

**Paper II**

**Klinisk Skjønn og Prioriteringer**

*Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol. 8 No.2, 2005: 90-99*



# Klinisk skjønn og prioriteringer

Kristine Bærøe

## Clinical discretion and priority settings

This essay attempts to clarify some important aspects of clinical priority setting for and by professional health workers. Opposing some acclaimed views presented in the Norwegian debate, an argument is presented concluding that the clinical practitioner should consider him- or herself morally responsible not merely for securing the interests of particular patients, but also for guarding broader societal interests. This argument is then connected to an analysis of some of the most general features of clinical discretion, in order to sketch a basic framework for future discussion of priority setting.

*Kristine Bærøe  
Stipendiat  
Senter for Vitskapsteori/Institutt for  
samfunnsmedisinske fag,  
Universitetet i Bergen  
e-post: Kristine.Baroe@isf.uib.no*

*I denne artikkelen forsøker jeg å skissere enkelte perspektiver det kan være nyttig å forstå det kliniske prioriteringsarbeidet ut fra, med tanke på å etablere god prioriteringspraksis blant leger. Ved å kombinere en analyse av klinisk skjønn med et argument for at legene er moralsk forpliktet til å ivareta både pasient- og samfunnshensyn, etableres rammene for en diskusjon om hvordan rettferdige prioriteringer kan finne sted i den kliniske hverdag.*

## Legerollen i skjæringspunktet mellom moral, politikk og profesjon

I et premiert essay i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* tar V.B. Wyller til orde for å innskrenke legers ansvarsområde til kun å gjelde den konkrete pasient (Wyller 1999). Han fremmer her forslag om at legene må foreta et grunnleggende etisk valg ved å fokusere på individet og ikke kollektivet. Forfatteren reiser med dette et viktig spørsmål om hvor grensen skal trekkes for legers ansvar. Hvordan leger forholder seg til dette spørsmålet har avgjørende betydning for en rettferdig fordeling av helsetjenester.

Wyllers tilrådning kan virke uproblematisk i akutte situasjoner der det står om liv eller død. De færreste ville akseptere en henvisning til budsjettposter som en legitim grunn til å avstå fra å gi tilgjengelig hjelp dersom døden ellers ville være et sikkert utfall. Adskillig mer uklart er det om Wyllers prinsipp skal gjelde i møtet med mindre dramatiske og akutte helseproblemer. Denne uklarheten kommer blant annet til uttrykk i legenes egne diskusjoner rundt screeningundersøkelser og medikamentelle behandlingsprosedyrer der den enkelte pasients gevinst vurderes opp i mot det offentliges utgifter (Gulbrandsen 1999).

Et sentralt poeng i Wyllers argumentasjon er at leger ikke besitter noen spesiell moralsk autoritet

når det gjelder å treffe beslutninger om rettferdig fordeling av kollektive goder, og derfor heller ikke bør ha dette ansvaret. Å fordre at legene skal vokte samfunnets interesser ved å ta hensyn til ressursbruken, er å pålegge legene å gjøre politiske prioriteringer som bør være forbeholdt demokratisk valgte forsamlinger, blir det fremholdt. I det følgende vil jeg argumentere for at også dette er et moralsk ansvar som legene hverken kan eller bør ignorere i en klinisk hverdag, og at erkjennelsen av ansvaret for at egne valg påvirker fordelingen av fellesskapets goder må sees på som en vesentlig komponent for utøvelse av et godt klinisk skjønn. La oss nærme oss disse poengene ved å se på konsekvensene av å innta det standpunkt som Wyller tilråder.

### Legens pasient- og samfunnsansvar

Det faktum at syke mennesker er avhengige av legers kompetanse, gir profesjonen et helt særskilt mellommenneskelig moralsk ansvar. Det er ikke vanskelig å forstå at en lege vil ønske å gi sin pasient de beste muligheter for å bli frisk, uten å måtte skjele til prislappen. I det konkrete møtet mellom lege og pasient der pasientens ve og vel i stor grad avhenger av legens vurderinger, utfordres legens ansvarsfølelse på en annen måte enn hva et tallmateriale over andre ukjente, trengende vil kunne klare. Ut fra omsorgsetiske betraktninger vil man ved å henvise til en avhengighetsrelasjon av denne typen, kunne rettferdiggjøre beslutninger som indirekte reduserer andres mulighet til å få et ekvivalent behandlingstilbud. Legens ansvar er imidlertid ikke lenger entydig når «tallmaterialet» konkretiseres i en serie av pasienter. Valget vil da stå mellom å gi noen av sine pasienter behandlingsmuligheter på bekostning av andre, eller ikke å gjøre det. I denne sammenhengen vil ikke et argument om «hva den individuelle pasienten er best tjent med» fungere som en tilstrekkelig grunn for å fatte en velbegrunnet beslutning.

