



# Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten

*Rettslige og medisinskfaglige ansvarliggjøringsmekanismer?*

## Priority Guidelines in Specialist Health Service

*Legal and Medical–Professional Accountability Mechanisms?*

Irene Aase-Kvåle

*Stipendiat, Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking*

[irene.aase.kvale@hvl.no](mailto:irene.aase.kvale@hvl.no)

Anne-Mette Magnussen

*Professor, Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking*

[anne-mette.magnussen@hvl.no](mailto:anne-mette.magnussen@hvl.no)

Even Nilssen

*Professor, Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking*

[even.nilssen@hvl.no](mailto:even.nilssen@hvl.no)

### Sammendrag

Artikkelen setter søkelys på forholdet mellom rettslig regulering og medisinskfaglig skjønnutøvelse ved prioritering av spesialisthelsetjenester i Norge. På bakgrunn av en surveyundersøkelse blant 449 sykehusleger diskuteres det hvorvidt skriftlige prioriteringsveiledere ansvarliggjør sykehuslegene når det gjelder overordnede prioriteringshensyn. Med utgangspunkt i et analytisk skille mellom epistemiske og strukturelle ansvarliggjøringsmekanismer diskuteres det hvorvidt veilederne kan fungere demokratisk-rettslig og/eller profesjonelt ansvarliggjørende. Artikkelen viser at en kombinasjon av god kjennskap til prioriteringsveilederen og en positiv vurdering av den forutgående revisjonens konsekvenser for veilederens relevans har avgjørende betydning for i hvilken grad veilederne får innvirkning på legenes prioriteringspraksis.

Nøkkelord

rettslig regulering, faglig skjønnutøvelse, spesialisthelsetjenesten, prioritering, ansvarliggjøring

### Abstract

The article focuses on the relationship between legal regulation and medical-professional discretion concerning the prioritization of specialist health services in Norway. Based on a survey among 449 hospital doctors, the article discusses whether priority guidelines could hold hospital doctors accountable to paramount considerations in health care prioritization. Based on an analytical distinction between epistemic and structural accountability mechanisms, the authors ask whether the priority guidelines make the hospital doctors accountable in a democratic-legal and/or in a professional way. The article mainly shows that a combination of good knowledge of the priority guidelines and a positive assessment of the impact of the previous revision on the relevance of the guidelines is crucial to the extent to which the guidelines influence the doctor's prioritization practices.

### Keywords

legal regulation, professional discretion, special health service, prioritization, accountability

## Introduksjon

En velfungerende velferdsstat er avhengig av faglig og profesjonell skjønnsutøvelse. Faglig skjønnsutøvelse innebærer at beslutninger fattes på grunnlag av fagspesifikk kunnskap. Et for stort rom for skjønnsbasert praksis i velferdsstaten er imidlertid problematisk: for det første fordi utøvelse av skjønn kan undergrave grunnleggende hensyn som forutsigbarhet og likebehandling, og for det andre fordi skjønnsmessige beslutninger skjer utenfor demokratisk kontroll. Samtidig kan de samme beslutningene ha dramatiske konsekvenser for dem det gjelder (Eriksen, 1988; Magnussen & Nilssen, 2013; Rothstein, 1994). Viktige spørsmål er derfor hvordan og i hvilket omfang faglig skjønnsutøvelse kan og bør reguleres. Vi nærmer oss disse spørsmålene ved å rette søkelyset mot prioritering av helsetjenester. Prioritering handler om hva som skal gjøres, i hvilken rekkefølge, hva som er mulig å gjøre, og hva man har ressurser til å gjøre. Når helsepersonell skal treffe beslutninger om helsehjelp, spiller skjønn en viktig rolle. Vår oppmerksomhet er rettet mot hvordan profesjonsutøvernes skjønnsutøvelse ansvarliggjøres når det gjelder overordnede politisk-rettslige prioriteringshensyn. Fokus er på de såkalte prioriteringsveilederne som skal bidra til at faglig skjønnsutøvelse er i tråd med rettslig regulering og politiske intensjoner når henvisninger til spesialisthelsetjenesten vurderes. Prioriteringsveilederne konkretiserer lovverket ved å gi det et fagspesifikt innhold og befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse. Vårt hovedspørsmål er om veilederne bidrar til å ansvarliggjøre legene slik at de i større grad treffer sine avgjørelser i samsvar med gjeldende regulering. Spørsmålet undersøkes gjennom en empirisk studie av sykehuslegers kjennskap til og oppfatninger av prioriteringsveilederne.

I neste avsnitt redegjør vi for artikkelens teoretiske tilnærming og de sentrale begrepene som ligger til grunn for de empiriske analysene. Deretter følger et avsnitt om prioriteringsveiledere som ansvarliggjøringsmekanismer før artikkelens datagrunnlag og metode presenteres. I de tre neste avsnittene fremlegges empiriske resultater med vekt på legenes kjennskap til veilederne, veilederens relevans som beslutningstøtte og deres konsekvenser for prioriteringspraksis. Avslutningsvis følger en diskusjon av hvilken betydning veilederne har som ansvarliggjøringsmekanismer.

## Rettslig regulering og ansvarliggjøring av faglig skjønnsutøvelse

I en velferdsstatlig kontekst kan vi si at faglig skjønn generelt handler om forholdet mellom ulike former for regulering (regler) og rommet for beslutningstaking i iverksettingen av velferdspolitik (jf. Dworkin, 2013/1977). Skjønn fremstår som et uregulert handlingsrom illustrert gjennom metaforen «the hole in the doughnut», hvor «hullet» representerer

rommet det faglige skjønn kan utøves i (ibid., 48). En mer nyansert forståelse finner vi i Molander, Grimen og Eriksens (2012) skille mellom to aspekter ved skjønnsutøvelse: strukturelt og epistemisk skjønn. Strukturelt skjønn viser til det handlingsrommet som ikke er regulert av ulike former for regler og formell byråkratisk autoritetsutøvelse, og er således i overensstemmelse med Dworkins forståelse av skjønn. Skjønnsutøvelsen omfatter imidlertid også innholdet i de beslutningene som fattes, det Molander mfl. (2012) karakteriserer som «epistemisk skjønn». Denne formen for skjønn «...designates the kind of reasoning that results in conclusions about what to do under conditions of indeterminacy» (ibid., s. 214). Dette innebærer at vi aksepterer at noen yrkesgrupper har en form for kunnskap som er adekvat i løsningen av bestemte sosiale/helsemessige problemer (Bjorvatn & Nilssen, 2018). Skjønnsutøvelse basert på faglig kunnskap er altså en forutsetning for at pasienter skal få kvalitativt god hjelp, og kan derfor ses som kjernen i en rettferdiggjøring av profesjonell autonomi (Freidson, 2001).

