

Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester

Legal Regulation and Professional Discretion in Prioritization of Specialized Health Services

Afsaneh Bjorvatn

Postdoktor

Institutt for sosialfag og vernepleie, Høgskolen på Vestlandet

Afsaneh.Bjorvatn@hvl.no

Even Nilssen

Professor

Institutt for sosialfag og vernepleie, Høgskolen på Vestlandet

Even.Nilssen@hvl.no

SAMMENDRAG

I artikkelen analyseres forholdet mellom rettslig regulering og medisinsk-faglig skjønnsutøvelse i den norske spesialisthelsetjenesten med særlig henblikk på prioritering av helse-tjenester. Med utgangspunkt i en surveyundersøkelse blant leger i spesialisthelsetjenesten rettes blikket mot et potensielt spenningsfelt mellom to sentrale styringsmodeller i velferdsstaten: den legal-byråkratiske modellen og profesjonsmodellen. Oppfatter de aktuelle legene at rettslige reguleringsinstrumenter (lovgivning, forskrifter og veiledere) hindrer dem i å utøve et forsvarlig medisinsk-faglig skjønn? I all hovedsak tilbakeviser artikkelen en tese om at disse modellene står i et konfliktforhold til hverandre når det gjelder prioritering innen spesialisthelsetjenesten.

Nøkkelord

rettslig regulering, skjønnsutøvelse, prioritering, spesialisthelsetjenesten

ABSTRACT

The article elaborates on the relationship between legal regulation and medical-professional discretion concerning prioritization of specialist health services in Norway. Based on a survey among hospital doctors, the article highlights the possible tension between two important administrative models in the welfare state: the legal-bureaucratic model and the professional model. Do the included physicians perceive that legal instruments (law, regulations and guidelines) prevent them from executing sufficient medical-professional discretion? The article mainly refutes a hypothesis claiming that the two models stand in a conflict relationship to each other when it comes to prioritization within the specialist health service.

Keywords

legal regulation, professional discretion, special health service, prioritization

INNLEDNING

Utviklingen av den norske velferdsstaten kjennetegnes av to sentrale trekk: For det første en omfattende utvidelse av lovgivningens funksjon for å oppnå sosiale mål (Bernt og Doublet 1996:62; jf. Habermas 1996; Teubner 1986) og for det andre av en sterk vekst i ulike yrkesgrupper som arbeider i den offentlige sektor (Aasen, Gloppen, Magnussen og Nilssen 2014; Seip 1994). I visse tilfeller kan disse utviklingstrekkene stå i et spenningsforhold til hverandre. Dette kan f.eks. innebære at en rettslig detaljregulering på enkelte velferdsområder kan hindre enkelte yrkesgrupper i å handle på grunnlag av den kunnskapen de har i kraft av deres utdanning og/eller erfaring. I streng betydning er regelstyring orientert mot å oppnå forhåndsgitte mål og verdier, mens profesjonsutøvelse bygger på beslutninger knyttet til vurderinger av individuelle behov basert på mål-middel kunnskap. Det er dette potensielle spenningsforholdet som tas opp i denne artikkelen. Analytisk gjøres dette ved hjelp av et skille mellom det vi kaller en legal-byråkratisk og en profesjonsorientert styringsmodell i velferdsstaten (her spesialisthelsetjenesten). Empirisk ser vi dette fra profesjonsutøvernes perspektiv; nærmere bestemt ut fra legene i spesialisthelsetjenestens synsvinkel. Med utgangspunkt i en surveyundersøkelse i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO 2014) ser vi på hvordan legene oppfatter at ulike rettslige virkemidler som angår prioritering av helsetjenester, påvirker den profesjonsbaserte medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen. I hvilken grad oppfattes de to overnevnte styringsmodellene å stå i et motsetningsforhold til hverandre sett fra legenes perspektiv?

I den neste delen av artikkelen gis en redegjørelse for de to modellenes teoretiske grunnlag. Deretter presenterer vi noen viktige trekk ved den rettslige reguleringen på helsefeltet for så å gi en redegjørelse for data og analysemetoder. Så følger en gjennomgang av de empiriske funnene, en diskusjon av dem i forhold til det teoretiske utgangspunktet og en kort oppsummering av de viktigste funnene fra undersøkelsen.

