhold til undersøkelsens formål.

Har resultatene intern gyldighet

Intern gyldighet (validitet) handler om hvorvidt vi undersøker det vi planla å undersøke. Formålet med en intervjuundersøkelse basert på åpne samtaler er å få frem mest mulig av respondentenes tolkning og erfaring, og resultatene ved en slik metode vil være sensitive for forskerens behandling av et rikholdig materiale. Materialet kan ikke gjengis i sin helhet, men må deles opp og settes sammen i meningsfulle sammenhenger. Da kan spørsmålet om gyldighet bli et spørsmål om hvorvidt forskerens presentasjon av materialet gir et riktig bilde av det respondentene har formidlet.

Pål Repstad sier at ”Kvalitativ analyse kan representere en ganske hardhendt seleksjon av et datamateriale som i utgangspunktet kan være fyldig og mangetydig. Det er et vanskelig, men spennende arbeid” (Repstad 2007:114). Dette er beskrivende for min opplevelse.

Resultatene kunne vært testet gjennom at andre forskere gjennomgikk materiale og kategorisering. En annen form for test kunne vært at jeg hadde spurt et utvalg av, eller samtlige respondenter om de kjenner seg igjen i beskrivelsene eller om de virker fremmede for dem, såkalt kommunikativ validering (Ims 1987:183). Jeg opplevde at jeg hadde jobbet så grundig med transkripsjonen av intervjuene at det ikke var fruktbart. Dessuten mener jeg leger er så kompetente og velartikulerte at det for denne gruppen ikke synes særlig hensiktsmessig å bruke ekstra tid på dette.

Jeg lekte også med tanken på en annen form for kommunikativ validering, nemlig å gjennomføre en gruppesamtale med respondentene på grunnlag av foreløpige resultater. Det ville vært både gøy og nyttig å få respondentenes kommentarer før ferdigstilling av resultatene. En slik gruppesamtale kunne bidratt både til å validere foreløpige funn og til å utdype funnene. Jeg har tross alt bare gjennomført en ”der-og-da-samtale” med hver av respondentene, uten at de har fått anledning til å utdype refleksjonen sin eller vurdere uttalelsene sine ut fra tematisering og sammenstilling av resultater. Det kunne vært rimelig at de hadde fått en slik anledning.

Ut fra fremdrift og praktiske forhold har jeg imidlertid ikke funnet anledning for noen av disse former for validering. Validiteten i resultatene kan derfor sies å hvile på min behandling av materialet – at det som fremkommer faktisk er det de har formidlet. Gjennom transkribering og analyse har jeg fått et tett forhold til materialet og til hva respondentene rent faktisk har sagt i de ulike faser av samtalen. Jeg har så lagt vekt på å tolke respondentenes utsagn ut fra sammenhengen i samtalen, og jeg har valgt å bruke sitater i stor grad for å vise hva jeg baserer mine beskrivelser på, spesielt der ”typologier” blir satt opp i forhold til hverandre. Ut fra min kjennskap til respondentene har jeg kanskje også vært ekstra oppmerksom på at de må kunne kjenne seg igjen i beskrivelsene.

Samlet sett mener jeg at resultatene kan anses å ha tilfredsstillende intern gyldighet ut fra undersøkelsens formål.

Har resultatene ekstern gyldighet?

Ekstern gyldighet (validitet) handler om hvorvidt resultatene er overførbare, kan generaliseres. Med få respondenter i en kvalitativ tilnærming er ikke formålet primært å

generalisere, men å få frem det særegne hos respondentene. Jeg har også begrunnet mitt utvalg ut fra en fenomenologisk tenkning hvor den enkelte leges oppfatning anses som en gyldig konstruksjon. På grunnlag av dette har jeg drøftet resultatene som om de har en viss grad av overførbarhet. Dette mener jeg at vi til en viss grad kan gjøre når karakteristika ved respondenter og kontekst er gjort rede for slik som her. Jeg anser derfor den eksterne gyldigheten som tilfredsstillende ut fra undersøkelsens formål.

7.7 Forskningsetikk

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) utarbeider forskningsetiske retningslinjer (NESH 2006). Forskningens etiske forpliktelser kan ifølge NESH anses å angå dels normer i forskningsprosessen og dels hensynet til utforskede personer og institusjoner (ibid:6). De deler normene inn i tre hovedgrupper: normer om forskningsfrihet og god forskningsskikk, normer som regulerer forholdet til personer og grupper som direkte berøres av forskningen og normer om samfunnsrelevans og brukerinteresser (ibid:6). Jeg anser kravene til god forskningsskikk og hensynet til personer som berøres av forskningen som mest relevant i forhold til denne studien.

Kravene til god forskningsskikk er søkt ivaretatt gjennom redelighet, upartiskhet og åpenhet for egen feilbarlighet slik retningslinjene angir som normer (ibid:8). Jeg har referert kildebruk gjennomgående, jeg har tilstrebet upartiskhet i datainnsamling og presentasjon av resultater og jeg har synliggjort studiens begrensninger i kapittel 10.

Jacobsen (2005) oppsummerer de forskningsetiske krav til forholdet mellom forsker og dem det forskes på som: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005:45). Jeg mener å ha ivaretatt disse kravene i min oppgave. Alle respondenter har stilt opp frivillig og jeg vurderer dem som kompetente til å vurdere hva de deltok i. Jeg har ivaretatt kravet til privatliv – omformulert til anonymitet - gjennom at sitater ikke kan knyttes til enkeltpersoner som kan identifiseres. Og jeg har bestrebet meg på å gjengi respondentene korrekt og å ikke overtolke utsagnene deres eller benytte utsagnene frikoblet fra den konteksten de er uttalt i.

Alle filer (lyd og tekst) knyttet til intervjuene er videre oppbevart i lukket system, og de vil i tråd med forskningsetiske retningslinjer bli slettet så snart det ikke er relevant å oppbevare dem lenger for å kunne etterprøve anvendelsen av dem iht deres opprinnelige formål (NESH 2006:19).

8 RESULTATER

Sånn helt overordnet ser jeg jo at vi kan ikke fortsette sånn, vi er nødt for å ha noen prioriteringer, vi kan ikke holde på sånn og tro at det er uuttømmelig, bare pøse på. Men når du står her nede – jeg mener politikerne tør jo ikke en gang bestemme - så hvorfor skal jeg, jeg som bare er en liten arbeider...?
Respondent

I dette kapitlet skal jeg presentere resultater fra undersøkelsen. Funnene blir oppsummert innledningsvis i hver hoveddel, og så nærmere beskrevet enkeltvis.

Men først vil jeg påpeke et sentralt forhold: I media kan prioriteringsdiskusjoner ofte fremstilles som å gjelde høyspesialiserte tjenester, spesielle pasienttilfeller og spørsmål om liv og død. Jeg anser det som viktig å adressere prioriteringsspørsmål også inn i andre sammenhenger. Jeg har derfor intervjuet leger som både behandler lokalsykehuspasienter og ivaretar spesialiteter. Jeg anser også at prioriteringsbeslutninger slik de forstås her ikke alltid er et spørsmål om liv og død.

8.1 Hvordan oppfatter sykehusleger sin rolle i prioriteringssituasjoner?

Undersøkelsen om sykehuslegenes rolleforståelse i prioriteringsarbeidet gir flere funn som beskrives nærmere nedenfor. Oppsummert viser resultatene at:

- 1) Tildeling av helsetjenester (hvilke pasienter skal få behandling) gjennomgående oppfattes som prioriteringssituasjoner, mens det er mer varierende hvorvidt utmåling av helsetjenester (hvilken behandling skal pasientene få) oppfattes å være en prioriteringssituasjon.
- 2) Oppgaver og ansvar i prioriteringsarbeidet kan oppfattes som å *fordele helsetjenester mellom flere* eller som å *behandle enkeltpasienter*. To typologier: ”Fordeleren” og ”Pasientadvokaten”
- 3) Oppfatningen av egen rolle ser ut til å kunne *varierte med oppfatningen av regelverket* i den forstand at eget arbeid kan oppfattes enten som del av en større sammenheng eller mer som et personlig prosjekt. To typologier: ”Den faglige regelverksforvalter” og ”Strikken”.

- 4) Oppfatningen av egen rolle ser ut til å *varierte med funksjon og nivå* i organisasjonen, i den forstand at leger på overordnet klinisk nivå ser ut til å inkludere flere hensyn i sine beslutninger enn leger på praktisk klinisk nivå.
- 5) En respondent omtaler rollen sin i prioriteringsarbeidet som å være *hoggestabbe, kompetent beslutningstaker og premissgiver*.
- 6) Bevisstheten om ansvar og oppgaver i prioriteringsarbeidet oppfattes som *både høy og lav*
- 7) Det pekes på *nødvendigheten av solidaritet i en felles tenkning* mellom fagmiljøene

Nedenfor følger en nærmere gjennomgang av hvert av funnene.

8.1.1 Hvilke prioriteringssituasjoner opplever sykehuslegene?

Mye tildeling, litt utmåling og mye "vanlig jobb"

Ut fra den åpne invitasjonen om å snakke om prioritering tok seks av åtte respondenter utgangspunkt i eller relaterte raskt til regelverket i betydningen forskrift, veiledere og nasjonale retningslinjer. Disse snakket om prioritering ut fra vurdering av rett til nødvendig helsehjelp og fastsettelse av tidsfrister. To respondenter assosierte innledningsvis rundt forhold som liggetid, kostnader ved ulike operasjonsteknikker, dagkirurgi fremfor innleggelse, samme dags innleggelse, valg av implantater osv.

Den valgte innfallsvinkel til å snakke om prioritering var altså for seks av åtte respondenter det vi her forstår som tildeling av helsetjenester mens den for to av respondentene var det som kan forstås som utmåling av helsetjenester.

For flere av respondentene som innledningsvis tok utgangspunkt i tildeling av helsetjenester, kom det gjennom samtalen frem at også utmåling av helsetjenester anses som å være beslutninger med prioriteringskonsekvenser. Følgende utsagn er et eksempel på det:

På post til daglig – den prioriteringen jeg gjør er jo som oftest at det er for mye pasienter. Og hvis det er fullt må jeg enten si at mine medarbeidere skal jobbe mer, at de skal ha et overbelegg for at den pasienten skal ha dette tilbudet, eller jeg må si at nei dessverre døren til denne posten er lukket, at den pasienten må gå et annet sted på sykehuset. Og da få en presumptivt dårligere behandling fordi den antatt beste behandlingen er hos oss. Så, som vaktgående lege forholder jeg meg til alle som skal legges inn på sykehuset i det døgnet jeg har vakt. Får telefoner og må avgjøre om pasienten skal inn med en gang til en vurdering – det behøver ikke bety at vedkommende skal legges inn men altså inn til en vurdering. Eller om dette er noe som

kan vente. Eller om det er en pasient de kan klare å takle der de er med råd og hjelp. Dette er også en prioritering som går på helsehjelp på hvilket nivå.

Flere respondenter påpekte likevel forskjellen mellom prioritering og ”vanlig jobb”. Følgende utsagn kan vise hvordan annet arbeid enn tildeling av helsetjenester iht prioriteringsforskriften kan regnes som ”vanlig jobb” og ikke som beslutninger med prioriteringskonsekvenser:

Prioritering er primært de som tar mot søknader på poliklinikken og innleggelse.... Ut over det vil vi ikke tenke det, tror jeg, som prioriteringer, tenker bare som vanlig drift, vanlig jobb, vurderinger, ikke prioritering. (Intervjuer: Om du tildeler en pasient en eller ti kontroller?) Det vil ikke tenkes på som prioritering.

Oppsummert kan resultatene forstås som at *tildeling* av helsetjenester gjennomgående oppfattes som prioriteringsbeslutninger. Når det gjelder *utmåling* av helsetjenester ser det ut til å være større variasjon – noen oppfatter dette som beslutninger med prioriteringskonsekvenser, mens andre oppfatter det som ”vanlig jobb” som ikke handler om prioritering.

8.1.2 Hvordan oppfatter legene egen og andres bevissthet om deltakelse og ansvar i prioritering?

Både som høy og lav....

Bevisstheten i forhold til prioriteringsarbeidet oppfattes ulikt gjennom respondentgruppen. En opplever at mange leger er distanserte og bevisstløse i forhold til de prioriteringer de faktisk gjør hver dag:

Opplever vel at mange mener at det ikke er noe de behøver å gjøre. Synes mange er veldig bevisstløse ift at vi prioriterer hver eneste dag på veldig mange nivåer... Jeg synes nok det, at mange er relativt lite bevisst på at de gjør prioriteringer selv om de ikke tror de gjør det.

En annen uttrykker en oppfatning om ønsket autonomi hos den enkelte lege, en viss avstand til prioriteringsarbeidet og at snakk om prioritering skaper aggresjon:

Det fører til mye aggresjon når vi begynner å snakke om å prioritere. Sånn skal man liksom på en måte ikke – det er i alle fall en gjengs oppfatning – det er ikke noe vi skal tenke på, det får andre ta seg av.... Tror det er grunnleggende at vi skal behandle syke mennesker, og vi gjør det på den beste måten vi synes, og at noen i det hele tatt skal hindre meg i gjøre det på min beste måte, det skaper aggresjon.

En tredje knytter prioritering til kostnader, og mener at bevisstheten er økende:

Opplever at alle er mer opptatt av det nå enn vi var for fem år siden kanskje. Tenker litt mer hva ting koster. Tenker litt mer på å prøve å korte liggetiden så godt man kan. Det er ikke bare å si at du kan bli til i morgen hvis det ikke er noen annen hensikt enn at pasienten ønsker det. Skal mer til, skal være en grunn til det.