Det synes opplagt at ensidig fokusering på den individuelle pasient, vil få følger for en rekke andre. All den tid ressursene i helsevesenet er begrensede, medfører det å utelukkende konsentrere seg om enkeltpasienters behov uten å ta hensyn til ressurs-

bruken, et redusert helsetilbud til andre trengende. Når noen velges, velges andre bort. Så brutalt kan den etiske utfordring helsepersonell daglig står overfor spissformuleres.

Nå må det påpekes at det etisk relevante forholdet mellom handling og konsekvenser kan fremstå mer og mindre tydelig for det involverte helsepersonellet. For sykehustilsatte med mellomlederansvar og innsparingskrav hengende over seg, er det grunn til å tro det i høyeste grad lar seg erkjenne (Rasmussen 2000). For allmennpraktikeren som skriver ut medikamenter på «blå resept» og henviser pasienter til spesialister, ligger kanskje ikke dette forholdet like klart i dagen. Legenes arbeid med å fordele de tilgjengelige godene, ser ut til å anta en direkte og en indirekte form med dertil korresponderende ansvarsbegreper. Det «direkte» samfunnsansvaret gjør seg bare gjeldende når legen har både en administrativ og en faglig stilling, mens det «indirekte» samfunnsansvaret gjør seg gjeldene når konsekvensene av ressursfordelingen ikke klart avtegner seg for aktøren. I hvilken grad en aktør kan stilles moralsk ansvarlig for konkrete konsekvenser han i handlingsøyeblikket vanskelig kan overskue, kan selvsagt diskuteres. Men det poenget rokker likevel ikke ved argumentet om at et «indirekte» samfunnsansvar er å betrakte som et moralsk ansvar, all den tid vi forutsetter at legen er klar over at helsetjenester han formidler er finansiert av felleskassen.

På bakgrunn av det som her er sagt, vil samfunnsansvaret utgjøre et *moralsk* ansvar på linje med pasientansvaret. Å ignorere det ene ansvarshensynet på bekostning av det andre på prinsipiell basis, vil i seg selv være en moralsk problematisk avgjørelse. Ansvarsområdene lar seg ikke atskille som to uavhengige beslutningsdomener som legene som *moralske aktører* står fri til å velge mellom. I metaetisk forstand befinner de seg hinsides en valgsituasjon. Neste spørsmål blir så om legene utelukkende betraktet som *profesjonelle yrkesutøvere* kan påberope seg denne friheten?

Dette siste spørsmålet kan ikke behandles uavhengig av følgende problemstilling: Hvis ikke legene skal sortere hvilke pasienter som skal tilbys hva, hvem skal da gjøre det? (Schei, Norheim,

Rørtveit og Lysebo 2000). Legene besitter den medisinske kunnskap og erfaring som utvilsomt er vesentlig for å ta kompetente etiske avgjørelser. Det i seg selv gir dem ingen særegen moralsk autoritet, men et fortrinn med hensyn til å vurdere situasjonen i lys av relevant informasjon. Retorisk kan man spørre om det vil være tilforlataelig i profesjonell forstand å overlata dette ansvaret til noen som mangler den mest relevante kompetansen? Å fraskrive seg et ansvar betyr ikke nødvendigvis at man unnslipper det. Under antagelsen om at leger også er moralske aktører som vil hegne om egen integritet, vil det å skulle utføre sin gjerning underlagt andres verdirelaterte behovsvurderinger, bli en ubehagelig utfordring. En ting er å selv fatte vanskelige beslutninger, noe annet er det å forvalte andres når man ikke selv har kunnet påvirke beslutningsprosessen, og især hvis man opplever dem som problematiske. I tillegg vil det være vanskelig å plassere det profesjonelle ansvaret for den indirekte ressursfordelingen legene i førstelinjetjenesten utfører, hos andre enn legene selv. Det er verdt å merke seg at det å argumentere for legers manglende frihet til å fraskrive seg et samfunnsansvar i profesjonell forstand, ikke er ensbetydende med å forsvare den oppfatning at legene er suverene eller selvtilstrekkelige med hensyn til ivaretagelse av det samme ansvaret. Det viktigste poenget vi kan trekke ut av drøftelsen så langt, er at legeyrket er uløselig bundet til både et pasient- og et samfunnsansvar og at det nettopp også *bør* være det.

### Profesjonsetikken

Den Norske Lægeforening har formulert etiske retningslinjer for leger som skal fatte beslutninger i situasjoner som krever dømmekraft ut over teknisk fagkunnskap. Av diskusjonen så langt har vi funnet holdepunkter for at legenes profesjonsetikk må være tuftet på innrømmelse av et ansvar overfor både pasient og samfunn. I Den Norske Lægeforeningens «Etske regler for leger» finner vi:

Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet... Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i for-

hold til pasient og samfunn... En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi... Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel... (<http://www.legeforeningen.no>).