Legenes og andre velferdsprofesjoners relativt store rom for skjønnsutøvelse har imidlertid også blitt utsatt for kritikk (Eriksen, 2001). Rothstein (1994) karakteriserer f.eks. profesjonenes autonomi som «demokratiets sorte hull» i beskrivelsen av hvordan demokratisk vedtatte lover anvendes på en vilkårlig måte av velferdsstatens profesjoner. Vilkårighet truer prinsippene om rettssikkerhet (forutsigbarhet, lovlighet og likebehandling) og undergraver demokratisk kontroll med implementeringen av lover og retningslinjer (Molander mfl., 2012). I skjønnsutøvelsen ligger det også en fare for paternalisme, dvs. at noen yrkesgrupper, på grunnlag av ulike vurderinger, mener at de vet hva som er til beste for den enkelte bruker, uavhengig av hva brukerne selv måtte mene (jf. Dworkin, 1988; Eriksen, 1988; Husak, 1992; Nilssen, 2005; Aasen, 2000).

I denne forbindelse har også spørsmål om å ansvarliggjøre ulike profesjoner/yrkesgrupper i måten de utøver sitt faglige skjønn på (accountability), fått økt oppmerksomhet. Dette gjelder ikke minst den delen av faglitteraturen som spesifikt har tatt for seg ulike yrkesgruppers skjønnsutøvelse overfor velferdsstatens brukere – i det som med utgangspunkt i Lipsky (1980) betegnes som «bakkebyråkratiet» (Brodkin, 2008; Ellis, 2011; Evans, 2011; Hasenfeld, 2010, 1987; Hupe & Hill, 2007; Murphy & Skillen, 2018; Noonan, Sabel & Simon, 2009; Tummers & Bekkers, 2014).

Med utgangspunkt i Bovens (2007, s. 450) forstår vi ansvarliggjøring som at noen (et forum) kan stille en aktør til ansvar for sine handlinger (skjønnsutøvelse i vår sammenheng), at denne aktøren har en plikt til å rettferdiggjøre sine handlinger, og at det aktuelle forumet har en mulighet til å kontrollere og sanksjonere det som måtte oppfattes som feil utøvelse av skjønn. Kontroll og korreksjoner må foreligge som en *mulighet* (ibid.). Hvordan og i hvilken grad dette gjennomføres i praksis, er et empirisk spørsmål.

Mange former for ansvarliggjøring trekkes frem i litteraturen, f.eks. organisatorisk, profesjonsbasert, politisk, rettslig og administrativ ansvarliggjøring (jf. Noonan mfl., 2009; Hupe & Hill, 2007; Meijer & Bovens, 2005). I vår problemstilling er to former særlig relevante: demokratisk-rettslig ansvarliggjøring og profesjonsrettet ansvarliggjøring. Den første dreier seg om ansvarliggjøring ved iverksetting av demokratisk vedtatte lover, den andre relaterer seg til profesjonens eget kunnskapsgrunnlag og etiske normer.

Molander (2016) presenterer en rekke ulike mekanismer som kan bidra til å ansvarliggjøre yrkesgruppers skjønnsutøvelse med utgangspunkt i det ovenfor nevnte skillet mellom strukturelt og epistemisk skjønn (Molander, 2016, s. 65–75). Av de *strukturelle mekanismene* er det primært de *restriktive mekanismene* som er relevante for våre problemstillinger. Disse søker å strukturere skjønnsutøvelsen gjennom en spesifisering av rettigheter og regler. Restriktive ansvarliggjøringsmekanismer kan f.eks. komme i form av rettsregler,

byråkratiske arrangementer, vurderingsskjemaer og handlingsveiledere. Restriktive mekanismer kan betraktes som ekstern regulering av faglig skjønnsutøvelse.

*Av de epistemiske mekanismene* vil vi spesielt trekke frem de formative og støttende mekanismene. *Formative mekanismer* er innrettet mot forming av kunnskapen, tenkemåtene, verdiene og normene til skjønnsutøverne, dvs. det epistemiske grunnlaget for den faglige refleksjonen. Her er selvfølgelig profesjonsutdanningene svært viktige, men også andre former for opplæringsprogrammer kan ha betydning. I forlengelsen av dette finner vi *støttende ansvarliggjøringsmekanismer* som har en mer konkret handlingsregulerende funksjon. Slike mekanismer kan være ulike former for «benchmarking», «best practice», formidling av evidensbasert kunnskap og utforming av kunnskapsbaserte handlingsveiledere på avgrensede praksisområder. Formative og støttende mekanismer kan ses som intern påvirkning av faglig skjønnsutøvelse.

Samlet kan vi si at strukturelle mekanismer avgrenser rommet for skjønnsutøvelse eller legger begrensninger på atferden til de som utøver skjønn. Epistemiske mekanismer tar sikte på å forbedre betingelsene for, og kvaliteten på, de vurderingene og beslutningene som foretas i rommet for faglig skjønnsutøvelse (Molander, 2013, s. 46). Forventningen om ansvarlighet tvinger skjønnsutøverne til å handle ut fra deres beste vurderinger fordi de må forutse reaksjoner fra de som kan stille dem til ansvar.

## Prioriteringsveiledere som ansvarliggjøringsmekanismer

Det overordnede målet med den rettslige reguleringen i alle de nordiske land er å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Rynning, 2011; Aasen, Hartlev & Magnussen, 2015). Det primære rettslige grunnlaget for retten til nødvendig spesialisert helsehjelp i Norge er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Denne retten er ytterligere spesifisert i prioriteringsforskriften. Rammene for rettighetene settes gjennom gitte kriterier for å sikre likebehandling (Riska & Aasen, 2018). Likebehandling har imidlertid vist seg å være et vanskelig mål å nå i praksis. Det er dokumentert stor variasjon, både innenfor ulike fagområdet og mellom ulike helseforetak (Nygaard, 2018).