Mens en fjerde underbygger oppfatningen sin om at bevisstheten er høy gjennom å si at det jo handler om hvem som skal få et helsetjenestetilbud og ikke: *Dette arbeidet er jo uhyre viktig, for det er jo med å si noe om hvilke pasienter vi prioriterer og gir et tilbud.*

En femte peker i sin refleksjon rundt bevissthet på at den etikken som ligger til grunn for regelverket fort kan oppleves å gå på tvers av den etikk helsearbeidere i utgangspunktet er vant til å relatere til, og at dette kan skape en avstand mellom regelverket og den enkeltes arbeid:

Der tror jeg det ligger en spenning som kanskje kan forklare noe av det som både oppleves som vanskelig ved å bruke regelverk og retningslinjer, og samtidig som har ført til at kanskje store deler av helsepersonellgruppen opplever det med prioritering og pådytting av liksom normer, som vanskelig. Fordi det støter an mot det verdigrunnlaget som du på en måte forvalter og som du er blitt lært opp i, det formålsrasjonelle, hjelperrollen ift enkeltindivider, versus samfunnets valg av da normrasjonelle, teknisk administrative verktøy som regelverket jo kan sies å være. Og da får du jo den spenningen som gjør at helsepersonell kan oppleve det som vanskelig. Ser de forskjellene der. Samfunnet har valgt en virkemiddelbruk som ikke korresponderer med det verdigrunnlaget som helsepersonell på en måte tar med seg, som de føler lojalitet til.

Oppsummert: Utsagnene peker dels på at diskrete beslutninger med prioriteringskonsekvenser ikke nødvendigvis oppfattes som prioritering, dels på en avstand til prioritering som sådan og dels på at regelverkets utforming kan skape en avstand til helsearbeideres arbeid som kanskje kan tolkes som å redusere bevisstheten om prioriteringsarbeidet. Ut fra de ulike innfallsvinklene til prioriteringsarbeidet, gir respondentene uttrykk for oppfatninger av bevissthet om prioriteringsarbeidet som strekker seg hele skalaen fra lav via økende til høy.

Nødvendigheten av solidaritet i en felles tenkning

Leger vil naturlig være opptatt av "sine" pasientgrupper. En av respondentene er opptatt av at det kan oppleves urettferdig hvis ditt eget miljø aktivt vurderer pasientgrupper mot hverandre innen gitte budsjetter, samtidig som andre fagmiljøer ser ut til eller gir uttrykk for at en slik tenkning er helt ukjent. Det å innen eget fagområde si nei til tiltak for de minst alvorlige tilstander selv om pasientene kunne hatt effekt av behandling, samtidig som det fra andre

fagområder formidles at absolutte økonomiske rammer er et ukjent fenomen, oppleves av denne respondenten som vanskelig. Respondenten peker på betydningen av solidaritet – alle deler av helsetjenesten må være med på den samme tenkningen:

Hvis man har et begrenset helsebudsjett, selv om det er veldig romslig, veldig raust i dette landet vårt, så er det noe med at vi alle må være med på å se hvor vi skal sette inn støtet.... Vi må alle i helsevesenet oppleve at det er en slags solidaritet, at alle liksom er inne i den tenkningen.

Respondenten understreker betydningen av solidaritet mellom ulike fagmiljøer for å holde på motivasjonen for eget prioriteringsarbeid. For at systemet skal ”balansere” må alle være med, alle må ha utgangspunkt i den samme tenkningen hevdes det.

8.1.3 Hvilke oppgaver og hvilket ansvar oppfatter legene at de har i forhold til prioritering?

Jeg vil først la to typologi-par konstruert ut fra respondentutsagn beskrive noen grunnleggende rolleforståelser. Deretter angir jeg noen flere betegnende funn.

”Fordeleren” og ”Pasientadvokaten”

”Fordeleren” oppfatter å ha et helhetlig ansvar for helsetjenester til befolkningen og et ansvar for å ivareta pasientbehandlingen innen gitte økonomiske rammer. ”Pasientadvokaten” oppfatter å ha ansvar for den og de pasienter som er til behandling og for å ta kostnadshensyn etter egen vurdering, men uten å kjenne konsekvensene av sine beslutninger verken i forhold til andre pasienter eller i forhold til de økonomiske rammer. Dette fremstår som at ”Fordeleren” primært oppfatter å ha ansvar for å *fordele helsetjenester mellom mange* innen gitte økonomiske rammer mens ”Pasientadvokaten” primært oppfatter å ha ansvar for *behandling av enkeltpasienter* og for å ta generelle kostnadshensyn ut fra sine vurderinger i situasjonen.

Variabler	”Fordeleren” Tar ansvar for å prioritere innen absolutte økonomiske rammer ut fra et helhetsansvar for befolkningen, i samarbeid med primærhelsetjenesten og med spesiell oppmerksomhet mot de som trenger helsetjenester mest	”Pasientadvokaten” Er først og fremst den ene pasientens advokat, tar kostnadshensyn men ikke innen absolutte økonomiske rammer og forholder seg til de pasienter som kommer, ikke til ”befolkningen”
Se sammenhengen mellom den ene og de mange innen rammen du har vs se den ene uten innsikt i konsekvenser for andre eller for ressursbruken	Du må være genuint til stede hos den enkelte du møter, og samtidig må du kunne ha et overordnet perspektiv på hele befolkningens behov og kunne tåle, gjøre, en prioritering innenfor det du har muligheten til å gjøre noe med.	Og i utgangspunktet så er jeg jo pasientens advokat. Og hva gjør jeg da, jo jeg prøver å skaffe den pasienten den beste behandling. Og jeg ser jo veldig sjelden at det går på bekostning av noen andre. Helsevesenet har jo vært litt sånn – bare fyll på.
Ansvar for å dekke befolkningens behov innen gitte rammer i samarbeid med pht vs ansvar for behandling til de synlige pasientene	Det er jo i vår befolkning (spesifisering av geografisk opptaksområde) en viss mengde mennesker med en viss problemstilling, så vi er på en måte i samme båt, førstelinja og vi – vi har til sammen ansvaret for å gi befolkningen et best mulig tilbud. Våre prioriteringer må sees i forhold med de andres. Det må henge i hop. ... Vi har begrensede ressurser og de bestiller ressursene av oss, så da må vi være sikre begge parter på at de vi tar inn er de som trenger det og at de som da ikke har behov for oss allikevel blir tatt hånd om....	Og jeg kan jo bare, og gudskjelov for det da, forholde meg til de som banker på døra, og slipper å forholde meg til alle de som sitter der ute og som hadde kanskje hatt et behov. Det må man jo lukke ørene litegranne for, hvis man skal....
Fordeling innen kjent ramme med oppmerksomhet mot å ”reservere ressurser” til de som trenger det mest vs behandling av pasientgruppe uten innsikt i konsekvenser for økonomi og/eller andre pasienter	For vi har nok en felles oppfatning av at når vi skal prioritere så handler det om at noen skal få noe som andre ikke får. Og hvis alle pasienter eller tilnærmet alle får rett til nødvendig helsehjelp, får tilgang på knapphetsgodet, da har man i realiteten ikke prioritert.... Og da er jo faren at de som faktisk trenger det mest ikke får hjelpen først, for man har ikke noe handlingsrom til å forskyve ressurser til de som trenger det mest.	Hvis jeg hadde et budsjett jeg måtte holde, hvis jeg hadde fått tildelt at så og så mye penger kan jeg bruke på mine (diagnose)pasienter, det hadde jeg synes var fryktelig vanskelig. Det er helt utenfor min tenkning. (.....) Det er veldig vanskelig for meg å se hva dette går på bekostning av, ikke sant, det kommer ikke klart frem.

Forskjellene mellom "Fordeleren" og "Pasientadvokaten" kan sies å variere langs følgende dimensjoner:

- ansvaret for 'de mange' også 'de du ikke ser' vs ansvaret for 'den ene' og bare 'de du ser'
- ansvar for absolutte økonomiske rammer vs ansvar for kostnadshensyn uten innsikt i konsekvenser

"Den faglige regelverksforvalter" og "Strikken"

"Den faglige regelverksforvalter" oppfatter seg selv om del av et større system som har et demokratisk fundament, og ser sin oppgave som en faglig forlengelse av beslutninger fattet på andre nivåer. *"Strikken"* ser ikke ut til å oppfatte sitt eget arbeid som del av et større system, men heller at regelverket lever litt sitt eget liv og at legens oppgave er å kompensere for manglene ved det.

Variabler	”Den faglige regelverksforvalter” <i>Innholdsfyller regelverket med faglig skjønn, prioritering er et offentlig anliggende og regelverket er en hjelp til å utøve fagligheten</i>	”Strikken” <i>Kompenserer misforholdet mellom tilbud og etterspørsel ved å strekke seg og jakte tid, og anser regelverket som urealistisk og lite relevant</i>
Regelverket er en hjelp til å utøve faglighet og sette grenser vs privat jakt på tid for å overkomme mest mulig	<i>Det gjør jo også at hvis du har noe å prioritere etter så kan du rydde i en tjeneste med umettelig pågang. Det gir også en mulighet for å utøve faglighet, du får jo hjelp. Det er jo ikke bare for å plage oss, selv om det noen ganger nesten høres sånn ut, så er det jo en hjelp. Samfunnet har gitt oss noen verktøy som gjør at vi med grad av legitimitet kan prioritere, kan støtte oss på noe. Det blir ikke bare meg som overlege den dagen som står ansvarlig, vi har noe å støtte oss på. Det gir oss et pusterom for å faktisk kunne prioritere.</i>	<i>Du sitter med et problem som du må løse, kan ikke lukke øynene for å løse det, det er ikke plass, hva gjør du da, du må du bare finne en eller annen tid eller forskyve en eller annen liste eller du putter innimellom eller du tar noe det vi kaller administrativ tid eller fordypningstid– tar en annen tid som du egentlig ikke har, du bruker den opp for å betjene den pasienten eller det problemet... Du kan ikke tillate deg å sitte på et stort system som vi gjøre her og vite at du ikke har tid, du har tid, du bare må forskyve på noe annet.</i>
Regelverket som føring fra samfunnet på demokratisk basis vs regelverket som urealistisk og ikke særlig menneskevennlig	<i>Jeg har sans for regelverket, det at samfunnet gir noen føringer til oss på hvordan vi skal styre ressursbruken, det tror jeg er fornuftig. Jeg tenker at det er bra i et demokrati at prioriteringer gjøres til et offentlig anliggende og ikke blir en sånn faggruppespesifikk greie, at dette må dere ordne på vegne av oss.</i> <i>Og ja, vi har fått noen kjøreregler fra samfunnet, men det er fortsatt slik at det er jo det faglige skjønn som skal gi innhold til regelverket, til nytte, kostnad, oppdatert kunnskap – alle begrepene som er involvert i dette, er jo noe som fagfolk forvalter, det er ikke noe som juristene forvalter. Det har de ikke tenkt heller, de har lagt dette ut, de har gitt noen styrepinner og så har de lagt skjønn ut til oss.</i>	<i>... den såkalte veilederen som vel er forvart i de 1000 skuffer. Vi håpet den skulle bli noe som var praktisk brukbart, men det visste vi vel alle sammen at vi hadde liten tro på. Mye ord, mye fine vendinger, masse tid, men gevinsten det var vel.... Den veilederen som er for vårt fagområde er jo ikke realistisk. Antall uker, antall måneder for sånne diagnoser, settinger og problemstillinger er ikke realistisk i forhold til dagens situasjon, men kanskje den kan være et lite kick til de som styrer – å si at sånn bør det være....Det er et misforhold mellom tilbud og etterspørsel. Kort og godt. Misforholdet øker og øker og øker.</i> <i>.. for eksempel pasientrettighetsloven med rett eller ikke rett til helsehjelp, jeg synes den er en forferdelighet rett og slett.... Å få vite at vi skjønner at du har plager men du har ikke rett til helsehjelp, å få et sånt brev i trynet, det er ikke særlig menneskevennlig synes nok mange av oss</i>

Forskjellene mellom ”Den faglige regelverksforvalter” og ”Strikken” kan sies å variere langs følgende dimensjoner:

- oppfatning av regelverket som uttrykk for en demokratisk beslutning som legger føringer for beslutning på mikronivå vs oppfatning av regelverket som urealistisk og på tvers av menneskelige hensyn
- oppfatning av regelverket som en støtte i eget prioriteringsarbeid vs regelverket som uttrykk for målsettinger som ikke har mye med legens daglige arbeid å gjøre

Oppfatning av ansvar og oppgaver kan variere med nivå og funksjon i organisasjonen

Utsagnet nedenfor anses som et nøkkelutsagn og synliggjør to forhold som også fremkom hos andre respondenter: for det første at nivå i organisasjonen kan påvirke hvilke forhold som tas med i betraktningen i en beslutningssituasjon. For det andre at vurderinger på gruppenivå i funksjonen som planlegger og på individnivå i funksjonen som behandler kan variere:

Da må jeg si at når man (endrer funksjon internt til høyere nivå) så endrer man kanskje litt, ser mer på avdelingens økonomiske situasjon enn når du er bare (funksjon internt på lavere nivå). Man begynner å tenke litt mer økonomisk. Ellers har man pasienten veldig i fokus og tenker ikke så mye, kanskje på at det har noe å si for avdelingen at pasienten ligger en dag ekstra eller.... Allikevel er pasienten foran når det kommer til stykket, ikke sant, når det kommer til individet, akkurat den personen, hva som er best for den, så setter jeg det til side. Men i den store planleggingen om hvordan vi skal gjøre ting generelt og prinsipielt, tenker vi mer sånn økonomisk.

Betydningen av nivå i organisasjonen bekreftes av en annen respondent, som er opptatt av at ikke alle skal bære den samme belastningen: *Jeg tror den er ganske høy (bevissthet om rollen i prioriteringsarbeidet), samtidig som vi prøver å ikke legge byrden på den enkelte medarbeider.*

Nøkkelutsagnet ovenfor ble fremsatt innledningsvis i en samtale og med kraft og overbevisning. Det fremsto virkelig som en erkjennelse hos denne respondenten at perspektivet endret seg når posisjonen endret seg - plutselig ble andre hensyn også viktige. Det var også en klar erkjennelse at det var naturlig å pendle mellom ulike funksjoner. I funksjonen som planlegger ble det naturlig å ta inn mer økonomiske perspektiver i tillegg til de medisinske og andre hensyn, mens i funksjonen som behandler var det fortsatt den enkelte pasienten som var viktigst. Den andre respondenten var også opptatt av at noen må få lov til å ’bare gjøre jobben’ overfor de enkelte pasienter, og at selv om bevisstheten er høy på at det

må prioriteres mellom pasientgrupper og innen økonomiske rammer, så må andre enn den enkelte medarbeider legge rammene for denne prioriteringen.