De etiske reglene stadfester med andre ord legens ansvar overfor pasienten, samt ansvaret yrkesgruppen har for ressursfordeling, forstått som et samfunnsansvar. Men hvilken hjelp finnes i disse reglene når pasientansvaret og samfunnsansvaret kommer i konflikt? Hva når ivaretagelsen av pasientens interesser innebærer en prioritering, men der det er uklart hvorvidt prioriteringen vil være å vurdere som «berettiget»? I denne type situasjoner er det ikke mye hjelp å hente i et sett generelle regler, siden den etiske evalueringen av beslutningen vil måtte sees i sammenheng med en subjektiv fortolkning av hvilke hensyn som veier tyngst. Beslutninger i situasjoner med motstridende hensyn kan ikke rettferdiggjøres ved henvisning til enkeltvisse paragrafer. Den etiske vurderingen som i siste instans ligger til grunn for legenes beslutninger lar seg med andre ord ikke direkte regulere av profesjonens etiske regler, men må baseres på bruk av skjønn. Hva innebærer det så å utøve skjønn?

### Skjønn

Skjønnsbruk betraktes ofte som en særegen operasjon som i unntakssituasjoner må legges til ordinær fornuftsbruk. Ved formuleringer som «det må gis rom for bruk av skjønn» og «i dette tilfelle må saksbehandlerene utvise skjønn» skapes inntrykk av at man påkaller en særskilt måte å resonnerer på.

Bruk av «skjønn» i beslutningsgrunnlaget for våre handlingsvalg er gjenstand for ulike evalueringer, avhengig av hvilken kontekst det benyttes i. På den ene siden fremstår skjønnsbruk ofte som et rosverdig bidrag som assosieres med tilpasningsdyktighet, fleksibilitet og smidighet i situasjoner der regeltrø handling ville vært uhensiktsmessig. På den andre siden nedvurderes også ofte skjønnsbruk som et subjektivt, uetterrettelig, vilkårlig og

omtrentlig bidrag til beslutningsgrunnlaget. Felles er imidlertid at man tenker seg skjønnsbruk som et tillegg til, eller unntak fra, den alminnelige fornuftsbruk som måtte være etablert som regelgivende for den aktuelle typen beslutninger.

Betrakter man skjønnsbruk på denne måten står man overfor følgende problem: Hvordan skal man redegjøre for at beslutningstakeren blir oppmerksom på at situasjonen krever en annen type beslutningsstrategi enn den handlingsregelen man vanligvis anvender på lignende situasjoner? Hvordan kan han se at det å følge en etablert handlingsregel i et gitt tilfelle ikke vil være riktig? Det er nærliggende å svare at han ser at det er andre trekk ved denne situasjonen det er relevant å ta hensyn til når han skal treffe en god beslutning, enn de han vanligvis tar hensyn til i lignende situasjoner. Det kreves skjønn for å vurdere om situasjonen har eller ikke har de trekk den må ha for å anvende regelen. Videre kreves det også skjønnsbruk for å vurdere om situasjonen har trekk som tilsier at regelen likevel ikke skal anvendes. Enhver anvendelse av en regel krever skjønn, ikke bare anvendelsen i spesielle tilfeller. Dette gir oss grunn til å avvise at skjønn bør betraktes som en spesialisert måte vi nå og da overveier handlingsvalg på. Hvis skjønnsbruk ikke representerer en særskilt form for resonnering om hva en skal gjøre, må vi anta den er integrert i all resonnering som fører frem til handling eller beslutning om å handle. Dette gjelder for handlingslivet generelt og faglig forankrete praksiser spesielt.

### Klinisk skjønn

Bruken av begrepet «klinisk skjønn» ser også ut til å variere med hensyn til meningsinnhold. Begrepet brukes gjerne om en egen form for kunnskap (Steihaug 2003; Light og Aasland 2003). Dette er lærdom klinikerens erverver seg gjennom prøving og feiling i praksis. Svært enkelt kan vi si at det kreves teoretisk kunnskap for å kunne vite hva som *kan* gjøres, mens det kreves klinisk skjønn for å vite hva som *bør* gjøres i konkrete situasjoner. Innholdet i denne kunnskapen lar seg imidlertid ikke utlegge i henhold til naturvitenskaplige standarder for kunnskap. Av den grunn nedvurderes noen ganger

«klinisk skjønn» ganske avvisende som en form for synsing.

En mer positiv valør har imidlertid begrepet «klinisk skjønn» når det brukes om klinikerens evne til å omsette generell kunnskap i en partikulær situasjon. Begrepet «klinisk skjønn» kan for eksempel forstås som «kontekstuell tilpasning av eksplisitt uttrykt kunnskap i en unik situasjon» (Braut 1998).

«Klinisk skjønn» blir altså brukt både om faglig lærdom ervervet i klinisk praksis og om evnen til å anvende relevant faglig lærdom i en gitt situasjon. I det følgende skal vi se nærmere på hvordan disse to måtene å forstå klinisk skjønn på kan relateres til hverandre.