Helsedepartementet initierte derfor prosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten» i 2006. En sentral oppgave var å utvikle *prioriteringsveiledere* til bruk ved rettighets- og fristvurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I tillegg til representanter fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene deltok spesialister fra alle helseforetakene, fastleger, andre fagpersoner samt brukerrepresentanter i utviklingen og den senere revisjonen av veilederne (ibid.). Fra 2008 til 2012 ble det lansert prioriteringsveiledere på 33 fagområder. Veilederne skulle bidra til større grad av likhet i klinisk praksis (Tranvåg, Nygaard & Nordheim, 2015).

Veilederne skal dekke 75–80 prosent av problemstillingene som forekommer i henvisningene til 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten. Alle veilederne inneholder en generell og en fagspesifikk del. Den generelle delen omhandler tolkning av lovverket, hvordan veilederne skal brukes, og fremgangsmåte ved håndtering av henvisninger. I den fagspesifikke delen fremlegges tabeller over de vanligste tilstandene innenfor hvert fagområde med tilhørende anbefaling om rett / ikke rett til spesialisthelsetjenester og eventuelt en anbefalt frist for når helsehjelpen senest skal starte. Omfang av og detaljeringsnivå på tilstandene varierer mellom fagområdene. Prioriteringsveilederne gir anbefalinger om rettighetstildeling på gruppenivå, og veilederne inneholder en liste over individuelle forhold som skal tas i betraktning.

I 2015 ble prioriteringsveilederne revidert som følge av endringer i lov om pasient- og brukerrettigheter i 2013 og påfølgende endringer i forskrift om prioriteringen av spesialist-

helsetjenester i 2015 (Nygaard, 2018). En sentral endring i forskriften innebar at retten til spesialisthelsetjenester skulle vurderes etter kun to kriterier, forventet nytte og kostnadseffektivitet, mot tidligere tre kriterier. Det tidligere tredje kriteriet, alvorlighet, ble fjernet og skal nå kun benyttes for å prioritere mellom pasienter som er gitt rett til helsehjelp (Tranvåg, Nygaard & Nordheim, 2015). Terskelen for å få en juridisk bindende rett til hjelp fra spesialisthelsetjenesten ble også senket ved at skillet mellom såkalte rettighetspasienter (de med juridisk bindende rett) og behovspasienter (de med behov for spesialisthelsetjenester, men uten juridisk bindende rett) opphørte etter lovendringen (Johanson, Nygaard, Herlofsen & Lindemark, 2017).

Veilederne er ikke direkte juridisk bindende slik som lov og forskrift, men har likevel en rettslig funksjon som autoritative anbefalinger, som normalt forventes fulgt i den kliniske hverdag (Aasen & Magnussen, 2016). Helsedirektoratets normeringsmyndighet når det gjelder nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, styrker prioriteringsveilederens rettslige betydning (Riska & Aasen, 2018). Dersom legene velger å avvike fra veilederens anbefaling, skal dette være basert på *en konkret og begrunnet vurdering* (Helsedirektoratet, 2015).

Implisitt er prioriteringsveilederne et forsøk på å styre skjønnsutøvelsen for å sikre at den utøves på en faglig veloverveid og ikke tilfeldig måte. De kan dermed ses på som en strukturell *restriktiv* ansvarliggjøringsmekanisme i den forstand at de spesifiserer og klargjør hvilke tilstander som gir en anbefalt juridisk bindende rett til spesialisthelsetjenester, og eventuelt til hvilken frist. Gjennom normerte og autorative anbefalinger begrenses valgmulighetene i vurderingssituasjonen samt at veilederne gir klare saksbehandlingsregler for hvordan sykehuslegene skal håndtere og vurdere henvisningene. Prioriteringsveilederne kan også betraktes som en *formende mekanisme* fordi de har til hensikt å forbedre det epistemiske grunnlaget for beslutningsprosessen. Legene som vurderer henvisninger, har plikt til å kjenne til prioriteringsveilederne gjennom krav til å holde seg faglig oppdatert, og de er pålagt å gjennomføre et e-læringskurs i bruk av veiledere. Gjennom formell opplæring kan prinsipper for prioritering og vurdering i spesialisthelsetjenesten innarbeides hos sykehuslegene. Prioriteringsveilederne har videre som klar hensikt å fungere som en *støttende ansvarliggjøringsmekanisme*, som retter seg mot beslutningssituasjonen for de som tar skjønnsbaserte beslutninger. Veilederne skal fungere som et bindeledd og ha en oversettende funksjon mellom lovverket og den kliniske virkelighet. De skal gjøre det lettere å forstå, anvende og følge reglene (Aasen & Magnussen, 2016).

## Metode og datagrunnlag

Hvorvidt prioriteringsveilederne faktisk fungerer som ansvarliggjørende mekanismer, er et empirisk spørsmål. Vi har derfor undersøkt hvilken kjennskap sykehusleger har til prioriteringsveilederne, om de oppfatter at de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte enn de forrige veilederne, og om de mener at de reviderte veilederne har ført til endringer i deres prioriteringspraksis. Selv om vi ikke får fullstendig informasjon om hva legene faktisk gjør i praksis, mener vi at svarene på surveyen reflekterer legenes erfaringer fra klinisk praksis, og at de på den måten gir et godt bilde av legenes oppfatninger av prioriteringsveilederne.

Våre data er hentet fra Legeforskningsinstituttets panelsurvey<sup>1</sup>, som gjennomføres annethvert år blant leger som er yrkesaktive i Norge (Bringedal & Carlsen, 2018). I 2016-undersøkelsen (LEFO, 2016) var bruttoutvalget 1605 leger, og svarprosenten var 73 prosent.

1. De data som er benyttet her, er hentet fra LEFO – Legeforskningsinstituttets Legepanel runde 2016. Utdrag fra denne undersøkelsen er stilt til disposisjon i avidentifisert form for bruk i dette prosjektet. LEFO er ikke ansvarlige for analyse av dataene eller tolkninger som er gjort her.

449 overordnede sykehusleger i LEFO 2016 utgjør utvalget for studien. De overordnede legene er medisinske spesialister på sine fagområder og er de som i all hovedsak foretar vurderinger av henvisninger i spesialisthelsetjenesten. Legene ble inkludert på grunnlag av deres rapporterte hovedstilling og inkluderer stillingsgruppene overlege, avdelingsoverlege, seksjonsoverlege, klinikk-sjef, sjefslege, avdelingsleder, klinikkoverlege, seksjonssjef og konstituert overlege. Disse legene omtales i artikkelen som sykehusleger eller leger. Ulike variabler er anvendt for å utelukke at de jobber som fastleger, som privatpraktiserende spesialister eller kun med administrasjon. Gjennomsnittsalderen i utvalget er 51 år, og andelen kvinner og menn er henholdsvis 44 og 56 prosent.