Det fremkommer gjennom dette at leger ser ut til å kunne oppfatte ansvar og oppgaver i prioriteringsarbeidet ulikt avhengig av hvilket nivå i organisasjonen de arbeider på. På et overordnet nivå blir det mer aktuelt å inkludere økonomiske hensyn i beslutningene. Videre fremkommer det at legene kan se ut til å legge ulike tankesett til grunn ved pendling mellom ulike funksjoner – en rasjonalitet i funksjonen som behandler, en annen i funksjonen som planlegger.

Legen som hoggestabbe, kompetent beslutningstaker og premissgiver i prioriteringsarbeidet

En respondent beskriver sin rolle i prioriteringsarbeidet som ganske sammensatt. Respondenten er vel kjent med rollen som portvakt og forvalter den aktivt gjennom et bevisst forhold til sin rolle i prioriteringsarbeidet. I forlengelsen av dette opplever respondenten å kunne bli *hoggestabbe* på vegne av samfunnet, når pasienter opplever å ikke å få det tilbudet de ønsker som følge av prioriteringsbeslutninger:

Det er ubehagelig at folk reagerer, blir krenket, klager, kjefting - og mer den der at man i sin fortvilelse tar ut på deg som enkeltindivid noe som er en frustrasjon på at samfunnet ikke har allokert nok ressurser. Man blir stående ikke bare som en portvakt, men også som en hoggestabbe på vegne av samfunnet, ubehagelig ikke sant.

Den samme respondenten mener at helsepersonell har gode forutsetninger for å foreta prioriteringer, og at det kan være vanskelig å overlate det til andre uten tilsvarende kompetanse: *Samtidig er det jo da helsepersonell som kanskje har noen av de beste forutsetninger for å anvende prioriteringer, gjør den der og da, tenker det er vanskelig å sette den ut til noen andre.*

Og denne respondenten anser det også som et ansvar for fagmiljøene å bidra til å utvikle kunnskapsgrunnlaget og gjennom dette bidra til grunnlaget for prioritering: *En ting er at vi skal forbedre kunnskapsgrunnlaget, og der har fagmiljøene en forpliktelse, det å delta i kunnskapsutvikling er den del av å sikre prioriteringsgrunnlaget, det er viktig.*

Disse utsagnene er betegnende for hvordan ulike oppgaver kan inngå i legers rolle i prioriteringsarbeidet: møte pasienten ansikt til ansikt, anvende egen kompetanse i forvaltning av en oppgave på vegne av samfunnet og å være premissgiver for prioriteringsgrunnlag i fag og samfunn.

8.2 Hva kjennetegner sykehuslegers begrunnelser for prioriteringsbeslutninger?

Undersøkelsen om kjennetegn ved sykehuslegenes begrunnelser for prioriteringsbeslutninger gir flere funn som beskrives nærmere nedenfor. Oppsummert kan resultatene sies å vise at:

- 1) Begrunnelsene kjennetegnes av å være komplekse
- 2) Legene oppfatter å ha stort handlingsrom også etter veilederne
- 3) Det utøves stor grad av skjønn også i faglige vurderinger
- 4) Det er en stor grad av ”slik gjør vi det hos oss” når det gjelder faglig standard
- 5) Ett miljø har satt i system det de kaller ”kalibrering av skjønn” i prioriteringsarbeidet.

8.2.1 Hvordan begrunner legene sine prioriteringsbeslutninger?

Kompleksitet – en rekke ulike hensyn tillegges vekt

Respondentene angir en rekke ulike hensyn som tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger. Følgende gruppering kan sammenfatte de ulike hensyn som trekkes frem:

Medisinske hensyn

- o faglige vurderinger, herunder alvorlighetsgrad

Økonomiske hensyn

- o kostnadshensyn, herunder effekt av behandlingen og vurdering av kostnadseffektivitet

Andre hensyn

- o livssituasjonsforhold
- o kvalitet i henvisningene fra primærhelsetjenesten
- o virksomhetens art og kjerneoppgaver
- o pasienter og pårørendes ønsker og forventninger
- o legenes egne følelser

Faglige vurderinger omtales nærmere nedenfor i tilknytning til skjønnsutøvelse. De øvrige hensyn beskrives nærmere her for å vise mangfoldet i begrunnelsene. Ut fra at problemstillingen etterspør kjennetegn ved begrunnelser glir de ulike hensyn ikke nærmere kategorisert.

a) Kostnadshensyn

Respondentene omtaler i noen grad kostnadshensyn som begrunnelse for beslutning om utmåling av helsetjenester. ”Styring på synlig kapasitet” er mest fremtredende, gjennom vurdering av belegg i sengeposter og kapasitet på operasjonsstuer og i poliklinikk.

Eksempelvis refereres det til at redusert antall kirurgiske senger har ført til kortere liggetid, mer bruk av dagkirurgi og økt omfang av samme dags innleggelse for pasienter som skal opereres. Det blir sagt at i situasjoner med overbelegg kan kvaliteten i behandlingen oppfattes å bli uttynnet fordi det ikke er plass på den mest spesialiserte posten hvor personalet har kompetanse på den aktuelle behandling. Og det kommenteres at ved overbelegg kan også hensynet til personalet medføre at pasienten ikke får det ekstra liggedøgnet som hun selv ønsket. Valg av implantater og operasjonsteknikk omtales som å avhenge delvis av kostnadsvurderinger.

b) Pasienten er ikke bare pasient - livssituasjonsforhold som begrunnelser

Respondentene uttrykker gjennomgående en varhet overfor pasientens samlede livssituasjon. Dersom en psykisk syk person har ansvar for små barn, tillegges dette vekt i prioriteringsbeslutningen. Også rusproblemer i familien og ansvar for syk ektefelle er eksempler på forhold som tillegges vekt. Dersom pasientens ektefelle er på sykehjem, kan det oppfattes det som viktig at pasienten blir satt i stand til å besøke denne. Alder kan ha betydning i den forstand at unge mennesker med psykiske lidelser uten behandlingshistorikk kan bli prioritert og at det kan bli valgt en protese med kortere forventet varighet til en gammel pasient enn til en ung. Alder kan også – sammen med vurdering av allmentilstanden - bli tillagt vekt i vurderingen om 90-åringen skal få en aggressiv eller varsom behandling for sitt hjerteinfarkt. Og hensynet til skole og arbeidsliv er fremtredende. Det fremholdes som en klar målsetting å bidra til å forhindre drop-out fra skole og å begrense sykefravær fra arbeid i størst mulig grad. De pasienter som har funksjonsfall som anses å kunne bli varig eller å føre til langvarig fravær, søkes prioritert. Respondentene omtaler alle disse forholdene som ”livssituasjonsforhold” eller ”litt sosialmedisinske tanker”, og gir uttrykk for at disse må tillegges vekt som supplement til medisinske vurderinger. Det uttrykkes at vektleggingen av de ulike hensyn kan antas å variere mellom ulike behandlere.

c) Å lese mellom linjene – varierende kvalitet i henvisningene

Leger i sykehus skal vurdere henvisninger etter prioriteringsforskriften for å fastsette om pasienten har rettt til nødvendig helsehjelp og i så fall fastsette en frist for behandling. Kvaliteten på henvisninger fra leger i primærhelsetjenesten kommenteres mye av alle respondentene og fremstår som et viktig punkt for dem. De snakker om å tolke, om å lese mellom linjene og om å ha private ”svartelister”. De snakker om tidsbruk for å konferere med

henvisende lege om supplerende opplysninger, om henvisninger som gir et misvisende bilde av pasientens tilstand, om å undersøke at det er pasienten som har behov for helsetjenester og ikke ektefellen på pasientens vegne og om henvisninger som mangler avgjørende informasjon om pasientens tilstand. Noen av respondentene påpeker at de får gode henvisninger fra de fastlegene de har tett og regelmessig kontakt med, mens alle forteller at de også får henvisninger av svært dårlig kvalitet. Henvisningene til spesialisthelsetjenesten fremstår således som et sårbart punkt både fra et pasientperspektiv ift at vurderingen blir gjort på et godt nok grunnlag, og fra sykehusperspektiv i forhold til både grunnlag for riktig prioritering og ressursbruk i behandling av henvisningene.

d) Et ledd i en sammenhengende kjede? – virksomhetens art og kjerneoppgaver

Forståelsen av hva som er sykehusets kjerneoppgaver inngår som beslutningsgrunnlag slik dette utsagnet viser:

Så det jeg er komfortabel med, når jeg synes jeg får det til og kan leve med det, er at jeg tenker at jeg kan bidra til at vi disponerer ressursene slik at vi i best mulig grad blir i stand til å ivareta kjerneoppgavene våre - for meg er det utredning, diagnostikk, prognostikk og behandling - og det er det samfunnsmessige oppdraget jeg har fått - levere spesialisthelsetjenester

Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kommenteres av alle respondentene, men bruken av virksomhetens art som beslutningsgrunnlag i prioriteringssammenheng varierer noe. Noen snakker om pasientenes behov som om de føler ansvar for å dekke dem alle selv hvis de bare kan finne kapasitet til det. Andre setter tydelige grenser mellom nivåene i helsetjenesten, slik dette utsagnet er et eksempel på:

Senest hadde jeg det forrige uke, en pasient som er behandlet på et annet i og for seg spesialistsenter hvor de mener vi skal gjøre noe som jeg da tenker at nei, dette er noe bydelen og hjemmetjenesten skal gjøre. De har fått vurdering på spesialistnivå og det skal tilbake til bydel, altså er det ikke prioritert for den type behandling jeg tilbyr, det er avslag.

Tydelighet på virksomhetens art og de kjerneoppgavene som følger av det, omtales som viktig både for å ha kapasitet til de som trenger det mest (*Det er noe med å sette en målsetting som ... står i forhold til virksomhetens art. Vi må på en måte passe på at vi har kapasitet til å ta dem som trenger det mest*) og for å ivareta de spesialistoppgavene som ingen andre i samfunnet kan gjøre (*Da tenker jeg, at er det et knapphetsgode, så bør den ressursen vi har brukes til å ivareta kjerneoppgavene som ingen andre i samfunnet kan gjøre*).

Så er det ikke alltid enkelt for behandlere å sette de nødvendige grensene. Ofte er de smertelig klar over de manglene som kan forekomme i den samlede helsetjenesten og som de ikke har mulighet til å kompensere for i spesialisthelsetjenesten – og må innse at de ikke alltid kan klare å kjempe for hver enkelt pasient:

... så er det noen ganger sånn at jeg tenker at jeg bare må la være å tenke på hva jeg sender pasienten ut til, fordi det er ikke tilfredsstillende og jeg klarer ikke å kjempe for hver enkelt. Hvis jeg skal overleve klarer jeg det ikke.

e) Pasienter og pårørende – ønsker og forventninger

Flere av respondentene gir uttrykk for at prioriteringsbeslutninger ikke fattes i lukkede rom. De snakker om diskusjoner med primærhelsetjenesten, mellom faggrupper, med andre leger og også om hvordan pasienter og pårørende uttrykker ønsker og forventninger. Det er en overordnet føring i den norske helsetjenesten med medvirkning fra pasient og pårørende, og respondentene gir uttrykk for at slik medvirkning også i noen grad påvirker prioriteringsbeslutninger. Det kan handle om liggetid – den eldre pasienten som ønsker å få et døgn til før hjemreise. Det kan handle om opplevelse av smerte – som er svært forskjellig mellom pasienter og derfor må håndteres ulikt. Det kan handle om grad av opptrening i sykehus – hvor det må settes grenser ift hva som er en spesialisthelsetjenesteoppgave. Det kan handle om synspunkter på hjerte-lunge-redning på gamle pasienter med dårlig allmenntilstand – hvor legen kan synes det ikke er riktig å gi slik behandling og da etter loven skal søke samtykke hos pasienten for dette. Det kan handle om reisevei til sykehuset før operasjon, slik at pasienten innvilges unntak fra å møte fastende til operasjon samme dag. Det kan handle om at pårørende ikke kan skjønne hvorfor pasienten må til sykehjem og ikke kan få bli i sykehuset lenger. Det kan handle om pasientens motivasjon til behandling – som spesielt i psykiatrisk behandling er avgjørende for å få effekt av behandlingen. Det kan handle om å få komme til behandling mens ektefellen er på avlastningsopphold på sykehjem. Det kan handle om klage på avslag om søknad om behandling. Respondentenes fortellinger gir grunnlag for å si at det løpende foregår en rekke samtaler med pasienter og pårørende som kan få konsekvenser for de prioriteringsbeslutninger som fattes, og også samtaler hvor legen må forklare hvorfor pasienten ikke kan få de ønskede tjenester fra sykehuset.

f) Vi er jo bare mennesker - behandlerens følelser

Legene som skal fatte prioriteringsbeslutninger er ikke uberørt av menneskene de møter, og dette vil i noen tilfeller kunne påvirke de beslutningene som fattes. For eksempel kan tidsskjemaet sprekke fordi samtalen fikk øke i omfang:

Vi prøver å være selektive i hva vi tar opp eller lar pasienten ta opp....det å styre en konsultasjon er også en prioritering i bruk av din tid. Går mye på erfaring, kjemi med den som sitter der, av og til går det helt galt for kjemien gjør at du lar mer komme frem enn du burde....som gjør den daglige doktorrollen interessant.... Du har en jobb du skal gjøre, men vet at du skal ivareta deg selv litt også i forhold til innhold i konsultasjonen og hverdagen din.

Eller behandlingsserien kan bli litt lenger enn planlagt fordi det var noe som ”traff”:

Men så er det selvfølgelig enkeltsaker når du sitter med dem som..., vi blir jo berørt..., rettferdighetsprinsippet er veldig rådende, men det er klart at noen er det mer – kanskje både nytten og lettere å jobbe med, og noen har et eller annet ved seg så du skal bare hjelpe over den kneiken også.

Så kan det være tydelig nok hva målsettingen er i forhold til å ikke la seg styre av følelsene (*Vi skal ikke ha folk i behandling fordi det er synd på dem*), men likevel fristende å overse kravet om at behandlingen skal ha effekt fordi du som behandler føler medynk med pasienten (*mens andre da føler medynk med vedkommende og tenker at vi må kanskje gjøre et forsøk igjen selv om vi har prøvd og selv om det ikke er helt klart hva vi da skal gjøre. Sånne linjer tenker jeg ulikheten går på*).