Atle Måseide har trukket et skille mellom moralsk skjønn og godt moralsk skjønn som er nyttig i denne sammenhengen (Måseide 1988). Et tilsvarende skille bør også kunne trekkes mellom klinisk skjønn og godt klinisk skjønn, ettersom vi må anta at skjønnets grunnleggende struktur vil være den samme uansett i hvilken praksis det utøves. Måseide skriver:

Nå lar det seg skille mellom *moralsk skjønn* og *godt moralsk skjønn*. Det siste – til skilnad fra det første – har vi når vi ikkje berre har vurdert og gjort moralske erfaringar, men i tillegg har tenkt – og tenker – systematisk gjennom dei moralske erfaringane og vurderingane våre, og vi utfrå dette etter kvart blir meir og meir i stand til å anvende innsikten eller det innsiktsbaserte «blikket» vi såleis skaffar oss, på stadig nye konkrete handlingssituasjonar... (Måseide 1988:53).

Godt klinisk skjønn kan vi tenke oss eksplisert over samme lest som godt moralsk skjønn i beskrivelsen over. Systematisk refleksjon over erfaringene med egne og andres vellykkete og mindre vellykkete intervensjoner der en spør seg hva grunnene var til at man gjorde det man gjorde, og hva man eventuelt burde ha gjort, vil gradvis finstemme klinikerens sensitivitet overfor relevante hensyn han bør være oppmerksom på ved nye konsultasjoner. Artikulerer man systematisk den erfaringen man gjør

seg, og handlingsgrunnene man gir seg, vil skjønnet kunne forstås som et erfaringsreservoar som i prinsippet også kan formidles til andre.

Fremstillingen tilsier at godt moralsk skjønn kan forstås som en dynamisk prosess der den erfaringsbaserte innsikten trener evnen til å identifisere hva som er relevante hensyn i nye situasjoner. Læringsprosessen kan visualiseres som en oppadgående spiral hvor erfaring fra stadig flere situasjoner setter en stadig bedre i stand til å fatte gode beslutninger i forhold til et stadig bredere utvalg av nye tilfeller. Feiltrinn og mindre gode beslutninger man selv fatter eller observerer andre fatte med påfølgende revurdering av anvendt handlingsregel, forhindrer at fortolkningsprosessen ender i en sluttet sirkel. I en lukket fortolkningsprosess vil man i enhver ny situasjon uten å reflektere kun identifisere som relevante trekk det man i lignende situasjoner har fått bekreftet har relevans. Man vil da mangle evnen til å lære av nye tilfeller.

Hvordan kan vi så skille et godt klinisk skjønn fra et mindre godt? En beslutningstaker utviser godt klinisk skjønn når han gjentatte ganger utfører vellykkete handlinger på grunnlag av varierende hensyn som ikke nødvendigvis har en selvsagt relevans for andre beslutningstagere innen samme praksis. Vedkommende ville ha utvist et mindre godt klinisk skjønn i nøyaktig de samme situasjonene dersom en mindre andel tiltak er like vellykkete. Legg merke til at det på bakgrunn av det som til nå er sagt, aldri kan være korrekt å si om en kliniker at vedkommende *mangler* klinisk skjønn. Skjønnet vil alltid måtte være virksomt. Det kliniske skjønnet kan dermed evalueres på bakgrunn av hvorvidt utøverens handlinger gjenspeiler at vedkommende har nyttiggjort seg av egne og andres erfaringer og er i stand til å oppdage partikulære trekk som differensierer tilsynelatende like situasjoner.

Sammenligningen mellom moralsk og klinisk skjønn krever nå en kritisk bemerkning: vi har til nå angitt «vellykkete handlinger» som et kriterium på utøvelse av et godt klinisk skjønn, men har ikke sagt noe om hva som kjennetegner disse som «vellykkete». Vellykkethet kan forsøksvis knyttes til «helse», «velvære», «fravær av lidelse» og så videre,

siden både leger og pasienter, og ulike kulturer tillegger disse tilstandene verdi. En fullstendig definisjon av «vellykkethet» i denne sammenheng er neppe mulig og heller ikke ønskelig gitt at individer har ulike oppfatninger, og at ulike kulturelle strømninger oppfatter helse og verdien av god helse forskjellig. Et forsøk på dette ville undergrave fundamentet for måten vi nå har forstått skjønn på, og sette teoretiske hindere i veien for muligheten for å forstå skjønnet som en åpen prosess under stadig utvikling. Et annet problem ville også være knyttet til en slik definisjon: Hvem skulle ha rett til å definere? Fra diskusjonen over har vi imidlertid en kilde til ekstern kritikk av praksisen: Det gode kliniske skjønn slik det konstitueres i handlinger må reflektere en erkjennelse av det tosidige ansvaret overfor henholdsvis pasient og samfunn som legestanden er pålagt som profesjon.