LEFO 2016 er gjennomført omtrent et halvt år etter at de reviderte veilederne ble lansert. Den korte tiden mellom introduksjonen av de reviderte veilederne og undersøkelsen kan medføre at alle legene ikke er godt kjent med de reviderte veilederne.

## Legenes kjennskap til veilederne

For at prioriteringsveilederne skal fungere som ansvarliggjøringsmekanismer, er det en forutsetning at legene som vurderer henvisninger, kjenner til dem, noe de også har plikt til. Veilederne er gjort allment tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider sammen med e-opp-læringskurset som sykehuslegene skal gjennomføre før de får vurdere henvisninger.

**Tabell 1.** Kjenner du innholdet i prioriteringsveilederne på ditt område?<sup>2</sup>

Ja	I noen grad	Nei	Antall
53 %	36 %	11 %	380

Spørsmålet i tabell 1 skiller ikke mellom de opprinnelige og de reviderte veilederne og sier dermed bare noe om legenes kjennskap til veilederne generelt. Til sammen oppgir 89 prosent av legene at de i alle fall har noe kjennskap til prioriteringsveilederne, men bare litt over halvparten svarte ubetinget «ja» på spørsmålet om kjennskap til veilederen. Mange leger har altså ikke noen inngående kjennskap til prioriteringsveilederen på sitt felt.

## De reviderte veilederne som forbedret beslutningsstøtte for prioriteringer

Prioriteringsveilederne har et uttalt formål om å være beslutningsstøtte ved vurdering av henvisninger (Aasen & Magnussen, 2016). De reviderte veilederne er mer detaljerte enn de foregående ved at de inneholder flere undergrupper av tilstander. For noen fagområder angis tilstander som *ikke* skal ha rett på spesialisthelsetjenester (Johansson, Nygaard, Herlofsen & Lindemark, 2017). Det er derfor interessant å undersøke om sykehuslegene oppfatter at de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn de foregående.

2. 15 prosent av legene oppga at spørsmålet ikke var aktuelt for dem. Disse er tatt ut av tabellen, da de trolig ikke foretar rettighetsvurderinger av pasienter.

**Tabell 2.** Synes du at de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn de forrige?<sup>3</sup>

Ja	I noen grad	Nei	Antall
13 %	42 %	45 %	309

Utvalget deler seg i to halvparter: de som mener den reviderte veilederen i alle fall til en viss grad gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, og de som avviser dette. De reviderte veilederne blir i liten grad oppfattet som å gi en klart forbedret beslutningsstøtte, men mange leger mener at de i alle fall til en viss grad innebærer en forbedring. Funnene må tolkes med forsiktighet, da legene som har svart «nei», kan innbefatte både leger som synes den forrige ga bedre beslutningsstøtte, og de som synes begge veilederne er like gode/dårlige i så henseende.

I en studie av Magnussen og Brandt (2014) mente flertallet av de intervjuede norske sykehuslegene at den rettslige reguleringen (inkludert prioriteringsveilederne) ikke ga god nok veiledning for å ta riktige beslutninger om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Legene etterlyste klarere og mer spesifikke regler, da de oppfattet de daværende reglene som uklare, diffuse og kompliserte. En annen studie av sykehusleger (basert på LEFO 2014) fant at under halvparten av legene, 45 prosent, oppga at de slo opp i prioriteringsveilederen når de var usikre i pasientbehandlingen (Bjorvatn & Nilssen, 2018).

Samlet tegner disse studiene og LEFO 2016 et bilde av variasjon i legenes syn på prioriteringsveilederens funksjon som beslutningsstøtte, både før og etter revisjonen. Samtidig viser resultater fra LEFO 2016 at mange leger mener at de reviderte veilederne til en viss grad gir bedre beslutningsstøtte enn de forrige. En forsiktig antagelse kan være at et større detaljeringsnivå og mer eksplisitte prioriteringer i de reviderte veilederne kan ha ført til at mange leger opplever veilederne som mer relevant beslutningsstøtte i klinisk praksis.

## Prioriteringsveilederens konsekvenser for legenes prioriteringspraksis

Vi skal nå se på hvilke konsekvenser legene mener veilederne faktisk har hatt for utøvelsen av egen prioriteringspraksis:

**Tabell 3.** Har de reviderte veilederne fått konsekvenser for måten du prioriterer på?<sup>4</sup>

Ja	I noen grad	Nei	Antall
23 %	40 %	37 %	343

Revisjonen av veilederne innebar noen substansielle endringer i hvordan sykehuslegene skulle vurdere og prioritere pasienter. Spørsmålet som er stilt i undersøkelsen, er om de reviderte veilederne har fått konsekvenser for måten den enkelte prioriterer på. Her ligger det en viss usikkerhet i tolkningen. Sier svarene noe om de nye veilederens betydning for beslut-

3. Hele 30 prosent oppga at spørsmålet ikke var aktuelt for dem. En forklaring på dette kan være at de er bedt om å sammenligne den reviderte veilederen med den foregående, noe som forutsetter en kjennskap til den foregående veilederen som flere kanskje ikke har.

4. 21 prosent oppga at spørsmålet ikke var aktuelt for dem, og disse er tatt ut av analysen.

ningspraksis, eller handler de primært om betydningen av selve revideringen? Betyr f.eks. et nei på spørsmålet at legene mener at revideringen ikke har fått konsekvenser for deres prioriteringspraksis (veilederne kan likevel ha det), eller at veilederne generelt ikke har slike konsekvenser? Dette kommer vi tilbake til.

Tabellen avdekker relativt store variasjoner i legenes vurderinger av de reviderte veiledernes konsekvenser for egen prioritering. På den ene siden avviser så mange som 37 prosent av respondentene at de reviderte veilederne har hatt slike konsekvenser. På den andre siden finner vi et flertall på 63 prosent som mener at veilederne i stor (23 prosent) eller i noen grad (40 prosent) har fått konsekvenser for måten de prioriterer på. Det er altså en stor andel som har svart at de har endret måten de prioriterer på «i noen grad». Da surveyundersøkelsen ikke inneholder noen utdypende spørsmål, er det usikkert hva denne kategorien innebærer, og hva som skiller den fra «ja-gruppen».