Og noen ganger kan legen bare måtte være i de møtene som gjør at han holder sinnet sitt mjukt⁶: *Vanskelighetene ligger jo i de enkelte møtene, hvor man av og til opplever lidelse hos pasientene som er enorm, som man nesten ikke skjønner hvordan de klarer å holde ut, ikke sant, det er jo det som rører veldig.*

8.2.2 Hvilke oppfatninger har legene om handlingsrom og skjønn i prioriteringsbeslutninger?

Stort handlingsrom og utøvelse av skjønn også etter veilederne

Prioriteringsveilederne kan oppfattes som relativt styrende med sine beskrivelser av tilstander, vurderingskriterier og aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og med sin ambisjon om å

⁶ Ref Hans Børli's dikt 'Hold sinnet ditt mjukt!' i 'På harmonikk' 1991

dekke 75 – 80 % av henvisningene innenfor et fagområde. Imidlertid mener alle respondentene at de fortsatt har et til dels stort handlingsrom ”etter veilederne”. Dette begrunnes blant annet i at det skal gjøres individuelle vurderinger i forhold til den enkelte pasient.

En annen begrunnelse som gis er at kunnskapsgrunnlag/ faglighet ikke er entydig, og at avveiningen mellom ulike hensyn som inngår i beslutningsgrunnlaget kan gjøres ulikt fra behandler til behandler. Respondentene er unisone på at det utøves et betydelig grad av skjønn i praktiseringen av forskrift og veiledere, slik følgende utsagn er et eksempel på:

Prioriteringer slik de er utformet i regelverket, det handler om at folk tror at dette er en eksakt vitenskap, folk tror vel kanskje det, at medisin er mye mer vitenskapelig fundert enn det strengt tatt er. Egentlig er det erfaringsbasert, stor grad av skjønnsutøvelse og på mange områder er det kunnskapsmessige fundamentet ganske spinkelt... Da blir skjønnrommet større og ulikheten i prioriteringene gitt en temmelig identisk problemstilling blir da stor.

Skjønnsutøvelse også i faglige vurderinger – “det er på en måte faglig, men det faglige er forskjellig”

På spørsmålet om hva som styrer beslutningene i det handlingsrommet de fortsatt opplever å ha, var faglige vurderinger det som først og fremst ble fremhevet. Hos enkelte av respondentene ble faglige vurderinger oppfattet som å være relativt entydige og udiskutable. Hos de fleste kom det imidlertid tydelig frem at også de faglige vurderingene kan være ulike og skjønnsbaserte. Følgende utsagn er et eksempel på det:

Vurderingen skal være rent faglig. (Intervjuer: Er det mulig?) Nei! Det er det vi innbiller oss, det er det vi håper den skal være. Den er selvfølgelig ikke det.....Det er på en måte faglig, men det faglige er forskjellig. Alle tror at vi er like gode, at vi kjenner likt og vurderer likt, men vi gjør jo ikke det.... Det kan være store sprik på hvordan man vurderer.

8.2.3 Foretas prioriteringsbeslutninger av den enkelte lege eller sammen med andre?

Stor grad av ”slik gjør vi det hos oss” på faglig standard

Respondentene gir i stor grad uttrykk for at når det gjelder medisinske vurderinger, er det ikke enkeltlegers vurderinger som gjennomgående legges til grunn for beslutninger men det er etablert en stor grad av ”slik gjør vi det hos oss – praksis”. Sentrale og lokale retningslinjer, evidensbasert medisin og drøfting med andre faggrupper nevnes som sentrale elementer.

Kalibrering av skjønn

Ett av miljøene i respondentgruppen utpekte seg ved å ha satt i system det de kaller kalibrering av skjønn i forbindelse med vurdering av henvisninger. De vurderer dette som viktig både for kvalitet i tilbudet og for den enkelte medarbeider, som dette utsagnet viser:

Man er satt til å forvalte samfunnets ressurser, på vegne av samfunnet, tung bør å bære alene, så jeg tenker at sånne ting er det viktig at man deler med andre, at man har en struktur som man kan både diskutere fordi det er klokt ift et godt skjønn, men også dele belastningen med å si nei. Det sikrer kvaliteten i det, at man lager strukturer og organiserer det arbeidet så det ikke blir enkeltindivider som må sitte alene med de tunge beslutningene.

Diskusjonene i kalibreringen kan som det fremkommer i utsagnet nedenfor handle om ulike tema – både forståelse av regelverk, om hvilke oppgaver som skal ivaretas og om de ulike skjønnsmessige vurderinger:

Ja, det er en belastende funksjon...Da gjelder det å ha en arena hvor skjønn kan drøftes og man kan dele byrder og gleder og få et større fellesskap rundt det. Da handler det om diskusjoner på mange nivåer, det handler om forstå regelverket, det handler om å være tydelig på hvilke oppgaver vi skal ivareta og hva det betyr for denne institusjonen, og hele tiden å ha løpende kalibrering av skjønn.

To-tre ganger i året setter flere fagfolk seg sammen og vurderer de samme anonymiserte henvisningene, og etterpå drøfter de sine ulike vurderinger av om det er en rettighetspasient, hvor lang frist som skal settes, om behandlingene skal avsluttes eller om pasienten skal tas inn uten rettighet. De har også foretatt ”ekstern kalibrering” på enkelte områder, hvor de sammen med andre institusjoner har sammenlignet rettighetsfastsettelse i forhold til befolkningsgrunnlag mv.

I neste kapittel vi jeg drøfte funn fra undersøkelsen.

9 DRØFTELSE

Enkle og endimensjonale oppfatning om menneskets vesen, enten som pasient eller som fagprofesjonell virker ikke. Det er lett å overse betydningen av denne kompleksiteten i en organisasjon og særlig i større helseorganisasjoner. Kompleksitet betyr ikke bare at "alt henger i hop med alt", men vel så mye at vi rett og slett ikke vet hvordan ting henger sammen. (Skjørshammer 2004:56).

9.1 Innledning

Både sykehussystemer og prioritering i helsetjenesten er komplekse tema i og for seg, og fremstillingen i denne oppgaven kan også fremstå som kompleks. Før jeg drøfter resultater fra undersøkelsen vil jeg derfor trekke opp linjene i det som er behandlet så langt.

Problemstillingen er begrunnet i et ønske om innsikt i ulike perspektiver på prioritering i helsetjenesten, i denne omgang avgrenset til sykehusleger.

Prioritering er å gi noe fortrinn fremfor noe annet. På klinisk nivå i helsetjenesten betyr det å gi en pasient eller pasientgruppe fortrinn foran en annen. Både i det norske prioriteringsarbeidet og i den internasjonale prioriteringsdebatten er det en målsetting med mest mulig rettferdig fordeling av de knappe ressurser som er til rådighet. Et hovedspørsmål er så hvordan fordelingen kan bli mest mulig rettferdig og hvordan de ulike aktører kan bidra til dette.

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er sentrale i det norske prioriteringsarbeidet. Disse regulerer pasientenes rettigheter og slår fast hvilke (moralsk relevante) kriterier legene skal bruke for å vurdere pasientenes rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (alvorlighet, effekt, kostnadseffektivitet). Disse vurderingene gjelder for planlagt behandling og ikke for øyeblikkelig hjelp. Som del av prosjektet "Riktigere prioritering i helsetjenesten" er det videre utarbeidet 30 prioriteringsveiledere som legene oppfordres til å følge. Veilederne beskriver nasjonale myndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverket, og inneholder også veiledertabeller for de ulike fagområder som angir hvordan ulike tilstander normalt skal vurderes i forhold til rett til nødvendig helsehjelp og hvilke behandlingsfrister som normalt skal settes.

Internasjonalt kan det sies å råde en oppfatning om at ingen generell rettferdighetsteori kan gi klare svar på de verdikonflikter som ligger i helseprioriteringer, og at selv om det (som i den norske prioriteringsforskriften) er gitt moralsk relevante kriterier for vurdering, kan det fortsatt være uenighet om hvordan de ulike kriteriene skal vektes mot hverandre. Gjennom det

anerkjente rammeverket for legitime prioriteringsbeslutninger Accountability for Reasonableness (på norsk Ansvar for rimelige begrunnelser) rettes oppmerksomheten ut fra dette mot *beslutningstakerne* og deres *begrunnelser* for beslutninger. Det stilles krav om at begrunnelser må være relevante for at beslutningen skal kunne anses som legitim. Relevans forstås her i forhold til om andre aktører vil oppfatte at begrunnelsene hviler på et grunnlag de kan se seg enig i.

Samtidig er det ulike oppfatninger om hva som skal være legers rolle i prioriteringsarbeidet. Spesielt diskuteres det hvorvidt legen kan eller skal inkludere økonomiske hensyn eller fordelingshensyn i sine kliniske beslutninger. Gjennomgang av et utvalg internasjonalt publiserte studier kan tyde på at det ikke er entydig hvordan leger selv oppfatter sin rolle i prioriteringsarbeidet.

I en artikkelserie i BMJ høsten 2008, belyses spørsmålet ”Where are we in the rationing debate?” gjennom et klinisk, et etisk og et økonomisk perspektiv. Oppmerksomheten rettes da mot klinikers rolle i prioriteringsarbeidet, mot Accountability for reasonableness hvor relevante begrunnelser for beslutninger står sentralt, og mot bevisstheten om at helsetjenestens ressurser er knappe og må styres.

I referanserammen har jeg ut fra kontekstbeskrivelser og forforståelse angitt min forståelse av aktører i det norske prioriteringsarbeidet, prioritering på mikronivå, beslutninger med prioriteringskonsekvenser og av det kliniske, etiske og økonomiske perspektiv.

Resultatene slik de fremkommer i kapittel 8 er mangfoldige, og jeg kan ikke drøfte alle fullt ut. Jeg vil nedenfor utdype og drøfte noen funn i forhold til referanserammen og foreliggende kunnskap slik den fremkommer i konteksten.

9.2 Rolleforståelse i prioriteringssituasjoner

I kapittel 8 ble det ut fra resultatene etablert to typologi-par som kan beskrive ulike rolleforståelser. Typologiene er ikke rene, men forsøksvise betegnelser på noen grunnposisjoner som ulike leger ser ut til å identifisere seg med. Typologiene er etablert i par for å synliggjøre motsetninger eller variasjoner langs noen sentrale dimensjoner. Jeg vil her utdype og drøfte disse typologiene og to andre sentrale funn.

9.2.1 ”Fordeleren” og ”Pasientadvokaten”

”Fordeleren” og ”Pasientadvokaten” er forskjellige i forhold til hvilke hensyn de tillegger vekt i sine beslutninger. Forskjellen handler om hvilke pasienter de tar hensyn til når de fatter

beslutninger og hvordan de tar økonomiske hensyn. Forskjellene kan fremstilles i følgende tabell:

	Hvilke pasienter	Hvilke økonomiske hensyn
"Fordeleren"	De mange, også de han ikke ser foran seg	Absolutte økonomiske rammer
"Pasientadvokaten"	Den ene, bare de han ser foran seg	Kostnadshensyn

Diskusjonen om legers rolle slik den fremkommer i kapittel 4, omhandler disse dimensjonene; hvilke pasienter skal legen ta hensyn til og skal han ta økonomiske hensyn. Dette kan ogs relateres til det økonomiske perspektiv. I resultatene fra min studie fremkommer også en differensiering mellom ulike former for økonomiske hensyn slik forskjellen mellom "Fordeleren" og "Pasientadvokaten" viser.

"Fordeleren" oppfatter å ha et helhetlig ansvar for helsetjenester til befolkningen og et ansvar for å yte disse helsetjenestene innen gitte økonomiske rammer. "Pasientadvokaten" oppfatter å ha ansvar for den/de pasienter som til enhver tid er til behandling og for å ta kostnadshensyn etter egen vurdering. I denne vurderingen av kostnadshensyn ligger at han ikke kjenner konsekvensene av sine beslutninger verken i forhold til andre pasienter eller i forhold til de økonomiske rammer. Han oppfatter det å ta kostnadshensyn litt som "skudd i blinde". "Jeg vet jo ikke hva det går på bekostning av" kan han si.

"Fordeleren" framstår som fordeler nettopp fordi han både ser de mange pasientene og de absolutte økonomiske rammene. Han fordeler det han har mellom de han på et eller annet grunnlag forventer vil ha et behov. Sett i lys av det økonomiske perspektiv kan vi si at han styrer knappe ressurser.

Det kan være interessant å vurdere sammenhengen mellom de hensyn som tillegges vekt ved å undersøke tabellen "diagonalt". Hvis "Fordeleren" istedenfor å ta hensyn til de mange hadde tatt hensyn til en og en pasient, ville han antagelig slik det fremkommer i denne sammenhengen fått problemer med å styre de økonomiske rammene fordi han ikke vurderte konsekvensen av sine samlede beslutninger. Hvis "Pasientadvokaten" på sin side hadde forholdt seg til de mange - også de han ikke ser - og fortsatt tatt kostnadshensyn uten å forholde seg til absolutte økonomiske rammer, ville det antakelig ikke blitt så veldig forskjellig fra det som fremstår her sett fra legens perspektiv. Han ville fortsatt ikke visst noe om hva som går på bekostning av hva og ikke styrt knappe ressurser. Dette kan indikere at det er forståelsen av hvordan økonomiske hensyn tillegges vekt som utgjør den mest betydningsfulle forskjellen mellom de to i forhold til prioriteringskonsekvenser.

Jeg har ikke undersøkt eksplisitt om legene er villig til å ”holde tilbake potensielt nyttig behandling” (Strech 2009) eller sagt på en annen måte: akseptere at pasienter ikke får den aller beste helsetjeneste. Det fremkommer imidlertid gjennom samtale, at de respondentene som aktivt forholder seg til absolutte økonomiske rammer – altså de som inntar en grunnleggende rolle som ”Fordeler” - har en klar formening om hvilke grupper som ikke får et tilbud innen det eksisterende regelverk og de gjeldende økonomiske rammer. Det kommer også frem at dette er pasientgrupper som potensielt kunne hatt nytte av behandling. For andre respondenter synes tanken om å holde tilbake potensielt nyttig behandling uaktuell. Det er et aktuelt tema for videre forskning å undersøke dette spørsmålet nærmere.

Hva kan være årsak til forskjellene mellom de to?