### Retningslinjer for prioritering

I Lønningutvalgenes retningslinjer for prioritering, finner vi kriterier som er tenkt å skulle ligge til grunn for legenes skjønnsmessige vurderinger av hvem som skal tilbys behandling i den norske helsetjenesten (NOU 1987:23; NOU 1997:18). Lønning I-utvalget konkluderte med at det er alvorlighetsgraden ved tilstanden som må vektlegges i en prioriteringssituasjon. Ti år senere samlet Lønning II-utvalget seg om tre kriterier som grunnlag for prioritering: Alvorlighetsgraden av tilstanden, nytten (de kliniske resultater en kan forvente at et tiltak vil ha) og kostnadseffektiviteten av tiltaket. Retningslinjene ble utarbeidet for anvendelse på politisk og administrativt nivå, samt i det kliniske arbeidet med pasienter.

Her kan det være greit å skille mellom et «direkte» og et «indirekte» samfunnsansvar. For sykehusleger med administrative oppgaver, som innebærer et «direkte» ansvar for å foreta prioriteringer mellom pasienter, gir disse retningslinjene generelle kriterier for hvilke hensyn som bør vektlegges i sorteringsarbeidet. De samme kriteriene ligger til en viss grad til grunn for de såkalte «kliniske retningslinjene» mange leger arbeider i henhold til. Disse retningslinjene angir tiltaks- og behandlingsprosedyrer for ulike diagnoser, tilvirket med henblikk på

standardisering av dokumentert kunnskap om nytte og effektivitet. Det «indirekte» samfunnsansvaret blir dermed regulert gjennom de kliniske retningslinjene. Både politisk vedtatte retningslinjer for prioriteringer og det medisinske fagmiljøets egne kliniske retningslinjer, er i teorien tenkt å bidra til god skjønnanvendelse blant legene. La oss nå se hvordan implementeringen av retningslinjer for prioritering har fungert i praksis.

### Klinisk skjønn og retningslinjer for prioriteringer

I september 2000 ble det avholdt et seminar om utvikling av prioriteringskriterier i helsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* rapporterte at ulike oppfatninger av kriterienes nytte og funksjon kom til uttrykk ved dette seminaret (Husom 2000). Noen fremholdt at legenes beslutninger bør ta utgangspunkt i hva pasienten er tjent med. Dermed vil innføringen av et regelverk som grunnlag for prioriteringer på individnivå være nytteløst. Andre holdt fast ved at det ikke er galt å anvende regler og kriterier for å sortere pasienter. Denne type regler kan dessuten skape «trygghet» ved kliniske beslutninger når de betraktes som overordnede kjøreregler. Den «trygghet» som omtales her kan tolkes som ensbetydende med tillit til at beslutningene er etisk forsvarlige.

Dette ordskiftet kan tjene til å illustrerer flere forhold. For det første viser det at det å implementere prioriteringsretningslinjer ikke er et friksjonsfritt foretak. For det andre angir det momenter vi kan anvende i en drøftelse av i hvilken grad disse retningslinjene kan tenkes å bidra til en rettferdig fordeling av helsetjenesten. Det følgende må forstås på bakgrunn av hva som er sagt om utviklingen av et godt klinisk skjønn.

La oss anta følgende:

- Legene må ha pasientenes tillit
- Befolkningen må kunne stole på at leger er seg bevisst det ansvaret de har for hvordan samfunnets felles goder fordeles
- Legene selv må ha tillit til at de beslutninger de treffer er riktige.

Det siste av disse punktene angår et forhold som ikke finnes artikulert i noen regler, men som stilltende forutsettes å være tilstede. Like fullt er dette et forhold som er av stor betydning for hvordan legen skjøtter sin profesjon. Legen må kunne stole på sin egen skjønnsmessige vurdering av hvem han skal tilby behandling når ressursene er knappe. En undersøkelse foretatt blant allmennpraktikere i Nord Norge tilsier at dette ikke bare er teoretiske betraktninger om legens behov. I 1993 ønsket over halvparten av informantene flere offentlige retningslinjer til hjelp i pasientrelaterte prioriterings-situasjoner (Arnesen og Fredriksen 1995). Yrket krever handling, og motivasjon til å gjennomføre etiske beslutninger må sees i sammenheng med hva aktøren har akseptert som gode moralske grunner å handle ut fra (Smith 1994). Legens tillit til at han gjør gode vurderinger er vesentlig for å sikre den besluttsomhet som er viktig for å oppnå pasientens tillit til at han utøver godt skjønn.

Hva kan vi så si om antagelsen om at prioriteringsreglene betraktet som overordnede kjøreregler vil kunne gi legen tillit til at valgene som tas er riktige? Prioriteringsreglene er gitt som generelle normer for hvilke hensyn som skal tillegges vekt når beslutningene skal tas. Vi har tidligere sett at vi er nødt til å bruke skjønn når generelle regler skal benyttes i partikulære situasjoner. Jo bedre skjønn man har utviklet, jo mer finjustert vil gjenkjennelsen av relevante trekk i situasjonen være. Skal man ha god nytte av retningslinjene slik de er formulert, ser det ut som om det vil være en forutsetning at man allerede har et godt skjønn. Har man det, er det ingen grunn til å anta at det er prioriteringsreglene som tilfører beslutningstakeren tillit til egen beslutningsevne. Mer sannsynlig er det at denne tilliten som igjen har betydning for pasientens tillit til at legen gjør gode vurderinger, er ervervet gjennom de kliniske erfaringer han har gjort seg. Konklusjonen må være at prioriteringsregler alene ikke kan forventes å ha betydning for hverken pasientens tillit til legen eller legens tillit til egen beslutningsevne. Vi kommer senere tilbake til hvordan disse reglene likevel kan spille en rolle i etableringen av god prioriteringspraksis.