Variasjonen i oppfatningene av hvorvidt de reviderte veilederne har ført til endringer i praksis, får også støtte fra en undersøkelse av legenes erfaringer med de opprinnelige veilederne. I den tidligere omtalte studien fant Magnussen og Brandt (2014) at sykehuslegenes vurderinger av hvorvidt de opprinnelige veilederne hadde endret deres praksis, varierte sterkt. Mye tyder altså på at veiledernes betydning for prioriteringspraksis varierer stort mellom legene i spesialisthelsetjenesten.

Vi har sett at det også er variasjoner i legenes kjennskap til prioriteringsveilederne. I hvor stor grad påvirkes vurderingene av de reviderte veiledernes konsekvenser av legenes kjennskap mot veilederne generelt?

**Tabell 4.** De reviderte veiledernes konsekvenser for prioriteringspraksis og kjennskap til prioriteringsveilederne.

	Kjenner du innholdet i prioriteringsveilederne på ditt område?			Antall
	Ja	I noen grad	Nei	
Har de reviderte veilederne fått konsekvenser for måten du prioriterer på?				
<b>Ja</b>	32 %	15 %	0 %	78
<b>I noen grad</b>	48 %	37 %	4 %	136
<b>Nei</b>	21 %	48 %	96 %	124
<b>Antall</b>	190	120	28	338

Vi konsentrerer oss her om forskjellene mellom de som svarer «ja» og «i noen grad» på kjennsksvariabelen. For enkelhets skyld kaller vi dette «god» og «noe» kjennskap.

Nesten halvparten av de som kun har noe kjennskap til veilederen, oppgir at de ikke har endret prioriteringspraksis som følge av de reviderte veilederne, mens tilsvarende tall for de med god kjennskap er 20,5 prosent (prosentdifferanse på 27 prosentpoeng). Motsatt finner vi en prosentdifferanse på 17 for de som mener de reviderte veilederne har hatt konsekvenser (ja) for prioriteringspraksis. En statistisk analyse av forholdet mellom de to variablene viser også en relativt sterk og signifikant sammenheng ( $\gamma = .48$ ,  $p < .001$ ). Dette betyr i klartekst at de legene som har god kjennskap til prioriteringsveilederne, i langt større grad enn de som bare har noe kjennskap, mener at de reviderte prioriteringsveilederne har hatt konsekvenser for egen prioriteringspraksis – og jo mer kjennskap, jo større konsekvenser.

En regresjonsanalyse gir mulighet til å se på effekten av kjennskap til andre potensielle forklaringer på variasjonen i legenes vurderinger av veiledernes prioriteringskonsekvenser. Den



avhengige variabelen sier hvorvidt den reviderte veilederen har hatt konsekvenser for prioriteringspraksis eller ikke. Uavhengige variabler er om legene innehar en lederstilling, legens alder, synspunkt på om den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, og hvilken kjennskap legene har til veilederne. Lederstilling og alder er tatt inn som kontrollvariabler, da alder (erfaring) og stillingsmessig posisjon kan tenkes å ha betydning for hvorvidt en har endret prioriteringspraksis som følge av de reviderte veilederne. Vi har sett at det er stor variasjon i legenes vurderinger av om de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte enn de gamle. En bivariat analyse viser også en helt klar sammenheng mellom legenes oppfatninger av veilederne som beslutningsstøtte og deres konsekvenser (gamma .55,  $p < .001$ ).

**Tabell 5.** Har de reviderte veilederne fått konsekvenser for måten du prioriterer på? Logistisk regresjon.  $N = 293$  <sup>5 6</sup>

Variabel	OR	95 % KI	P – verdi
<b>Lederstilling</b>	0,6	0,3–1,3	0,205
<b>Alder over 50 år</b>	1	0,6–1,9	0,752
<b>De reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn den forrige</b>	5	2,8–8,8	0,000
<b>Kjenner innholdet i prioriteringsveilederne</b>	4	2,3–7,2	0,000
<b>Konstant</b>	0,46		0,005

Regresjonsanalysen viser at både graden av kjennskap til veilederen og det å mene at den reviderte prioriteringsveilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, har signifikante effekter på vurderingen av de reviderte veiledernes konsekvenser for prioriteringspraksis. Alder eller stilling har ingen slike effekter. De som mener at de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte enn de forrige, har høyere odds (=5) enn de som har klar kjennskap til veilederen (odds =4) for å mene at de reviderte veilederne har hatt konsekvenser for måten de prioriterer på.

For å få et mer forståelig mål på sammenhengene har vi regnet om oddsene fra regresjonsanalysen for de signifikante uavhengige variablene til sannsynlighet (se vedleggstabell 1). Disse tallene sier noe om hvor sannsynlig det er at en respondent som har en gitt verdi på en (i vårt tilfelle uavhengig) variabel, også vil ha en bestemt verdi på en annen (avhengig) variabel. For de som oppgir at de har god kjennskap (svarer ja) til veilederne på sitt fagområde, er sannsynligheten 80 prosent for at de også mener at de reviderte veilederne har fått konsekvenser for egen prioriteringspraksis. For de som ikke, eller bare i noen grad (den klart største gruppen her), har kjennskap til veilederne, er sannsynligheten for at veilederne har endret prioriteringspraksis, 48 prosent.

- Alle variabler er kodet som dummyvariabler. Avhengig variabel: ja / i noen grad = 1, nei = 0. Uavhengige variabler: overordnet lege i lederstilling = 1, overordnet lege uten lederstilling = 0; alder over 50 år (gjennomsnittsalder 51 år) = 1, opp til og med 50 år = 0; synes den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn den forrige (ja, i noen grad) = 1, nei = 0; kjenner innholdet i prioriteringsveilederen (ja) = 1, i noen grad og nei = 0 (grunnen til at vi har slått sammen 'i noen grad' og 'nei' her, er at 'nei'-gruppen er svært liten og skjevfordelt i forhold til den avhengige variabelen).
- Kvalitetsindikatorerne for den logistiske regresjonsanalysen: Omnibus test of model coefficients:  $p = 0,000$ ; Hosmer og Lemeshow =  $=0,432$ ; Coz & Snell R Square og Nagelkerke R Square = 13,4–19,3 %; PAC = 73,5 %.