RETTLIG REGULERING OG FAGLIG SKJØNNSUTØVELSE

En av de sentrale dimensjonene i diskusjonen av rettsliggjøringen i velferdsstaten dreier seg om forholdet mellom rettslig styring og faglig skjønnsutøvelse (Aasen mfl. 2014:291). Retten er som nevnt et sentralt virkemiddel i iverksettingen av velferdspolitiske mål. *For det første* autoriserer den bestemte institusjoner (som f.eks. helsevesenet) til å handle på vegne av det offentlige på ulike felt. *For det andre* danner den grunnlag for bestemte profesjoners/yrkesgruppers mulighet til å utøve sin virksomhet på en legitim måte (f.eks. gjennom jurisdiksjon – jf. Abbott 1988). *For det tredje* regulerer en del lovverk yrkesutøvernes konkrete praksis ved bl.a. å stille krav og vilkår til yrkesutøvelsen, f.eks. gjennom å gi pasienter/brukere konkrete individuelle rettigheter eller å stille vilkår for fordeling av ulike typer ressurser. Samtidig utgjør velferdsstaten et sterkt fundament for ulike yrkesgruppers og profesjoners utøvelse av eget fag, noe som forutsetter et handlingsrom som ikke er regulert av eksterne regler (faglig autonomi). Rettslig regulering og faglige hensiktsmessighetsvurderinger bygger i stor grad på ulike handlingslogikker som i visse tilfeller kan stå i et spenningsforhold til hverandre. For å gripe relasjonene mellom de to handlingslogikkene skiller vi mellom to idealtypiske beslutningsmodeller: den legal-byråkratiske modellen og profesjonsmodellen.

Når vi snakker om en *legal-byråkratisk beslutningsmodell* er det først og fremst den rettslige reguleringen av yrkesutøvernes praksis vi tenker på. I vårt tilfelle betyr det at rettsregler anvendes for å påvirke de beslutningene som skal fattes i ulike deler av velferdsstaten (Nilssen 1999). Idealtypisk er beslutningen i denne modellen kjennetegnet av en lovorientert regelstyring (Eckhoff og Jacobsen 1960) basert på den juridiske subsumsjonslogikken:

Man søker først den almene regel på bakgrunn av det konkrete tilfellet (den rettslige avgrensning av faktum og beviser), så subsumerer man enkelttilfellet under regelen (subsumsjon) (Doublet og Bernt 1992:88).

Den legal-byråkratiske modellen utgjør også et viktig ideal for administrativ beslutningstaking.

From the perspective of bureaucratic rationality, administrative justice is accurate decision-making carried on thought processes appropriately rationalized to take account of cost. The legitimating force of this conception flows both from its claim to correct implementation of otherwise legitimate social decisions and from its attempt to realize society's preestablished goals in some particular substantive domain (...) (Mashaw 1983:26).

Byråkratiet kan dermed rettferdiggjøres som en rasjonell teknologi for iverksetting av forhåndsbestemte sosiale mål. Verdispørsmål forutsettes avklart på et overordnet politisk nivå (lovutforming) og gjennomføres med utgangspunkt i en regelorientert formålsrasjonalitet legitimert av det Max Weber (1978:217–226) betegnet som «legal autoritet».

Utviklingen av velferdsstaten har også gått sammen med en omfattende profesjonalisering og vekst i yrkesgrupper som iverksetter ulike sosiale tiltak i praksis. Seip hevder for eksempel at «Velferdsstaten er på mange måter sine yrker» (Seip 1994:369) og at det å oppnå utvidede mål om omsorg og behandling krevde vekst i gamle yrker og utvikling av nye. Mens den legal-byråkratiske modellen primært fokuserer på politisk styring gjennom

rettslig regulering, fremhever *profesjonsmodellen* at beslutningsmyndighet må delegeres til ulike yrkesgrupper/profesjoner basert på at de besitter bestemte former for kunnskap som er viktig i iverksettingen av ulike sosialpolitiske tiltak. Her er det ikke en fortidsorientert regelstyring som står i sentrum, men kunnskapsbaserte og konsekvensorientert mål-middel-vurderinger forankret i ulike typer utdanninger f.eks. på høyskole- og universitetsnivå.

Denne modellen fremhever at noen yrkesgrupper har den nødvendige kunnskapen til å utøve faglig skjønn på en forutsigbar måte. Gjennom å åpne beslutningsprosessen for faglige hensiktsmessighetsvurderinger tas det sikte på å øke den velferdspolitiske treffsikkerheten (jf. Rothstein 1994). Idealet er at dette vil føre til mer behovsorienterte eller brukerorienterte beslutninger.

«Justice lies in having appropriate professional judgement applied to one's particular situation in the context of a service relationship» (Mashaw 1983:29).

Utøvelsen av ethvert velferdsyrke innebærer anvendelse av ulike former for kunnskap og metoder/teknikker (Abbott 1988). For noen yrkesgrupper er metodene i stor grad forankret i konkret praksisbasert kunnskap, mens de mer rendyrkede profesjonene (som f.eks. legeprofesjonen) i større grad anvender ulike former for vitenskapsbasert kunnskap (ibid.:8).

Det vi er opptatt av i denne artikkelen, er den potensielle spenningen mellom den legalbyråkratiske styringsmodellen og profesjonsmodellen, dvs. mellom ulike former for rettslig regulering og rommet for medisinsk-faglig skjønnsutøvelse. Hva legger vi så i begrepet 'skjønn'?