Sett i lys av diskusjonen om legers rolle hvor ulike oppfatning av hva som er legers etiske forpliktelse kommer til uttrykk, kunne vi tenke at årsaken til forskjellene var at ”Pasientadvokaten” mener at han som lege ikke skal ta hensyn til fordeling av helsetjenester mellom pasienter eller til hvilke økonomiske rammer som er til rådighet, men kun behandle de pasienter han møter på beste måte. Det er imidlertid ikke er dekning i materialet for å si at forskjellene fullt ut skyldes et slikt grunnleggende ulikt syn på hva som bør være legers rolle. Ut fra at alle leger i undersøkelsen uttaler at de tar kostnadshensyn i sine vurderinger, er det heller ikke grunnlag for å si at det er motstand mot alle former for økonomiske hensyn som skaper forskjellene.

I større grad fremstår ulikhetene derfor som konsekvens av *hva den enkelte lege opplever å ha muligheten til å gjøre noe med og forholde seg til og hva de har kunnskap om* fordi:

- o Respondenter som primært forholder seg til de pasientene som er synlige, fremstår med en vag oppfatning av hva som er de samlede behov, en opplevelse av maktesløshet overfor de udekkede behov hos pasientgruppen og uten kjennskap til de økonomiske rammer for aktiviteten.
- o Respondenter som uttrykker ansvar for befolkningens samlede behov, framstår med en begrunnet formening om hva som er behovene, en offensiv innstilling til hvordan behovet kan dekkes i samarbeid med primærhelsetjenesten og med kjennskap til de økonomiske rammer for aktiviteten.

Hvilke nye spørsmål kan dette reise?

Dette kan reise spørsmål ved hvilken type kunnskap og innsikt den enkelte lege eller legegruppen trenger for å kunne innta de ulike roller. Dersom leger skal kunne innta en rolle som ”Fordeler”, gir denne studien grunnlag for å si at en slik rolle fordrer innsikt i både økonomiske rammer i en eller annen form og i befolkningens behov i forhold til kapasitet i en eller annen form (f eks ventelister).

Verken implikasjonene av de ulike roller og ellet spørsmålet om kunnskap i relasjon til dem skal drøftes nærmere her. Jeg vil imidlertid slå et slag for enkelhet dersom leger i større grad skulle innta rollen som ”Fordeler”. En rekke fornuftige vurderinger vil antakelig kunne gjøres ut fra rimelighetsbetraktninger, aggregert kunnskap og summarisk informasjon presentert i en relevant form. Ofte kan troen og jakten på eksakt og utdypet kunnskap komme i veien for fornuftige rimelighetsbetraktninger basert på allerede tilgjengelig informasjon. Kanskje kan en pragmatisk operasjonalisering av alternativkosttenkning i så fall være en vei å gå, jfr det økonomiske perspektivet (Donaldson et al 2008). Det kan være et aktuelt tema for videre arbeid å undersøke om alternativkosttenkning kan være relevant inn mot prioriteringsbeslutninger på mikronivå.

9.2.2 ”Den faglige regelverksforvalter” og ”Strikken”

Ulikheten mellom disse to handler om hvordan de oppfatter regelverket som sådan og hvordan de ser sitt eget arbeid i forhold til regelverket.

	Oppfatning av regelverket	Eget arbeid i forhold til regelverket
”Den faglige regelverksforvalteren”	Uttrykk for en demokratisk beslutning, skal innholdsfylles med faglige vurderinger	Regelverket er en støtte i eget prioriteringsarbeid
”Strikken”	Urealistisk og på tvers av menneskelige hensyn	Regelverket uttrykker målsettinger som ikke har mye med eget arbeid å gjøre

”Den faglige regelverksforvalteren” oppfatter regelverket relevant og som uttrykk for en demokratisk beslutning. Han kan identifiserer seg med regelverket som uttrykk for en ”samfunnsvilje” som både tar hensyn til pasientenes beste og til rammebetingelsene. Han er opptatt av å bruke sin faglighet til å gjøre det beste ut av disse rammene, - av å innholdsfylle regelverket med faglighet. Han vil antakelig være lojal til regelverkets intensjon så langt som mulig.

”Strikken” anser regleverket som ganske irrelevant – både fordi det er umenneskelig og fordi det ikke tar opp i seg pasientens behov. Derfor oppfatter ”Strikken” at han må strekke seg så mye som mulig for å kompensere for mangler i regelverket. Han vil antakelig benytte veilederne i mindre grad i sitt arbeid med prioritering, fordi han oppfatter dem som urealistiske.

Som følge av sin oppfatning av regelverket, anser ”Den faglige regelverksforvalteren” seg selv som del av et større system. Han vil antakelig finne støtte for vanskelige beslutninger i forståelsen av at han utøver prioriteringen på samfunnets vegne, slik at den følelsemessige belastningen for ham personlig kan bli noe mindre.

For ”Strikken” fremstår prioriteringsvurderinger mer som et personlig prosjekt. I beslutningssituasjoner vil han antakelig kunne bære mye av den følelsemessige belastningen med vanskelige beslutninger alene.

9.2.3 Ulik oppfatning av hvorvidt beslutninger om utmåling av helsetjenester er prioritering

Resultatene viser at det er forskjell mellom legene i hva de oppfatter som prioriteringssituasjoner. Beslutninger om tildeling av helsetjenester – altså hvilke pasienter som skal tiledeles helsetjenester først - oppfattes gjennomgående som prioriteringsbeslutninger. Beslutninger om utmåling av helsetjenester – altså hvilke helsetjenester som skal ytes – oppfattes imidlertid bare delvis som prioriteringsbeslutninger.

Dette funnet er interessant å se i forhold til Strategigruppens påpeking av at en rekke beslutninger med prioriteringskonsekvenser ikke oppfattes som prioriteringsbeslutninger, at de viktigste prioriteringskonsekvensene følger av beslutninger som ikke er fattet med prioritering for øye og at det er behov for økt oppmerksomhet mot prioriteringskonsekvenser av beslutninger (Nasjonalt strategigruppe for prioritering, 2006).

For hvordan oppstår prioriteringskonsekvenser av en beslutning? La oss gjøre et resonnement på det.

For det første: Ut fra det økonomiske perspektivet kan vi forstå at ressursene er knappe, at dette betyr at virksomheten har absolutte økonomiske rammer å forholde seg til og at det forventes at de knappe ressursene styres slik at de økonomiske rammene overholdes. Vi kan videre anta at dette er en forventning som også gjelder til norske sykehus, gitt at kravene om faglig forsvarlighet kan innfris innen disse rammene og gitt at ikke ”regnskapstekniske” forhold påvirker i urimelig grad.

For det andre: Leger fattet beslutninger om tildeling og utmåling av helsetjenester, dvs beslutninger om hvilke pasienter som skal få behandling først og beslutninger om hvilken behandling de skal få. Disse beslutningene har økonomiske konsekvenser. Som Stein Evensen sier det: legene utløser i praksis bruk av helsevesenets ressurser gjennom sine beslutninger (Evensen 2009:44).

Når enhver beslutning om utredning og behandling utløses kostnader og de økonomiske rammene er absolutte, kan vi slutte av dette at enhver beslutning om utredning og behandling vil ha prioriteringskonsekvenser. Dersom det i denne forståelsen skulle kunne fattes beslutninger om utredning og behandling uten at det får prioriteringskonsekvenser, må ressursene være ubegrensede.

På grunnlag av slutningen om at enhver beslutning om utredning og behandling vil ha prioriteringskonsekvenser, kan vi si at resultatene i min undersøkelsen bekrefter Strategigruppens påpekning av at det er behov for økt oppmerksomhet mot prioriteringskonsekvenser av beslutninger for at disse skal kunne bli tilstrekkelig vurdert og ikke være et utslag av tilfeldigheter. I forlengelsen av dette kan vi spørre hvilke prioriteringskonsekvenser som oppstår på ulike tidspunkt og i ulike situasjoner, og hvilken rolle leger skal ha i vurderingen av disse konsekvensene. Dette blir ikke drøftet nærmere her.

9.2.4 Rolleforståelse varierer med nivå og funksjon i organisasjonen

Det fremkom i resultatene at oppfatningen av egen rolle i betydningen hvilke hensyn som tillegges vekt i beslutninger ser ut til å *variere med funksjon og nivå* i organisasjonen, i den forstand at leger på overordnet klinisk nivå ser ut til å inkludere flere hensyn i sine beslutninger enn leger på praktisk klinisk nivå.

Det ble også pekt på muligheten for å skifte mellom tenkemåter når legen skifter mellom å være behandler og å være planlegger. Dette kom til uttrykk som at i funksjonen som behandler er det den ene pasienten og hensynet til den som tillegges vekt, mens i funksjonen som planlegger inkluderes hensynet til økonomi og til andre pasienter i større grad.

Dette kan bety, at en lege som har en stilling på overordnet klinisk nivå og samtidig jobber som behandler for enkeltpasienter – som vil være tilfelle for de fleste – vil tenke annerledes i funksjonen som behandler ”for den ene” enn i funksjonen som planlegger ”for de mange”.

Betydningen av nivå eller funksjon i organisasjonen for legers rolle i prioritering er ikke belyst i noe av den litteraturen som er gjennomgått. På grunnlag av resultatet kan vi imidlertid spørre om det kan være fruktbart at leger differensierer mellom ulike tenkemåter i

ulike funksjoner. Jeg vil her antyde tre aspekter inn mot dette spørsmålet, som grunnlag for videre forskning.

I diskusjonen rundt legers forpliktelse overfor enkeltpasienter og samfunnet, hevder en rekke forfattere at legers kompetanse er nødvendig inn i prioriteringsarbeidet dels for å sikre at prioriteringssystemene ikke blir oppfattet som irrelevante, dels fordi leger løpende foretar prioriteringer i sitt løpende kliniske arbeid og dels fordi de har en samfunnsmessig forpliktelse parallelt med forpliktelsen overfor den enkelte pasient. Legen i min undersøkelse som inntar rollen som 'hoggestabbe, kompetent beslutningstaker og premissgiver', mener også at leger er de som best kan fatte prioriteringsbeslutninger ut fra sin kompetanse.

På den andre siden argumenteres det i litteraturen for at det må være en viss avstand mellom økonomiske vurderinger og kliniske vurderinger for at tillitsforholdet mellom lege og pasient skal opprettholdes og for å ivareta legens etiske forpliktelser overfor den ene pasienten.

Et tredje aspekt som ikke er omtalt i denne studien til nå, er hensynet til legers identitet og motivasjon. Vi kan ikke omhandle legers rolle i prioritering, uten å se hen til legers tradisjonelle rolle hvor leger kan sies å være utdannet til å behandle, lindre og trøste. Mange har også valgt yrket ut fra dette – ikke for å fordele helsetjenester mellom grupper av pasienter. Respondenten som sa at snakk om prioritering vekker aggresjon i legegruppen, forklarer aggresjonen med en slik tilnærming. ”Det er grunnleggende at vi skal behandle syke mennesker”. Spørsmål om legers rolle i utvidet forstand kan reise en rekke spørsmål i forhold til legers identitet og motivasjon.

La oss tenke at vi tilstreber å avveie disse tre aspektene. Da kan funnet om at rolleforståelse varierer med nivå og funksjon i organisasjonen gi grunnlag for å spørre om det kan være fruktbart at leger differensierer mellom ulike tenkemåter i ulike funksjoner. Dette er et aktuelt tema for videre forskning.

9.3 Kjennetegn ved begrunnelser for prioriteringsbeslutninger

Jeg vil her utdype fem sentrale funn og deretter drøfte et samlet bilde inn mot det etiske perspektiv i referanserammen.

9.3.1 Komplexitet

Jeg velger å betegne begrunnelsene som komplekse fordi resultatene viser at en rekke ulike hensyn tillegges vekt i beslutningssituasjonene.

Ut fra prioriteringsforskriften kunne vi tenke oss at det var de tre kriteriene alvorlighet, effekt og kostnadseffektivitet som var førende for prioriteringsbeslutninger. Disse fremheves også som sentrale av legene i denne undersøkelsen, men i tillegg tillegges altså en rekke andre hensyn også vekt. Dette kan som beskrevet i kapittel 8 være hensyn som livssituasjonsforhold, kvalitet i henvisningene fra primærhelsetjenesten, virksomhetens art og kjerneoppgaver, pasienter og pårørendes ønsker og forventninger og legenes egne følelser. Hver av disse rommer igjen en rekke ulike aspekter som det fører for langt å gå nærmere inn på er. Resultatet gir imidlertid grunnlag for å betegne begrunnelsene som komplekse.

Dette funnet bekrefter Norheims (2008) oppfatning av at også andre hensyn enn de ”moralsk relevante” vil bli tillagt vekt i beslutninger. Det bekrefter også funnene hos Hurst (2005) om at beslutningssituasjonene oppfattes som komplekse.

9.3.2 Skjønnsutøvelse

Når det gjelder skjønn, var respondentene gjennomgående tydelige på at begrunnelsene er preget av stor grad av skjønnsutøvelse, også i faglige vurderinger. ”Det er på en måte faglig, men det faglige er forskjellig”.

Vi kunne tenke oss ut fra prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne i kombinasjon med faglig og annet kunnskapsgrunnlag, at det ikke var så stort rom for skjønnsutøvelse i beslutningene. Imidlertid viser disse resultatene at det både utøves skjønn i faglige vurderinger og at det utøves skjønn i forhold til hvilke hensyn som tillegges vekt i ulike situasjoner og hvordan de ulike hensyn avveies i forhold til hverandre.

Det er interessant å se dette funnet i forhold til begrunnelsen for å utarbeide prioriteringsveilederne, som var å få mindre spredning i utøvelse av prioriteringsforskriften.

9.3.3 Har handlingsrom også etter prioriteringsveilederne

Resultatet viser en gjennomgående oppfatning av at handlingsrommet for den enkelte leges vurderinger er stort også etter at prioriteringsveilederne er kommet.

Vi kunne tenkt at legene ville oppfatte at de fikk lite handlingsrom med prioriteringsveiledere og detaljerte veiledertabeller som førende for beslutningene sine. Imidlertid viser resultatene at dette ikke er tilfelle. Legene oppfatter fortsatt å ha stort handlingsrom, og begrunner dette dels i at det skal gjøres individuelle vurderinger i forhold til den enkelte pasient og dels i at kunnskapsgrunnlag/ faglighet ikke er entydig, altså en relasjon til skjønnsutøvelsen.

Det er interessant å se også dette funnet i lys av begrunnelsen for å utarbeide prioriteringsveilederne, som var å få mindre spredning i utøvelse av prioriteringsforskriften.