Nå er imidlertid ikke det som her er sagt det samme som å hevde at ethvert forsøk på å etablere normative retningslinjer er dømt til å mislykkes. Lønning II-utvalget gjorde en viktig strategiendring i prioriteringsarbeidet. Ved å åpne for at de ulike spesialitetene gjennom egne fagutvalg skal komme med innspill om konkrete prioriteringstiltak overfor Nasjonalt råd for prioriteringer, har man nå sikret profesjonen kontinuerlig deltagelse på et overordnet beslutningsnivå. La oss se hvordan den nye prosessorienterte strategien for utvikling av retningslinjer kan håndtere problemene overfor.

### Faglige versus politiske retningslinjer for prioritering

Lønningutvalgenes retningslinjer er overlevert med en forventning om at de skal komme til anvendelse i legenes konkrete arbeid med pasienter. I denne forstand kan vi si at reglene er dirigert «ovenifra og ned» (Holm 1998). De ulike fagutvalgene som blir etablert spiller en viktig rolle i en annen type beslutningsprosess. Når spesialister utarbeider spesifiserte retningslinjer innen sitt område og fungerer som rådgivende organer overfor Nasjonalt råd for prioriteringer, kan beslutningsprosessen karakteriseres som «nedenifra og opp» siden fagpersonalets egne, spesifikke vurderinger nå tilkjennes stor betydning (Holm 1998). I hvilken grad vil man kunne forvente at denne prosessen kan bidra konstruktivt på et praktisk-klinisk nivå? En åpenbar styrke vil være at mer spesifikke kriterier gir mindre rom for fortolkning og samtidig reduserer aktørens potensielle usikkerhet om hvorvidt situasjonen man befinner seg i kan ha beslutningsrelevante trekk som ikke oppdages. Faggruppene besitter i tillegg toppkompetanse og vil i kraft av denne tilføre kriteriene tyngde på faglig grunnlag. Fagutvalgenes retningslinjer er utarbeidet på bakgrunn av de nasjonale føringene. De normative intensjonene bak disse spesifikke retningslinjene trer i bakgrunnen for den faglige autoritet som hefter ved reglene. En mulig konsekvens er at retningslinjene på dette viset derfor lettere lar seg implementere. En parallell kan trekkes til det generelle handlingsliv. Fagutvalgenes retningslinjer ligner faglige konvensjoner. De nasjo-

nale retningslinjene, på sin side, er til forveksling lik moralske normer og kan også av den grunn være vanskeligere å anvende all den tid de mer direkte utfordrer aktørens moralske autonomi.

Anvendelse av fagutvalgenes retningslinjer i den kliniske hverdag ser ut til å kunne tilfredsstille samtlige tre tillitsfordringer: Pasienten kan føle seg trygg på at legens beslutninger hviler på oppdatert og velreflektert kunnskap, befolkningen kan stole på at fellesskapets ressurser blir passet på og legen selv vet hun forholder seg til utprøvde og veldokumenterte handlingsregimer.

Å ukritisk anvende slike retningslinjer kvalifiserer likevel ikke legens dømmekraft til betegnelsen «et godt klinisk skjønn». I partikulære situasjoner kan det være hensyn som tilsier at en bør avvike fra etablerte prosedyrer for lignende kasus. For eksempel kan pasientens religiøse overbevisning være et relevant hensyn som tilsier en annen type oppfølging enn den standardiserte. Leger med godt klinisk skjønn vil typisk oppdage dette hensynet og også være i stand til å argumentere for hvorvidt det bør tillegges vekt.

En liten oppsummering så langt: Legene kan ikke fraskrive seg sitt samfunnsansvar. Dette må ivaretas side om side med pasientansvaret. Utgreiingen for hvordan vi kan forstå det kliniske skjønn som en alltid tilstedeværende, erkjennende aktivitet og ikke som en særskilt dømmekraft vi gjør bruk av nå og da, kan fungere som rammeverk for nye måter å tenke seg hvordan legene kan etablere gode prioriteringsvaner. I det følgende lanseres konkrete forslag til hvordan dette kan gjennomføres.

### Prioriteringer

«Prioriteringer» kan defineres som «beslutninger og handlinger der noe gis fortrinn fremfor noe annet» (Pedersen og Fredriksen 2004). Denne definisjonen favner ulike former for prioriteringer som gjøres i dagliglivet generelt, og innen helsevesenet spesielt. Prioriteringer i helsevesenet utføres av ulike deltagere på ulike beslutningsnivå (NOU 1997:18). På førsteordens nivå fattes politiske beslutninger om de ressursmessige rammene den konkrete helsehjelpen skal ytes innen. Dette skjer på flere administrative nivåer (statlig-, regionalt,

foretak-, sykehus- og avdelingsnivå). På andreordens beslutningsnivå fattes kliniske beslutninger om hvilke pasienter som skal få hvilke tjenester gjennom legenes valg av utrednings- og behandlingstiltak for de konkrete pasientene. Det er beslutninger av sistnevnte type vi skal konsentrere oss om her.