Tilsvarende er det 83 prosent sannsynlighet for at de som synes at den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, også har svart at de reviderte veilederne har hatt konsekvenser for deres prioriteringspraksis. For de som ikke synes den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte, er det 48 prosent sannsynlighet for at de også har svart at veilederen har hatt konsekvenser for deres arbeid.

Ser vi de to uavhengige variablene (beslutningsstøtte og kjennskap) i sammenheng, viser analysene at legene som oppgir at de har god kjennskap til veilederen og samtidig mener den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, har 89 prosent sannsynlighet for å svare at de har endret prioriteringspraksis som følge av den reviderte veilederen. Tilsvarende har legene som oppgir at de ikke / bare i noen grad kjenner til veilederen og samtidig at den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn de forrige, 69 prosent sannsynlighet for å hevde at de har endret prioriteringspraksisen. Også blant de som ikke mener at de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte enn de forrige, øker god kjennskap til veilederne vurderingen av deres betydning for egen prioriteringspraksis – fra 32 prosent sannsynlighet for de som ikke har god kjennskap, til 64 prosent for de som oppgir å ha det.

Analysene slår igjen fast at veiledernes betydning for den faglige beslutningspraksisen øker med legenes kjennskap til dem. Å styrke legenes kunnskap om veilederne vil dermed med stor sannsynlighet også øke veiledernes betydning som ansvarliggjøringsmekanisme. At graden av kjennskap til prioriteringsveilederne generelt i så stor grad påvirker vurderingen av de reviderte veiledernes konsekvenser, tyder på at svarene ikke kan reduseres til et spørsmål om betydningen av revisjonen alene.

Det som i størst grad øker sannsynligheten for at veilederne får konsekvenser for legenes prioriteringspraksis, er en kombinasjon av god kjennskap til veilederne og en positiv vurdering av deres relevans. Begge disse variablene har selvstendige effekter på veiledernes betydning for legenes prioriteringspraksis.

## Diskusjon

Artikkelens problemstilling tar utgangspunkt i det potensielle spenningsfeltet som ligger mellom demokratisk-rettslig regulering på den ene side og hensynet til den profesjonsfaglige skjønnsutøvelsen på den andre. Prioriteringsveilederne befinner seg på mange måter i skjæringspunktet mellom disse to hensynene når det gjelder prioriteringspraksis i spesialisthelsetjenesten. Gjennom et samspill mellom det Molander (2016) har kalt strukturelle og epistemiske mekanismer, har veilederne potensial til å ansvarliggjøre leger som vurderer henvisninger i spesialisthelsetjenesten både i demokratisk-rettslig og medisinsk-faglig henseende. Med utgangspunkt i sykehuslegenes egne vurderinger har det empiriske hovedspørsmålet vært i hvilken grad prioriteringsveilederne faktisk fungerer som ansvarliggjøringsmekanismer på dette området.

At legene har kjennskap til veilederne, er en forutsetning for at de skal fungere ansvarliggjørende. Legene har gjennom sin plikt til å holde seg faglig oppdatert også plikt til å kjenne til veilederne. I den forbindelse er det verdt å merke seg at bare 53 prosent av legene i vårt utvalg mener at de har god kjennskap til veilederne, og at 11 prosent ikke kjenner til dem i det hele tatt. Siden vi her har å gjøre med den gruppen leger i spesialisthelsetjenesten som veilederne er utformet for, burde alle ideelt sett ha god kjennskap til dem.

Revisjonen av veilederne i 2015 kan ses som et forsøk på å øke veiledernes relevans på bakgrunn av at det rettslige grunnlaget for dem hadde endret seg (Nygaard, 2018). Legene i undersøkelsen ble spurt om hvorvidt de oppfatter at den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige. Spørsmålet dreier seg altså ikke om veiledernes relevans

som sådan, men hvorvidt revideringen har bidratt til å styrke deres rolle som beslutningsstøtte i henvisningssaker. I underkant av halvparten svarte nei på dette spørsmålet, men analysen viser likevel at revisjonen, iallfall i noen grad, har styrket veiledernes relevans sett fra legene sin side.

Undersøkelsen av om de reviderte veilederne oppleves å ha konsekvenser for legenes prioriteringspraksis, er sentral for å forstå hvorvidt veilederne faktisk fungerer som en ansvarliggjøringsmekanisme i klinisk praksis. Resultatene i undersøkelsen peker i retning av variasjon. Et klart flertall av legene (63 prosent) oppgir at de reviderte veilederne har fått konsekvenser for måten de prioriterer på, men mange av disse (40 prosent) mener at dette kun har skjedd i noen grad. Denne variasjonen er påvirket av hvor godt legene kjenner til veilederne, og deres vurderinger av veiledernes relevans. Jo bedre kjennskap til veilederne legene oppgir å ha, desto større er sannsynligheten for at veilederne har medført en klar endring i den enkeltes prioriteringspraksis. En tilvarende effekt finner vi når det gjelder oppfatninger av revisjonens konsekvenser for veilederens relevans som beslutningsstøtte. Legene som er mest positive til at den reviderte veilederen gir bedre beslutningsstøtte enn den forrige, har også størst sannsynlighet for å ha endret prioriteringspraksis.

Dette betyr at revideringen av veilederne i seg selv har hatt konsekvenser for mange legers prioriteringspraksis; revideringen har bidratt til å styrke veiledernes relevans. Syse (2012) har fremhevet at utformingen av veilederne mer har vært et medisinskfaglig enn et juridisk prosjekt, og legene har også spilt en sentral rolle i revideringen av dem. Carlsen og Bringedal (2011) finner på sin side at norske sykehusleger har stor tillit til retningslinjer og veiledere som kommer fra helsemyndighetene, og størst tillit til de som Legeforeningen har vært med på å utvikle. Den medisinskfaglige ekspertisens innflytelse på utformingen og revideringen av veilederne kan derfor antas å ha hatt betydning for deres legitimitet og anvendelse i praksis. Revidering har bidratt til en styrking av veiledernes betydning, men kan ikke alene forklare variasjonen i legenes vurderinger av deres konsekvenser for egen prioriteringspraksis. Vi har sett at kjennskap til veilederne mer generelt har en selvstendig effekt på dette området. Vi vil derfor konkludere med at en kombinasjon av god kjennskap til prioriteringsveiledere og en positiv vurdering av revisjonens konsekvenser for veiledernes relevans har avgjørende betydning for i hvilken grad veilederne får innvirkning på legenes prioriteringspraksis.