9.3.4 Stor grad av ”slik gjør vi det hos oss” i faglig standard

Et av forskningsspørsmålene var om prioriteringsbeslutninger fattes av den enkelte lege eller sammen med andre. Undersøkelsen min gir ikke grunnlag for å besvare dette spørsmålet fullt ut. Imidlertid viser resultatene at når det gjelder faglig standard, mener legene at det er en stor grad av ”slik gjør vi det hos oss” i betydningen omforent oppfatning i fagmiljøet om hva som skal være gjeldende faglig standard.

Disse uttalelsene står i en viss motsetning til uttalelsene om at det utøves stort grad av skjønn også i faglige vurderinger. En mulig forklaring på dette kan være at vi ikke bare snakker om individuelt skjønn, men at det også kan være et slags ”kollektivt skjønn” knyttet til beslutninger om faglig standard. Resultatene er tydeligere og mer entydige når det gjelder skjønnsutøvelse enn når det gjelder denne enigheten om faglig standard.

9.3.5 Kalibrering av skjønn

Et siste funn jeg vil trekke frem i forhold til begrunnelser, er det ene miljøet som har satt i system det de kaller ”kalibrering av skjønn”. Dette handler om at ulike behandlere noen ganger i året vurderer de samme anonymiserte henvisninger, og så diskuterer sine ulike vurderinger. Dette blir nærmere omtalt som del av drøftingen nedenfor.

Det er interessant å se dette funnet i forhold til at legene forteller om stor grad av skjønnsutøvelse og handlingsrom også etter veilederne, og i lys av diskursen slik den fremkommer i det etiske perspektivet i referanserammen.

Jeg vil nedenfor drøfte resultater i undersøkelsen nærmere i forhold til det etiske perspektivet i referanserammen.

9.4 Kan en løpende diskurs om relevante begrunnelser være en egnet arbeidsform i prioriteringsarbeidet på mikronivå?

Det etiske perspektivet retter oppmerksomheten mot ansvar for rimelige begrunnelser og løpende diskurs for å komme frem til hva som er relevante begrunnelser. Utgangspunktet er en forståelse av at det ikke finnes ett svar på hva som er ”riktig” avveining av ulike hensyn i en gitt situasjon og at det ofte vil være uenighet om hva som er ”riktige” prioriteringsbeslutninger blant annet ut fra uforenlige verdikonflikter i helseprioriteringer.

Med utgangspunkt i funnet om stor grad av skjønnsutøvelse, vil jeg drøfte noen resultater i lys av dette perspektivet.

Skjønn, likhet og autonomi

Hvis legers beslutninger i stor grad baseres på skjønn, kan dette forstås som at to leger kan vurdere svært ulikt i tilnærmet like situasjoner. Er da denne skjønnsmessige vurderingen en sikkerhet for at det blir tatt individuelle hensyn i forhold til den enkelte pasient? Eller er den en risiko for at legens personlige preferanser blir førende for beslutningen og at disse vurderingen skaper for stor grad av ulikhet eller tilfeldighet i den norske helsetjenesten til at beslutningene vil kunne oppfattes som legitime og rettferdige? Er det et gode for legen å kunne utøve størst mulig grad av skjønn, eller er det en for stor belastning at handlingsrommet er så stort?

La oss tenke oss to ytterliggående måter å tenke om dette på. Den ene er at hver enkelt lege selv avgjør hva som er relevante begrunnelser ut fra sin skjønnsmessige vurdering. Ut fra legers personlige ansvar for faglig forsvarlighet, aksepterer samfunnet – representert bl a ved nasjonale myndigheter og pasienter – de ulikheter det eventuelt skaper. Legen anses å være den som i størst grad er kompetent til å vurdere hva som er den beste beslutning ut fra sin faglige kunnskap og erfaring, og ingen stiller spørsmål ved de vurderinger som gjøres i forhold til den enkelte pasient. Legens autonomi er absolutt.

En annen tilnærming kunne være at fordi prioriteringssituasjonene er så komplekse og beslutningene kan ha så stor betydning for både enkeltmennesker og samfunn, kan det ikke forventes at den enkelte lege kan ha oversikt nok til å vurdere på egenhånd hva som er den beste beslutning i en gitt situasjon. Det ville også være en for stor byrde å legge på den enkelte lege å skulle ha ansvar for disse vurderingene alene. Det legges derfor opp til et regime der mulige beslutninger reguleres i detalj, slik at pasientene sikres mest mulig like beslutninger. Legenes individuelle vurderinger elimineres i størst mulig grad, det er ikke rom for legens autonomi og ansvaret for eventuelle rasjoneringsbeslutninger er løftet av den enkelte leges skuldre.

Ingen av disse alternativene fremstår som realistiske inn i dagens norske virkelighet. For det første vil legers absolutte autonomi i skjønnsutøvelse utfordres av likhetstanken som står sterkt i det norske samfunn. Det er grenser for hvor store ulikheter i behandlingstilbud som kan aksepteres. Dette var også bakgrunnen for Helsedirektoratets prosjekt om riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten. Fordi prioriteringsforskriften ble oppfattet som å bli praktisert svært ulikt, ble arbeidet med prioriteringsveilederne satt i gang, og de ulike

fagmiljøene ble bedt om å diskutere seg frem til felles beskrivelser for de vanligste tilfellene. Fullstendig autonomi for den enkelte lege kan på bakgrunn av dette anses som urealistisk.

For det andre vil en full regulering utfordres av legers personlige ansvar for faglig forsvarlig behandling, og det vil ikke være ønskelig å frata leger verken plikt eller mulighet til å vurdere den enkelte pasient og situasjon individuelt. Et totalitært regime uten rom for legers individuelle vurdering og en viss grad av autonomi kan derfor også anses som urealistisk.

Det kan derfor ser ut til at vi må søke et tredje alternativ – en mellomting mellom ytterlighetene.

Behov for et supplement i forlengelsen av veilederne?

Dagens situasjon med prioriteringsforskrift, prioriteringsveiledere og veiledertabeller kan sies å være en slik mellomting. Gjennom veilederne angis forventede beslutninger om tildeling av helsetjenester, samtidig som det understrekes at disse er kun veiledende. Det legges altså et grunnlag for felles forståelse av tilnærmet like situasjoner samtidig som det gis åpning for individuelle vurderinger. Vi kan forstå dette som en mellomting mellom full autonomi og full regulering.

Resultatene i denne undersøkelsen viser så at beslutningssituasjonene er komplekse og at en rekke ulike hensyn tillegges vekt. Videre at det utøves stor grad av skjønn, handlingsrommet oppleves stort og at oppfatningen av regelverket og veilederne er ganske ulik. Disse resultatene kan tyde på for det første at det slett ikke er sikkert at veilederne vil bidra til mindre sprik i praktisering av prioriteringsforskriften. Og for det andre at leger ikke nødvendigvis finner støtte for sine vurderinger i veilederne, men fortsatt bærer en stor personlig belastning (jfr ”Strikken”).

Disse resultatene kan således gi grunnlag for å spørre om det er behov for et supplement i forlengelsen av veilederne.

Det etiske perspektiv – løpende diskurs om relevante begrunnelser

La oss nå gå tilbake til det etiske perspektivet i referanserammen. Til grunn for dette perspektivet ligger en forståelse av uenighet og uløselige verdikonflikter knyttet til helseprioriteringer selv om det legges til grunn moralsk relevante begrunnelser. Og videre at beslutningstakerne må diskutere seg frem til hva de i fellesskap kan anse som relevante begrunnelser for at beslutningen skal anses som legitim, rimelig og rettferdig. I lys av dette kan vi spørre om en løpende diskurs om hva som er relevante begrunnelser kan ha noe å bidra med både i forhold til spørsmålet om hva som er ”riktige” beslutninger og i forhold til grad av

belastning på den enkelte lege i vanskelige vurderinger. I så fall kan diskursen tenkes å være et aktuelt supplement i forlengelse av veilederne.

I lys av det etiske perspektivet kan en løpende diskurs bety at beslutningstakere i det aktuelle miljøet diskuterer hva som er relevante begrunnelser for beslutning, med tanke på å komme til enighet om en felles forståelse. Det kan antas at den enkelte beslutningstaker er villig til å la seg overbevise av det bedre argument slik at det er mulig å komme frem til en form for enighet, en ”felles vilje” som det samlede miljøet er enig om å innrette seg etter og at beslutningstakernes kompetanse er nødvendig inn i disse vurderingene/beslutningene. Gjennom at beslutningstakerne formulerer eksplisitte begrunnelser for beslutning, vil både beslutninger og begrunnelser bli åpne. Og gjennom at beslutningstakerne argumentere for og mot egne og andres begrunnelser for beslutning vil de implisitte avveininger mellom ulike hensyn som er foretatt bli eksplisitte og kunne gjøres til gjenstand for diskusjon. Det er denne diskusjonen som over tid kan være viktig for å utvikle en felles forståelse i miljøet, basert på den samlede kompetanse og de samlede vurderinger, for hva som er rimelige og rettfærdige beslutninger. En løpende diskurs vil således kunne tenkes å bidra til en legitim beslutningsprosess slik den er definert i A4R, selv om også de andre kravene i A4R da må innfris.

Hvor fornuftig skal vi så tro at tanken om en løpende diskurs er ut fra den forståelsen av beslutningssituasjonene som kommer frem gjennom denne undersøkelsen?

”Kalibrering av skjønn”

Det ene miljøet som jeg kom i kontakt med i min undersøkelse har satt i system det de kaller for ”kalibrering av skjønn”. De bruker dette systematisk knyttet til vurdering av henvisninger både som avlastning for den enkelte beslutningstaker og for å diskutere seg frem til hva de mener er relevante begrunnelser og rimelige beslutninger. De omtaler dette som å være diskusjoner på mange nivåer – om å forstå regelverket, om å tydeliggjøre hvilke oppgaver de som spesialisthelsetjeneste skal ivareta og om utøvelse av skjønn. De omtaler det også som en viktig avlastning for enkeltleger i vanskelige beslutninger.

Erfaringen deres er at kalibreringen gir nyttige diskusjoner om vurderinger, som gjør at de over tid blir mer samstemt i sine vurderinger. Kalibreringen motvirker at prioriteringsbeslutningene blir ensidig fundert på personlige oppfatninger av hvilke hensyn som skal tillegges vekt i ulike situasjoner, og at den enkelte må stole bare på sine egne mer og mindre skjønnsmessige vurderinger.

Denne erfaringen kan tolkes som et eksempel på løpende diskurs inn mot rimelige og rettferdige beslutninger.

Verdt å prøve for flere?

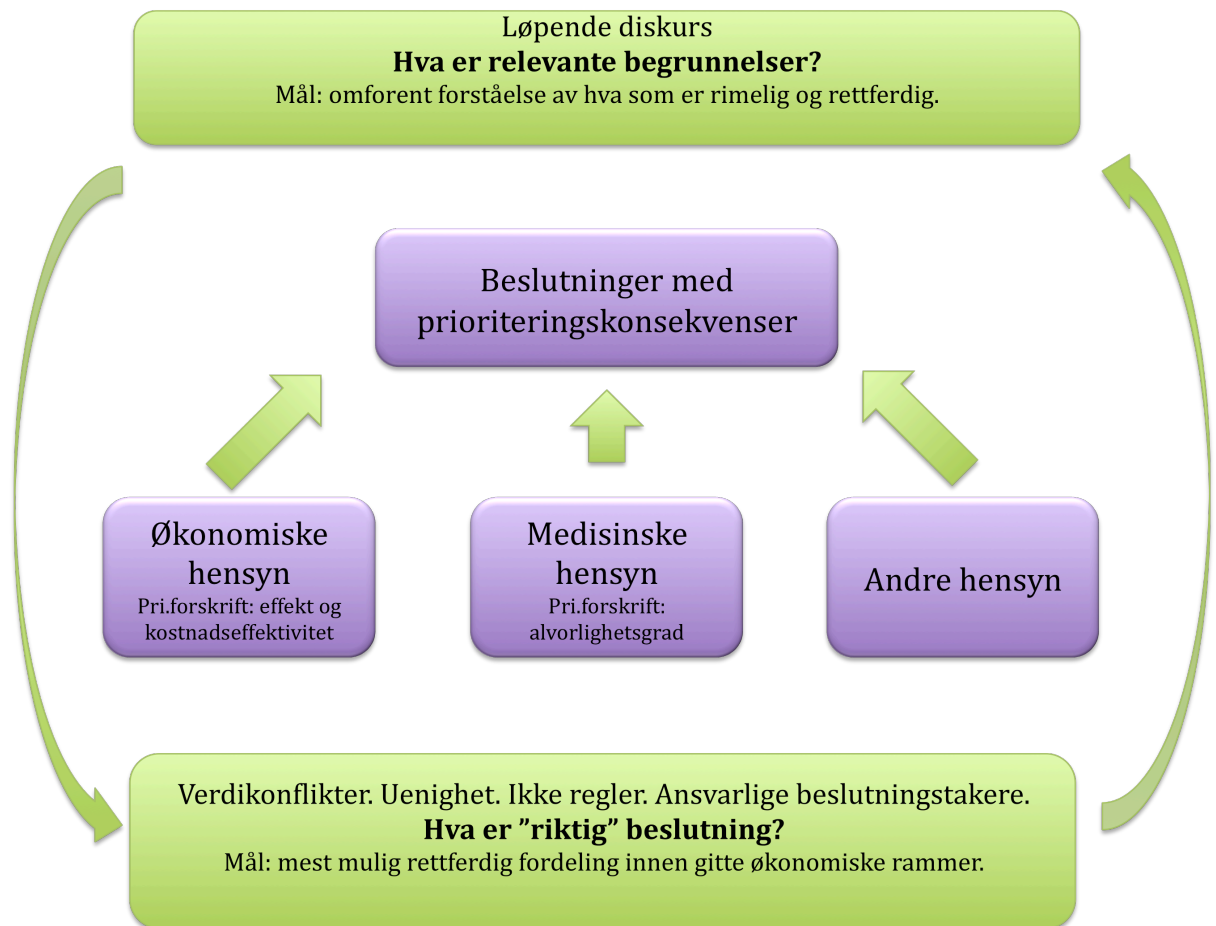
Hvis det ut fra at begrunnelser er preget av kompleksitet og skjønnsutøvelse skulle være et ønske at beslutningene skal baseres mer på felles vurderinger og være resultat av en diskusjon mellom kvalifiserte aktører, kan kanskje dette være verdt å prøve for flere? Og kanskje kan en løpende diskurs også være en støtte og avlastning for legene i vurderingen av vanskelige valg?