I det følgende skal vi se nærmere på forholdet mellom prioriteringer og den som prioriterer. Her vil jeg innføre et skille mellom ulike varianter av prioriteringsbeslutninger på bakgrunn av hvorvidt de fremtrer som prioriteringer for beslutningstakeren selv, hvorvidt de kan rettferdiggjøres, og hvorvidt de fremstår som ledd i en overordnet strategi.

Noen goder mener man er nødvendige å kunne tilby. Når ressurstilfanget er begrenset, vil vi kunne si at godet dermed prioriteres fremfor noe annet. Dette til tross for at dette «annet» ikke lar seg identifisere som konkrete tiltak, men snarere som «tilgjengelige ressurser for andre ønskede goder». Denne type prioriteringer kan begrunnes ved å henvise til at tilbudet er nødvendig i en offentlig helsetjeneste og at det er noe alle kan enes om. At legen signerer sykemeldingen til en pasient med hjerteinfarkt, vil være et eksempel på denne type prioritering på andreordens beslutningsnivå. Få vil bestride at dette er en vellykket handling, uavhengig av de ressursmessige konsekvensene. Så lenge ingen stiller spørsmål om tjenestens nødvendighet, har vi å gjøre med hva vi kan kalle en *usynlig prioritering*. Legg merke til at det ikke er tjenestene som er usynlige, men snarere det at man ved å tilby en tjeneste samtidig har valgt bort en annen.

Andre prioriteringer tvinger seg frem som et resultat av en konkurranse om å bli tilkjent prioritet. Typisk for disse prioriteringene er at de «nedprioriterte» tilbudene også fremstår som ønskelige. Disse prioriteringene må understøttes med begrunnelse om hvorfor den prioriterte tjenesten er *viktigere* å tilby enn tilbudene som ikke vinner frem. Beslutninger der et konkret tilbud velges på bekostning av, eller gis større plass enn et annet konkret tilbud, vil fremstå som *synlige prioriteringer*. Eksempler på denne type prioriteringer vil være rangering av pasienter på ventelister og utstrakt bruk av konsultasjonstid på et bestemt pasientsegment.

Videre kan vi innføre et skille mellom prioriteringer som har en viss overlapp med den forrige distinksjonen: *Rettferdiggjorte og ikke-rettferdiggjorte prioriteringer*. En rettferdiggjort prioritering er en prioritering beslutningstakeren etter overveielse anser som en riktig beslutning i en gitt situasjon. En ikke-rettferdiggjort prioritering vil være en beslutning som finner sted uten at aktøren har konkludert med at det er en riktig beslutning som fattes. Det kan være flere grunner til at det ikke foreligger en slik konklusjon. Prioriteringen kan gjennomføres uten begrunnelse, men av vane. Vi kan forestille oss legen som alltid henviser pasientene videre til spesialisttjenesten når han selv ikke finner noe galt. Dette gjør han ikke fordi han alltid mener det er nødvendig, men fordi han alltid har gjort det slik. Prioriteringer som finner sted når man er tvunget til å velge mellom to like viktige handlinger, kan man heller ikke betrakte som rettferdiggjorte. Eksempel på en slik prioritering kan være beslutningen legen må fatte om hvilke av de hardt skadde ungdommene på et ulykkessted han først skal yte førstehjelp. En tredje mulighet er at aktøren ikke har ønsket å rettferdiggjøre prioriteringen. Som eksempel kan vi tenke oss legen som foretrekker å ha fornøyde pasienter fremfor å vurdere nødvendigheten av å innskrenke bruken av sykemeldinger. Usynlige og synlige prioriteringer kan begge være både rettferdiggjorte og ikke-rettferdiggjorte.

Den tredje distinksjonen vi kan innføre er mellom *systematiske* og *unike prioriteringer*. Førstnevnte betegner beslutninger som sett i sammenheng med aktørens andre beslutninger kan tenkes å manifestere en holdning eller et bestemt handlingsprinsipp. Som eksempel kan vi forestille oss legen som i sine beslutninger konsekvent legger mer vekt på hva pasientene ønsker av tiltak enn på hvor nyttig tiltakene vil være for den enkelte. Unike prioriteringer vil på sin side betegne prioriteringer som ikke føyer seg inn i en rekke av tilsvarende beslutninger foretatt av samme aktør.