Prioriteringsveilederne kan, som vi har sett, forstås som et forsøk på å kombinere rettslige reguleringsformer som lovregler og prioriteringsforskrift på den ene side og interne medisinskfaglige retningslinjer på den andre. Veilederne tar sikte på å styrke legenes rettslige og profesjonsinterne ansvarliggjøring samtidig. Vi kan dermed ikke trekke noe klart skille mellom veilederne som strukturelle og epistemiske ansvarliggjøringsmekanismer. Formative og støttende mekanismer, som Molander (2016) karakteriserer som epistemiske, er også strukturelle i den forstand at de bidrar til å synliggjøre innholdet i den rettslige reguleringen (restriktive mekanismer) av legenes skjønnsutøvelse på dette området. Våre data gir ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt legenes vurderinger av veiledernes relevans og betydning for egen prioriteringspraksis går i den ene eller andre retning, men det er rimelig å forstå veiledernes betydning i lys av deres formidlingsfunksjon mellom medisinskfaglige og rettslige hensyn i praksis.

I avklaringen av ansvarliggjøringsbegrepet (se del 2) fremheves relasjonen mellom en aktør og et forum som et sentralt aspekt ved ansvarliggjøringen. I prioriteringsveilederne kan vi skille mellom to viktige fora: allmenheten gjennom de samfunnsmessige forpliktelsene som ligger i den demokratisk-rettslige reguleringen, og profesjonen gjennom forpliktelsen til å fatte medisinskfaglig forsvarlige prioriteringsbeslutninger. I praksis er sikringen

av disse forpliktelsene svært åpen og i stor grad overlatt til den enkelte leges egne vurderinger. Selv om legene har en plikt til å kjenne til veilederne gjennom faglig oppdatering, står de ikke i direkte ansvar overfor noen til å gjøre det. Dette bidrar til å svekke veiledernes funksjon som ansvarliggjøringsmekanisme. Anvendelsen baseres i stor grad på det Mulgan (2000) karakteriserer som individuell «responsibility» i motsetning til ekstern «accountability». Det innebærer i vår sammenheng at iverksettingen av veilederne i større grad baseres på tillit til legenes personlige ansvarsfølelse enn på ekstern kontroll.

Vår forståelse av ansvarliggjøringsbegrepet innebærer at det foreligger en mulighet til å stille profesjonsutøveren til ansvar for sin skjønnsutøvelse, ikke at dette nødvendigvis gjøres i praksis. Vi har sett at legene ifølge regelverket har en plikt til å begrunne beslutninger som ikke er i overenstemmelse med prioriteringsveilederne. Hvordan dette følges opp i praksis, vet vi ikke så mye om, men at mange leger ikke har tilstrekkelig kjennskap til veilederne, gir en klar indikasjon på manglende oppfølging.

Statlige tilsyns- og kontrollordninger er viktige instrumenter i oppfølgingen av intensjonene i lovverket og i den rettslige styringen av helse- og omsorgstjenesten (Riska & Aasen, 2018). Hvorvidt denne tilsynsrollen ivaretas på en effektiv måte i relasjon til ulike prioriteringsspørsmål, har vi mindre kunnskap om. Det finnes eksempler på at Helsetilsynet gjennom sine tilsyn med ulike deler av spesialisthelsetjenesten (som psykisk helsevern) har gitt merknader til anvendelsen av prioriteringsveilederne uten at disse har vært hovedgjensstand for tilsynet (Statens helsetilsyn, 2015). Helsetilsynet har også slått fast at det forventes at helseforetakene har implementert prioriteringsveilederne (Statens helsetilsyn, 2012). Det finnes eksempler på tilsyn på foretaksnivå, men her ser det ut til å være stor variasjon mellom helseforetakene, og vi vet lite om hvordan slike revisjoner utføres og følges opp. Sett på bakgrunn av at vår undersøkelse viser at sykehuslegenes grad av kjennskap til prioriteringsveilederne har klare konsekvenser for deres prioriteringspraksis, vil det være av stor betydning å sikre en mer systematisk oppfølging av legenes praksis. Vår hovedkonklusjon får imidlertid være at det både ut fra et demokratisk-rettslig og et medisinskfaglig perspektiv er viktig å styrke legenes kunnskap om / kjennskap til prioriteringsveilederne på sine arbeidsområder.

## Avsluttende kommentarer

Legene er underlagt et komplekst lov- og forskriftsverk med underliggende retningslinjer og veiledere. Prioriteringsveilederne er derfor bare ett av mange ulike instrumenter som er etablert for å regulere legenes avgjørelser.

De veilederne som er utarbeidet til nå, synes å formidle en standardisert praksis, men gir liten støtte til klinikere når det gjelder hvilke tilstandsgrupper som *ikke* skal ha rett på spesialisthelsetjenester. Kun 7 prosent av tilstandene som er beskrevet i veilederne, anbefales ikke en slik rett (Johansson mfl., 2017). Legene er satt til å foreta vanskelige prioriteringer mellom pasienter – prioriteringer som politikere vegrer seg for å ta. Dersom det gjennom veilederne ble tatt mer eksplisitt stilling til hvilke tilstander som ikke skal ha rett på spesialisthelsetjenester, er det mulig at veilederne kunne blitt mer relevante for legene. Om fremtidige prioriteringsveiledere i større grad bygger inn denne type hensyn, vil de ha større potensiale til å støtte legen i vanskelige prioriteringsbeslutninger og gi beslutningene større legitimitet. På denne måten vil prioriteringsveilederne også kunne styrke den faglige skjønnsutøvelsen, ikke bare begrense den.