Resultatene i denne undersøkelsen viser at det allerede foreligger en stor grad av ”slik gjør vi det her” når det gjelder faglig standard. En diskurs om relevante begrunnelser kunne tenkes å være en forlengelse av disse faglige diskusjonene. Diskursen kan også tenkes å ta opp i seg forhold knyttet til legers rolle i prioriteringsarbeidet som er reist tidligere i denne drøftingen.

Dersom en diskurs etableres, kan forståelsen av prioritering på mikronivå slik den ble angitt i figur 2 utvides som vist i figur 3.

Figur3 illustrerer at prioritering på mikronivå fortsatt handler om avveining av ulike hensyn frem mot beslutninger med prioriteringskonsekvenser, men nå innen rammen av en løpende diskurs om hva som er relevante begrunnelser for beslutning. Formålet med diskursen er å (over tid) komme frem til en omforent forståelse av hva som er rimelige og rettferdige beslutninger.

Figuren illustrerer også hovedtrekkene i den internasjonale prioriteringsdebatten og grunnlaget for A4R som verdikonflikter, uenighet om hva som er ”riktige” beslutninger og krav om ansvarlige beslutningstakere fordi det ikke kan lages regler som styrer prioriteringen. Det er ikke noe i resultatene i denne undersøkelsen som er i motstrid til en slik forståelse. Den norske reguleringen av prioriteringsarbeidet vil bety en viss ”innsnevring” i forhold til hva som skal anse som relevante begrunnelser for beslutning. Imidlertid viser for det første resultatene fra denne studien at begrunnelsene fortsatt er preget av kompleksitet og skjønnsutøvelse. For det andre viser resultatene at beslutninger om utmåling av helsetjenester ikke nødvendigvis oppfattes som prioriteringsbeslutninger. Begge disse forhold kan bidra til å understøtte behovet for en løpende diskurs.



Figur 3 – prioritering på mikronivå med løpende diskurs om relevante begrunnelser

Konklusjon

Funnene i undersøkelsen indikerer at det kan være grunn til å drøfte hvorvidt en løpende diskurs om relevante begrunnelser - f eks av typen "kalibrering av skjønn" - kan være en egnet arbeidsform i prioriteringsarbeidet på mikronivå.

En fordel med en slik diskurs kan være at legegruppens samlede kunnskap og innsikt benyttes inn i vurderingene i det enkelte miljø, eventuelt sammen med annen kompetanse. En annen fordel kan være at den enkelte lege ikke trenger å foreta disse vurderingene på egenhånd. Diskursen kan således tenkes å bidra både til å kalibrere skjønn og til å redusere den følelsesmessige belastningen på den enkelte lege.

Det må eventuelt drøftes hva en slik diskurs skal omfatte, hvordan den kan gjennomføres og hvem som skal delta. Det er antakelig urealistisk å gjennomføre en diskurs i alle mulige beslutningssituasjoner, så dersom det skal kunne etableres som system må det drøftes hvordan dette kan skje.

Det kunne i den sammenheng også være aktuelt å vurdere om en modell for etisk refleksjon eventuelt kunne være en måte å systematisere diskursen på. Dette blir nærmere omtalt i kapittel 11.

Avrunding

Resultater og drøfting i denne studien berører store spørsmål med rikt grunnlag for nye spørsmål og videre forskning. Noen forslag til videre forskning er samlet i kapittel 11. Konklusjoner fra studien oppsummeres i kapittel 10.

DEL V AVSLUTNING

10 KONKLUSJON

Klokskap er regnet som den viktigste dyden. Ikke bare er klokskap et uttrykk for moralsk modenhet, det er også i dypeste forstand utgangspunkt for moralsk frihet. Friheten, knyttet til et selvstendig moralsk skjønn, muliggjør det selvstendige valget... Klokskapen angir mål og retning, ikke bare for de andre dydene, men for all kunnskap og alle typer ferdigheter. (Brunstad 2009:76)

10.1 Prioritering på mikronivå

Min studie er begrunnet i et ønske om innsikt i de ulike aktørers tenkemåte i relasjon til prioritering i helsetjenesten, i denne omgang avgrenset til sykehusleger. Innsikten er søkt gjennom å studere legenes rolleforståelse og begrunnelser for beslutninger. Det er ikke mulig gjennom en avgrenset studie å fange bredden og dybden i disse fenomenene fullt ut. Samtidig har intervju-personenes refleksjoner gitt et rikt innblikk, som gjennom denne fremstillingen forhåpentlig kan gi bidrag til innsikt. Som svar på problemstillingen kan vi ut fra resultater i studien trekke følgende konklusjoner:

- 1) *Legers rolleforståelse i prioriteringssituasjoner er mangfoldig og nyansert, men kan beskrives ut fra to typologi-par:*
 - *"Fordeleren" og "Pasientadvokaten"*
 - *"Den faglige regelverksforvalteren" og "Strikken"*
- 2) *Legers begrunnelser i prioriteringsbeslutninger kjennetegnes av kompleksitet og skjønnsutøvelse.*

En rekke aspekter i resultatene er drøftet i forhold til et økonomisk og et etisk perspektiv på prioritering. Fra det etiske perspektivet kan vi hente forståelsen av løpende diskurs om relevante begrunnelser som et bidrag til rimelig rettferdige prioriteringsbeslutninger. Resultatene fra undersøkelsen sett opp mot dette etiske perspektivet, indikerer at det kan være grunn til å drøfte hvorvidt en løpende diskurs om relevante begrunnelser - f.eks. av typen "kalibrering av skjønn" - kan være en egnet arbeidsform i prioriteringsarbeidet på mikronivå. En slik diskurs kan tenkes å bidra både til å kalibrere skjønnet i beslutningssituasjoner og til å redusere den følelsesmessige belastningen av vanskelige beslutninger hos den enkelte lege. Forhold som aktualiseres ut fra drøfting mot det økonomiske perspektiv kan også tenkes inkludert i en slik løpende diskurs.

10.2 Prioritering på øvrige nivåer i helsetjenesten

I min studie har oppmerksomheten vært rettet mot legers tenkemåte i relasjon til prioritering. Som det fremkommer i Figur 1 i kapittel 6, kan leger anses som en av flere aktørgrupper i det norske prioriteringsarbeidet. For at det samlede arbeidet skal kunne gjennomføres og være helhetlig, må ulike aktører delta i et samspill (Hunter 2007, Norheim 2008). Denne studien omfatter ikke en drøfting av hvilke beslutninger som skal fattes på de ulike nivåer, og undersøker heller ikke øvrige aktørers tenkemåte i relasjon til prioritering. Hvorvidt noen av de spørsmål og resultater som fremkommer i denne studien også kan være relevante for prioriteringsarbeidet på andre nivåer trengs det videre forskning for å gi svar på.

10.3 Studiens begrensninger

Jeg har ikke problematisert eventuelle nivåforskjeller mellom teori/litteratur og undersøkelsens fokus, men lagt til grunn at de elementer som anvendes er gyldige også på mikronivå. Dette kunne vært drøftet nærmere i forhold til problemstilling og resultater i studien.

Begreper og kontekst ble ikke beskrevet eller definert klart for respondentene. De kan derfor ha reflektert ut fra ulike forståelser og utgangspunkt. På den ene siden kan dette være en fordel fordi det gir et bredt tilfang til beskrivelse av rolleforståelse og begrunnelser. På den andre siden kan det være en ulempe fordi respondentene ikke har ”snakket om det samme”. Denne mulige begrensningen kan begrunne en ny studie basert på resultatene i denne undersøkelsen.

For øvrig er forslag til videre forskning ut fra begrensninger i studien angitt i kapittel 11.

11 VIDERE ARBEID

*The experience and research reported in this book illustrate both the complexity of rationing and the extent of unfinished business
(Coulter og Ham i "The global challenge of health care rationing" 2000:233).*

Ut fra avgrensninger og begrensninger i denne oppgaven, vil jeg ønske at blant annet følgende tema blir gjenstand for videre forskning:

- I. Hvordan vurderer sykehusleger resultatene fra denne undersøkelsen? Videre refleksjoner vil kunne bringe frem dypere kunnskap om sykehuslegers rolleforståelse og begrunnelser. Dette kan også være aktuelt å gjennomføre fordi resultatene ikke er validert av respondentene. En ny studie kan basere seg enten på individuelle samtaler eller gruppesamtaler med respondentgruppen fra denne undersøkelsen eller på et nytt utvalg. Alternativt kunne også de fire rolle-typologiene være utgangspunkt for nye studier i større eller mindre skala.
- II. Kan en modell for etisk refleksjon være en måte å gjennomføre en diskurs om relevante begrunnelser på? Det konkluderes i denne undersøkelsen med at det kan være grunn til å diskutere om løpende diskurs om relevante begrunnelser kan være en egnet arbeidsform i prioriteringsarbeidet på mikronivå. En slik diskurs kan også tenke å ta opp i seg vurdering av prioriteringskonsekvenser. En modell for etisk refleksjon vil kunne systematisere diskursen gjennom bestemte faser. Den vil videre kunne bidra til at ulike etiske perspektiver (teorier) tas inn som et fast punkt i diskursen (se bl a Eide og Aadland 2008).

Aadland (1998) argumenterer for hvordan ulike etiske teorier kan benyttes som supplerende innfallsvinkler til refleksjon over etiske dilemma og at man bør argumentere ut fra flere etiske teorier rundt samme problem og la de ulike tankerekkene møtes i en idédiskurs fram mot handlingsvalget (Aadland 1998:92-93). Føllesdal (1998) hevder i en artikkel om betydningen av etisk teori, at etisk teori og etisk refleksjon "kan få oss til å oppdage at det vi gjør, ikke er det eneste som er mulig i den gitte situasjon, at det finnes alternative måter å gjøre ting på, og at disse alternativer kan være bedre enn de rutiner vi er vant til" (Føllesdal 1998:1). Danis og Hurst har i sin artikkel "Developing the Capacity of Ethics Consultants to Promote Just Resource Allocation" pekt på behovet for etisk kompetanse og et bredere teoretisk rammeverk fra politisk filosofi enn det kliniskere

vanligvis trekker på, og foreslår etiske rådgivere for klinikere i bedside-rationing (Danis og Hurst 2009:37). I et norsk system kan antakelig være mer aktuelt å tenke utvikling av etisk kompetanse hos aktørene selv. Det kan også være noe av det Schei et al er inne på når de snakket om etisk ansvar i den faglige kulturen:

Vi må bygge en faglig kultur som klarere erkjenner det etiske ansvaret i faglige beslutninger, og som sterkere bidrar til at legers dømmekraft modnes gjennom refleksjon over erfaringer. Utvikling av selvinnsett, kommunikative ferdigheter og etisk dømmekraft bør tillegges større vekt i medisinsk utdanning på alle nivåer (Schei et al, 2000)

På dette grunnlag kunne det være aktuelt å undersøke om bruk av en modell for etisk refleksjon kan være relevant inn i prioriteringsarbeidet. En slik undersøkelse kan evt sees i sammenheng med punkt I.

- III. Hvordan kan en diskurs om relevante begrunnelser institusjonaliseres? Hvem skal delta, hvilke tema skal drøftes og hvordan skal diskursen gjennomføres? Dersom en diskurs om løpende begrunnelser skal kunne prøves ut som arbeidsform i prioriteringsarbeidet på en mest mulig smidig måte, vil det være aktuelt å gjøre vurderinger av ”når, hvem og hvordan” i forkant. En slik vurdering kan eventuell sees i sammenheng med punkt II. Det kan også være relevant å hente erfaringer fra de kliniske etiske komiteer (eks SME 2007, Førde et al 2005) og fra integrering av evidensbasert medisin i klinisk praksis (eks Lockwood et al 2004)
- IV. Kan en studie av rolleforståelse og begrunnelser hos andre aktører enn sykehusleger gi et bidrag til diskusjon om hvilke roller de ulike aktører skal ha og hvordan samspillet mellom de ulike nivåer og aktører i prioriteringsarbeidet kan styrkes? Som det påpekes av bl a Hunter kan leger ha en legitim rolle i prioriteringsarbeidet bare hvis de inngår i et større prioriteringsregime hvor de ulike nivåene har sine roller (Hunter 2007:522). Norheim hevder at klinisk lederskap i prioritering krever politisk støtte for vanskelig beslutninger (Norheim 2008:903). Og Ubel påpeker at leger ikke kan bære hele rasjoneringsbyrden, men at ulike aktører må ha ulike roller (Ubel 2001:18). Det kan på bakgrunn av dette være aktuelt å søke å få frem bidrag til hvordan samspillet mellom de ulike nivåer i prioriteringsarbeidet kan styrkes.
- V. Hvordan forholder sykehusleger seg til å holde tilbake potensielt nyttig behandling? I min referanseramme er prioritering på mikronivå forstått som beslutninger som kan medføre at pasienten ikke får den aller beste behandling i den aktuelle situasjon. Strech et al (2009)

finner i sin studie at leger ser ut til å være motvillige til å delta i prioriteringsarbeidet dersom det innebærer å holde tilbake potensielt nyttig behandling fra pasientene. Det kunne være aktuelt å undersøke dette spørsmålet i forhold til norske sykehusleger.

- VI. Hva kjennetegner den etiske argumentasjon hos ”Fordeleren” og ”Behandleren”? Etiske perspektiver eller argumentasjoner er ikke undersøkt eksplisitt i denne studien. Dette kunne være aktuelt å gjøre f eks ved å undersøke pliktetiske, konsekvensetiske eller dygdsetiske perspektiver med utgangspunkt i de ulike rolle-typologiene.
- VII. Hvilken betydning kan en differensiering mellom ulike tenkemåter i funksjonen som behandler og funksjonen som planlegger ha? Ut fra ønske om en avveining mellom hensyn til pasientmøtet, til at legers kompetanse benyttes i prioriteringer og til legers identitet og motivasjon, kan vi spørre om det kan være fruktbart at leger differensierer mellom ulike tenkemåter i ulike funksjoner. Det kunne være aktuelt å undersøke dette nærmere.
- VIII. Kan alternativkosttenkning brukes for å unngå å ”skyte i blinde”? ”Pasientadvokaten” sier at det å ta kostnadshensyn er som å skyte i blinde – ”jeg vet jo ikke hva det går på bekostning av”. I det økonomiske perspektivet fremheves alternativkosttenkning som et virkemiddel for å styre knappe ressurser. Det kan være et interessant tema for videre arbeid å undersøke om alternativkosttenkning kan være relevant inn mot prioriteringsbeslutninger på mikronivå.