Listen kan gjøres lenger. Poenget er imidlertid å få frem at vi ved å kategorisere prioriteringsbeslutninger på bakgrunn av den gitte definisjonen av «prioriteringer», kan utvikle analyseverktøy til å

fange opp underliggende mekanismer med betydning for prioriteringsbeslutningene på andreordens nivå. Hadde klinikerne hatt et felles begrepsapparat å sortere, systematisere og artikulere sine erfaringer med prioriteringsbeslutninger under, ville det ikke bare kunne bidra positivt med hensyn til selvinnsett og utvikling av et mer finstemt skjønn. Det vil i tillegg kunne tenkes å bidra til bedre innsyn i de skjønsmessige beslutningene også for utenforstående.

### Rettferdige prioriteringer

Så langt har vi sett hva det vil si å prioritere. Neste skritt blir å undersøke nærmere hvordan klinikerne foretar rettferdige prioriteringer, det vil si sørger for pasientenes beste uten å anvende en større del av fellesskapets ressurser enn det som kan forsvares. Hvordan kan legen utvikle et godt klinisk skjønn med dette for øye?

Det springende punktet her er hva det innebærer at noe «kan forsvares». Ideelt sett kan man forestille seg at et slikt forsvar vil måtte være tuftet på all tilgjengelig relevant informasjon om den konkrete situasjonen. Et slikt overblikk mangler naturligvis den enkelte lege. Beslutningstakerens visshet om egen erkjennelsesmessig begrensning, kan gjøre vedkommende usikker på om konkrete prioriteringer virkelig kvalifiserer som rettferdige. En slik usikkerhet vil trolig ikke bidra til utvikling av godt skjønn med henblikk på å utføre rettferdige prioriteringer. En løsning på dette problemet vil kunne være å etablere diskusjonsgrupper for klinikere og andre interesserte der man i fellesskap systematisk tar opp og kritisk vurderer konkrete prioriteringsbeslutninger av ulik art. I denne sammenhengen kan retningslinjene for prioriteringer ha en viktig funksjon ved å tjene som utgangspunkt for meningsutveksling om konkrete beslutninger. I disse fora kan man innhente og reflektere over andres erfaringer av relevante hensyn i lignende situasjoner, og på dette grunnlag utvikle bedre skjønn og faglig trygghet når det gjelder å foreta rettferdige prioriteringer i det kliniske arbeidet. En forutsetning for deltagelse i diskusjonsgruppene må selvsagt være at vedkommende vedkjenner seg både pasient- og samfunnsansvaret. Gitt at klinisk

skjønn utvikles slik det fremgår i analysen over, vil tiltak av denne typen kunne bidra til å styrke forutsetningene for å utføre rettferdige prioriteringer i den kliniske praksis.

### Konklusjon

Denne artikkelen har vært et forsøk på å klargjøre enkelte perspektiver det kan være fruktbart å forstå avgjørelser om rettferdige prioriteringer i klinisk praksis utifra. Jeg har argumentert for at godt klinisk skjønn må sees i sammenheng med at beslutningstakeren har akseptert et ansvar overfor både pasient og samfunn, samt redegjort for hvordan skjønnsutøvelsen kan beskrives som en erfaringsbasert erkjennelsesprosess. Mot denne bakgrunn har jeg foreslått to konkrete tiltak som kan tenkes å være nyttige for gjennomføringen av prioriteringsarbeidet i den kliniske praksis:

- utvikling av analyseverktøy for å skaffe oss bedre oversikt over hvordan prioriteringer opptrer og hvorfor
- Etablering av diskusjonsgrupper for klinikere og andre interesserte der konkrete prioriteringsbeslutninger er tema.

### Litteratur

- Arnesen, T., og S. Fredriksen (1995): Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians, *Journal of Medical Ethics*, 21(3):158–61.
- Braut, G.S. (1998): Klinisk kunnskap og klinisk skjønn, *Utposten*, nr. 5.
- Gulbrandsen, P. (1999): Egennytte eller samfunnshensyn?, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119:3719.
- Holm, S. (1998): The second phase of priority setting. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care, *British Medical Journal*, 317(7164):1000–2.
- Husom, N. (2000): Prioriteringer – norsk likhetsideal gir medisinsk ubehag, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120:3080–1.
- Light, D. og O.G. Aasland (2003): Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123:1870–3.

- Måseide, A. (1988): Treng vi faget pedagogikk?, i Måseide, A. (red.), *Treng vi faget pedagogikk?*, Oslo: Solum Forlag.
- NOU 1987:23: *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1997:18: *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Pedersen, R. og S. Fredriksen (2004): Prioriteringer er mer enn å si nei, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124:2261–2.
- Rasmussen, K. (2000): Det umulige valget, *Dagbladet*, 26.07.00.
- Schei, E., O.F. Norheim, G. Rørtveit og D.E. Lysebo (2000): Legen – den eneøyde samaritan?, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120:1207–9.
- Smith, M. (1994): *The Moral Problem*, Cambridge, USA/Oxford, UK: Blackwell Publ.
- Steihaug, S. (2003): Bør pasientene gjøre som legen sier?, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123:3604–6.
- Wyller, V.B. (1999): Gi legene hva legene er, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119:3797–9.