## Litteratur

- Bjorvatn, A. & Nilssen, E. (2018). Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 18–38. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-02>.
- Bovens, M. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European Law Journal*, 13(4), 447–68. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0386.2007.00378.x>
- Bringedal, B. & Carlsen, B. (2018). Styring for kvalitet og likebehandling. Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP. DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.33>.
- Brodtkin, E.Z. (2008). Accountability in street-level organizations, *International Journal of Public Administration*, 31, 317–336. DOI: <https://doi.org/10.1080/01900690701590587>
- Carlsen, B. & Bringedal, B. (2011). Attitudes to clinical guidelines—do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Quality & Safety*, 20(2), 158–62. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.034249>.
- Dworkin, R. (2013/1977). *Taking rights seriously*. London: Bloomsbury Publishing.
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellis, K. (2011). «Street-level bureaucracy» revisited: The changing face of frontline discretion in adult social care in England. *Social Policy & Administration*, 45(3), 221–44. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00766.x>.
- Eriksen, E.O. (2001). *Demokratiets sorte hull, om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Eriksen, T.B. (1988). Velferdspolitikken legitimitet og grense. *Nytt Norsk Tidsskrift*, (1).
- Evans, T. (2011). Professionals, managers and discretion: Critiquing street-level bureaucracy, *British Journal of Social Work*, 41(2), 368–86. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq074>.
- Freidson, E. (2001). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hasenfeld, Y. (1987). Power in social work practice, *Social Service Review*, 61(3), 469–83. DOI: <https://doi.org/10.1086/644463>.
- Hasenfeld, Y. (2010). Organizational responses to social policy: The case of welfare reform, *Administration in Social Work*, 34(2), 148–67. DOI: <https://doi.org/10.1080/03643101003608976>.
- Helsedirektoratet (2015, 2. november). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>.
- Hupe, P. & Hill, M. (2007). Street-level bureaucracy and public accountability. *Public Administration*, 85(2), 279–99. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00650.x>.
- Husak, D. (1992) *Drugs and rights*: Cambridge: Cambridge University Press.
- Johansson, K.A., Nygaard, E., Herlofsen, B. & Lindemark, F. (2017). Implementation of the 2013 amended patients' rights act in Norway: Clinical priority guidelines and access to specialised health care. *Health Policy*, 121(4), 346–53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.007>.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Magnussen, A.-M. & Brandt, L. (2014). Individual rights and prioritization of health care. I H.S. Aasen, S. Gloppen, A.-M. Magnussen & E. Nilssen (red.), *Juridification and Social Citizenship in the Welfare State*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Magnussen, A.-M. & Nilssen, E. (2013). Juridification and the construction of social citizenship. *Journal of Law and Society*, 40(2), 228–48. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6478.2013.00621.x>.
- Meijer, A.J. & Bovens, M. (2005). Public accountability in the information age. I V. Bekkers & V. Homburg (red.), *The Information Ecology of E-Government*: Amsterdam: IOS Press.

- Molander, A. (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. I A. Molander & J.C. Smeby (red.), *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. (2016). *Discretion in the welfare state: social rights and professional judgement*. New York: Routledge.
- Molander, A., Grimen, H. & Eriksen, E.O. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state., *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–30. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x>.
- Mulgan, R. (2000). «Accountability»: An ever-expanding concept? *Public administration*, 78(3), 555–73. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00218>.
- Murphy, M. & Skillen, P. (2018). Exposure to the law: Accountability and its impact on street-level bureaucracy. *Social Policy & Society*, 17(1), 35–46. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1474746416000506>.
- Nilssen, E. (2005). Coercion and justice: a critical analysis of compulsory intervention towards adult substance abusers in Scandinavian social law, *International Journal of Social Welfare*, 14(2), 134–44. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2005.00350.x>.
- Noonan, K.G., Sabel, C.F. & Simon, W.H. (2009). Legal accountability in the service-based welfare state: Lessons from child welfare reform, *Law & Social Inquiry*. 34(3), 523–68. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2009.01157.x>.
- Nygaard, E. (2018). *Metode ved utarbeiding av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere (Rapport fra Helsedirektoratet IS – 2730)*, Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Prioritering/Metoderapport/Metode%20ved%20utarbeiding%20av%20Helsedirektoratets%20prioriteringsveiledere.pdf>.
- Riska, S.H. & Aasen, H.S. (2018). De juridiske rammene. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling. Ufordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP. DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.33>.
- Rothstein, B. (1994). *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logikk*, Stockholm: SNS Förlag.
- Rynning, E. (2011). Still no patients' act in Sweden. Reasons and implications. I E. Rynning, & M. Hartlev (red.), *Nordic Health Law in a European Context*: Leiden: Brill | Nijhoff. DOI: <https://doi.org/10.1163/9789004223813>.
- Statens helsetilsyn (2012). *Spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft). Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2012*, Hentet fra: [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder\\_kolorektalkreft\\_internserien2\\_2012.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_kolorektalkreft_internserien2_2012.pdf).
- Statens helsetilsyn (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*, Hentet fra: [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2015/helsetilsynetrapport3\\_2015.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2015/helsetilsynetrapport3_2015.pdf).
- Syse, A. (2012). Pasientrettigheter – jus og fag. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 132(4), 384. DOI: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0076>.
- Tranvåg, E.J., Nygaard, E. & Norheim, O. (2015). Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere?, *Michael*, 12, 416–27.
- Tummers, L. & Bekkers, V. (2014) Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion, *Public Management Review*, 16(4), 527–47. DOI: <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841978>
- Aasen, H.S. (2000). *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Aasen, H.S., Hartlev, M. & Magnussen, A.-M. (2015). Right to hospital care and prioritisation from a law and politics perspective – the experiences of Norway and Denmark, *European Journal of Social Security*, 17(4), 409–435. DOI: <https://doi.org/10.1177/138826271501700402>.

Aasen, H.S. & Magnussen, A.-M. (2016). Prioriteringsveiledere som styringsveiledere i skjæringspunktet mellom rett og medisin. I H.S. Aasen & E. Nilssen (red.), temanummer «Rettsliggjøring i velferdsstaten». *Retfærd*, 2, 19–31.

## Vedlegg

**Tabell 1.** Predikert sannsynlighet. N = 306.

Synes du de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn den forrige?	Kjenner du innholdet i prioriteringsveilederne på ditt område?	Sannsynlighet for å ha endret prioriteringspraksis som følge av de reviderte veilederne	Standardavvik
<b>Nei</b>	Nei eller i noen grad	31,6 %	0,282
<b>Nei</b>	Ja	64,4 %	0,044
<b>Ja</b>	Nei eller i noen grad	69,1 %	0,035
<b>Ja</b>	Ja	89,4 %	0,020
<b>Totalt</b>	Synes de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn de forrige	82,9 %	0,098
	Synes ikke de reviderte veilederne gir bedre beslutningsstøtte for prioriteringer enn de forrige	48 %	0,168
	Kjenner ikke til / i noen grad til prioriteringsveilederne	48,4 %	0,190
	Kjenner godt til prioriteringsveilederne	80 %	0,125