Litteraturliste

- Aadland, Einar (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Aftenposten (2008). Intervju med Bjørn Inge Larsen 02.12.08.
www.aftenposten.no/meninger/kommentatorer/hafstad/article2803110.ece (lest 19.04.10)
- Brunstad, Paul Otto (2009). *Klokt lederskap*. Mellom dyder og dødssynder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Bruun Wyller, Torgeir (2003) I: *Tidsskrift for den norske legeforening* 3:123
- Calabresi, Guido & Bobbitt, Philip (1978). *Tragic Choices*. The conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York: W.W Norton & Company
- Carlsen, Benedicte og Ole Frithjof Norheim (2005). Saying no is no easy matter. A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. I: *BMC Health Services Research* 5:70
- Carlsson, Per (red) (2005): Prioriteringar innom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder. I: *PrioriteringsCentrum* 2005:2
- Coulter, Angela and Chris Ham (2000). *The global challenge of health care rationing*. London: Open University Press
- Daniels, Norman (1985). *Just Health Care*. Cambridge: University Press
- Daniels, Norman (1994). Four unsolved rationing problems: a challenge. I: *Hastings Center Report* 24;1: 27-29
- Daniels, Norman (2000). Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. I: *British Medical Journal* 321:1300-1
- Daniels, Norman and James E Sabin (2002). *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?* Oxford: University Press
- Daniels, Norman and James E Sabin (2008). Accountability for reasonableness: an update. I: *British Medical Journal* 337: a1850
- Danis, Marion and Samia A Hurst (2009). Developing the Capacity of Ethics Consultants to Promote Just Resource Allocation. I: *The American Journal of Bioethics* 9;4: 37-46
- Den norske legeforening (2007). Lang lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?
<http://www.legeforeningen.no/id/120932.0>
- Den norske legeforening 2002 – etiske retningslinjer for leger.
<http://www.legeforeningen.no/id/485.1> (lest 07.12.09)
- Donaldson, Cam, Angela Bate, Peter Brambley and Howard Waldner (2008). Moving forward on rationing: an economic view. I: *British Medical Journal* 337: a1872
- Eide, Tom og Einar Aadland (2008). *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget
- Evensen, Stein A (2009). Et helsevesen uten grenser? I: Haug, Kjell, Oddvar M Kaarbøe, Trond E Olsen (red). *Et helsevesen uten grenser?* Oslo: Cappelen Damm
- Feiring, Eli (2004). *Rettferdig rasjonering av sykehusbehandling. Om den norske modellen for prioritering mellom pasienter med behov for spesialisert helsehjelp*. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo. Dr.polit avhandling.
- Foglia, Mary Beth, Robert A Pearlman, Melissa Bottrell, Jane K Altemose and Ellen Fox (2009). Ethical Challenges Within Veterans Administrative Healthcare Facilities: Perspectives of Managers, Clinicians, Patients, and Ethics Committee Chairpersons. I: *The American Journal of Bioethics* 9;4: 28-36

- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) av 01. desember 2000 nr 1208
- Føllesdal, Dagfinn (1998). Hva skal vi med etisk teori? I: *Apollon*; 3:12-15
- Føllesdal, Dagfinn (2003). Innledning. I Rawls, John (2003). *Rettferdighet som rimelighet. En reformulering*. Oslo: Pax forlag
- Førde, Reidun (2004). Profesjonsetikk og prioritering er ikkje eld og vatn. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* 7: 958–9
- Førde, Reidun og IH Vandvik (2005). Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. I: *Journal of Medical Ethics* 31:73-77
- Gibson, Jennifer, Craig Mitton, Douglas Martin, Cam Donaldson and Peter Singer (2006). Ethics and economic: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting?. I: *Journal of Health Services Research and Policy* 11;1: 32-27
- Goold, Susan Dorr and Nancy M. Baum (2008). Where are we in the rationing debate? I: *British Medical Journal* 337:a 2047
- Habermas, Jürgen (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Ham, Chris and Glenn Robert (red) (2003). *Reasonable Rationing. International experience of priority setting in health care*. Maidenhead/Philadelphia: Open University Press
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009), Stortingsproposisjon 1S (2009-2010)
- Helsedirektoratet (2006). Prosjekt Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten. http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/om_prosjektet/ (lest 07.12.09)
- Helsedirektoratet (2007). Nettside om riktigere prioritering. http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/ (lest 07.12.09)
- Helsedirektoratet (2008). Mandat for nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. www.kvalitetogprioritering.no/Rådet/Mandat (lest 07.04.10)
- Helsedirektoratet (2009). Prioriteringsveiledere. http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/publikasjoner (lest 07.12.09)
- Helsedirektoratet (2010). Nordmenn har aldri vært friskere. Artikkel publisert på Helsedirektoratets nettsider. www.helsedirektoratet.no/fagnytt/nordmenn_har_aldi_vrt_friskere_667914 (lest 05.04.10)
- Holm, Søren (1998). Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. I: *British Medical Journal* 317:1000-2
- Homans, George (1950). *The Human Group*. N.Y: Harcourt, Brace
- Hunter, David (2007). Am I my brother's gatekeeper? Professional ethics and the prioritisation of healthcare. I: *J Med Ethics* 33: 522-526
- Hurst, Samia A, Reidun Førde, Stella Reiter-Theil, Anne-Marie Slowther, Arnaud Perrier, Renzo Pegoraro and Marion Danis (2007). Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. I: *BMC Health Services Research* 7:137
- Hurst, Samia A, Sara Chandros Hull, Gordon DuVal and Marion Danis (2005). Physicians' Responses to Resource Constraints. I: *Archives of Internal Medicine* 165: 639-644
- Ims, Knut Johannessen (1987). *Leder i dialog*. Universitetsforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: HøyskoleForlaget
- Johansen, Kjell Eyvind (1997). *Etikk – en innføring*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

- Johansson, Kjell Arne (2009). Hvordan fordele penger – etiske prioriteringer i helsetjenesten. I Wilmar, Bente, Pernille Bruusgaard, Jan C Frich og Per Fuggeli (red). *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johansson, Kjell Arne, Ingrid Miljeteig og Ole Frithjof Norheim (2009). Høykostmedisin – mangler vi åpne og legitime prosedyrer for prioritering? I: *Tidsskrift for den norske legeforening* 129:17-20
- Klein, Rudolf (1993). Dimensions of rationing: who should do what? I: *British Medical Journal* 307:309-311
- Klein, Rudolf (2005). A middle way for rationing healthcare resources. Technical analysis is indispensable but only the start. I: *British Medical Journal* 330:1340-1
- Lauridsen, Sigurd (2009). Administrative gatekeeping – a third way between unrestricted patient advocacy and bedside rationing. I: *Bioethics* 23:311-20
- Lockwood Diana, Margaret Armstrong and Alison Grant (2004). Integrating evidence based medicine into routine clinical practice: seven years' experience at the Hospital for Tropical Diseases, London. I: *British Medical Journal* 329:1020-3
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 02. juli 1999 nr 64
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 02. Juli 1999 nr 63
- Løgstrup, K.E (1999). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen Forlag AS
- Nasjonal strategigruppe for prioriteringer (2006). Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 05.02.06.
- NESH (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. [www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf) (lest 21.04.2010)
- Norheim, Ole Frithjof (2003). Norway. I Ham, Chris and Robert, Glenn (red) *Reasonable Rationing. International experience of priority setting in health care*. Maidenhead/Philadelphia: Open University Press
- Norheim, Ole Frithjof (2005). Hva hindrer åpenhet om prioritering? I: *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2005;2
- Norheim, Ole Frithjof (2008). Clinical priority setting. I: *British Medical Journal* 337:a1846
- NOU 1987:23 (Lønning I). Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Sosialdepartementet.
- NOU 1997:18 (Lønning II). Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringen innen norsk helsetjeneste. Sosial- og helsedepartementet.
- Repstad, Pål (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Schei, E, OF Norheim, G Rørtveit, DE Lysebo og S Hjørleifsson (2000). Legen – den enøyde samaritan? I: *Tidsskrift for den norske legeforening* 120:1207-9
- Skjørshammer, Morten (2004): *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- SME (2007). Manual for arbeidet i klinisk etikk-komite. UiO. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Seksjon for medisinsk etikk. Mai 2007.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter.
- Strech, Daniel, Govind Persad, Georg Marckmann and Marion Danis. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. I: *Health Policy* 90:113–124
- Ubel, Peter A (2001) Physicians, Thou Shalt Ration: The Necessary Role of Bedside Rationing in Controlling Healthcare Costs. I: *Healthcare Papers* 2(2) 2001:10-21

Vedlegg

1. Henvendelse til respondentene
2. Intervjuguide

Vedlegg 1 Henvendelse til respondentene

God dag!

Jeg arbeider med en masteroppgave i verdibasert ledelse med tema prioritering i helsetjenesten og fokus på mikro-nivå i spesialisthelsetjenesten. I den forbindelse skal jeg gjennomføre noen (få) intervjuer, og lurte på om du kan avsette en time til en samtale med meg i løpet av de neste ukene. Bruk av intervjuene vil være anonymisert inn i oppgaven. Du trenger ikke gjøre særskilte forberedelser til samtalen og den kan gjennomføres på et tidspunkt på døgnet som passer for deg.

Stikkord om bakgrunn for samtalen er ressursfordeling, skjønnsutøvelse og legers krysspress-rolle som "portvakt" og pasientens advokat. Jeg ønsker å samtale om hvordan du opplever handlingsrommet ditt ved prioriteringsbeslutninger og andre aspekter ved prioriteringsarbeidet som du opplever vesentlig.

Jeg håper på positivt svar fra deg! Du kan gjerne svare på denne e-posten. Og hvis jeg ikke har hørt fra deg i løpet av et par dager, ringer jeg:-) For ordens skyld: det er avklart med din avdelingssjef at jeg henvender meg til deg.

Mvh
Jorun

Vedlegg 2 Intervjuguide

I Innledning (tentativt 10 min)

1. Småprat. OK med opptak?
2. Rigging av opptaksutstyr. Lydprøve.
3. Takk for at du stiller opp til dette intervjuet! Vi har avsatt en time, så det er den rammen vi forholder oss til.
4. Masteroppgaven min handler om prioritering i helsetjenesten, et arbeid hvor leger har en sentral rolle. Jeg trenger derfor å forstå hvilke problemstillinger dere som leger står overfor og hvordan dere tenker og vurderer i disse situasjonene. Er glad for at du vil dele av dine erfaringer. Formen på intervjuet håper jeg i utgangspunktet kan være en åpen samtale mer enn spørsmål og svar, slik at jeg kan få innsikt i hvordan du opplever, tenker og vurderer. Så kan jeg heller etter hvert supplere med noen spørsmål der hvor jeg ser at jeg trenger utfyllende forståelse.
5. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, og bruken av intervjuene vil være anonymisert inn i oppgaven. Arbeidet skal ferdigstilles innen 3. mai 2010.
6. Har med dette enkle skjemaet for administrative data som det er fint om du kan fylle ut eller besvare muntlig før vi går fra hverandre

II Samtale (tentativt 45 min)

- ”Snakk til meg om prioritering”. Hvilke prioriteringssituasjoner møter du, hvordan opplever du dem og hvordan tenker og vurderer du i dem? (tentativt 25 min)
 - Mulige oppfølgingsspørsmål til bruk i ulike deler av samtalen. (Spm 9 – 18 tilstrebes ikke benyttet før siste halvdel av intervjuet).
1. Kan du utdype det litt mer?
 2. Kan du nevne ett/flere eksempler?
 3. Hva opplever du som dilemma i denne situasjonen?
 4. Hvordan tenker du i en slik situasjon?
 5. Hva baserer du beslutningene dine på i en slik situasjon?
 6. Hvilke ulike hensyn opplever du å måtte veie mot hverandre i denne/disse situasjon(e)?
 7. Hva veier til syvende og sist tyngst når du tar slike beslutninger?
 8. Hva opplever du som det vanskeligste i slike situasjoner?

9. Gjengir eller diskuterer du noen gang dine beslutninger og/eller vurderinger til/med noen andre?
10. Diskuteres denne type situasjoner (prioriteringer/beslutninger/avveiiinger) i legekollegiet?
11. Hvordan fattes beslutninger om faglig standard (for pasientgrupper) – av den enkelte lege eller av kollegiet?
12. Prioritering kan handle både om og når pasienten får behandling, og om hvilken behandling pasienten får. Hva er dine refleksjoner rundt dette?
13. Hvordan opplever du handlingsrommet ditt i prioriteringsbeslutninger, - er det rom/behov for skjønn innen rammen av forskrift og veiledere?
14. Hvordan opplever du forholdet mellom kunnskapsgrunnlag og skjønnsutøvelse ved prioriteringsbeslutninger?
15. Hvordan opplever du din egen rolle i prioriteringsarbeidet?
16. Hvordan opplever du bevisstheten rundt prioriteringsarbeidet – for egen del og i kollegiet?
17. Vi økonomer er opplært til å hele tiden være oppmerksom på alternative måter anvende ressursene på. Inn i deres prioriteringssituasjoner kan det handle om å tenke hvilke andre pasienter/pasientgrupper/behandlinger som kan gis for de samme ressursene som nå er aktuelt å benytte til en pasient/pasientgruppe. Er dette en tenkning du bevisst eller ubevisst benytter i dine prioriteringsbeslutninger? Hvis ikke: synes en slik tenkning relevant?
18. Hva tror du om likheter og forskjeller i vurdering mellom institusjoner/sykehus? (supplert underveis i intervjurunden)

Avrunding: Er det andre aspekter ved prioriteringsarbeidet enn det vi nå har vært inne på som du synes er viktige?

III Avslutning (tentativt 5 min)

- Takk for at du har delt av dine erfaringer!
- Kan jeg evt få lov til å komme tilbake med tilleggsspørsmål?
- Utfylling av skjema
- Takk for hjelpen