Med utgangspunkt i Molander, Grimen og Eriksen (2012) kan vi 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 (jf. Dworkin 2013:48/1977). Skjønnsutøvelsen omfatter imidlertid også innholdet i de beslutningene som fattes, det Molander mfl. (2012) karakteriserer som 'epistemisk skjønn'. Her er vi på mange måter ved kjernen av den profesjonsbaserte skjønnsutøvelsen, dvs. at vi aksepterer at noen yrkesgrupper har en form for kunnskap som er adekvat i løsningen av bestemte sosiale (herunder helsemessige) problemer. At legene f.eks. har hatt et relativt stort rom for skjønnsutøvelse (strukturelt skjønn), bygger på en tillit til at de har en spesifikk vitenskapsbasert kunnskap som gjør dem særlig egnet til å behandle bestemte medisinske problemer (epistemisk skjønn) (jf. Molander 2016:7).

Men epistemisk skjønn er ikke nødvendigvis forankret i vitenskapelige sannheter. De kan også ha sitt grunnlag i etiske retningslinjer, praksisbasert erfaringskunnskap og individuelle holdninger (herunder fordommer). I dette ligger det også en paternalismeproblematikk, 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. Nilssen 2005, 2001; Aasen 2000; Husak 1992; Eriksen 1988; Dworkin 1972, 1988). Dermed kan det også være viktig å sikre den enkelte borgers rettigheter i forhold til ulike velferdsprofesjoner gjennom rettslig regulering. Det gjelder både materielle rettigheter, f.eks. individuelle rettigheter til konkrete tjenester/ytelser, og prosessuelle rettigheter i form av klagerettigheter, krav om begrunnelser for ulike beslutninger, rett til medbestemmelse og rett til domstolsbehandling av opplevde krenkelser.

Det kan altså ligge en potensiell motsetning mellom rettslig regulering av et velferdsområde – som det medisinske – og profesjonenes faglig baserte skjønnsutøvelse. Empirisk vil vi analysere noen aspekter ved denne relasjonen med utgangspunkt i legenes oppfatninger av ulike former for rettslig regulering på deres arbeidsområder. Dette omfatter både strukturelt skjønn (faglig handlingsrom) og noen sider ved epistemisk skjønn (innholdet i pasientarbeidet). Vi skal imidlertid først gi en kort redegjørelse for de sentrale rettslige reguleringsformene i helsesektoren som inngår i denne undersøkelsen.

NOEN FORMER FOR RETTSLIG REGULERING AV LEGEPROFESJONEN

Når det gjelder prioritering i spesialisthelsetjenesten er det særlig tre reguleringsformer som har potensielle konsekvenser for legenes skjønnsutøvelse i praksis: Pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Dette er sentrale rettslige virkemidler for å sikre likebehandling i spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Lov om pasient- og brukerrettigheter (lov 2. juli 1999 nr. 63) og forskrift om prioritering av spesialisthelsetjenester utgjør det lovmessige grunnlaget for prioritering mellom pasienter som søker helsehjelp. I § 1-1 heter det at lovens formål er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». Videre skal den bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

I § 3-1 slås det fast at loven innebærer en rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (spesialisthelsetjenesten i vårt tilfelle). «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det». Retten til medvirkning gjelder altså etter at pasienten har fått tilkjent en rett til spesialisthelsetjenester (gjennomføring).

Prioriteringsforskriften

Juridiske styringsverktøy slik som prioriteringsforskriften har som formål å regulere tilgangen til spesialisthelsetjenester og å klargjøre pasienters rettigheter i møte med spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsforskriften ble først introdusert i år 2000 og har siden vært gjenstand for flere revideringer.

§ 2 omhandler «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» og innebærer at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp dersom a) pasienten har forventet nytte av helsehjelpen og b) de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

I departementets merknader til § 2 heter det blant annet at det med forventet nytte av helsehjelpen menes at «kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varig-

het, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen» og «Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom en medisinsk vurdering av behov, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet».

§ 2.a, som ble tilføyd 10. april 2015, fastslår at det i prioriteringen av pasienter skal legges vekt på alvorlighet og hastegrad, det vil si på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

Forskriften inneholder ellers regler for helsehjelp i utlandet, frister og fristbrudd, informasjonsplikt samt klagerett og klagebehandling.

Prioriteringsveiledere

Til tross for innføringen av pasientrettigheter og prioriteringsforskrifter har det vært store forskjeller i praktisering av prioriteringsforskriften, både mellom helseforetakene og fagområder (Tranvåg, Nygaard og Norheim 2015). Helsemyndighetene har derfor utarbeidet en rekke prioriteringsveiledere som beslutningsstøtte for rettighets- og prioriteringsvurderinger i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å sikre størst mulig likhet i praktiseringen av regelverket. Prioriteringsveiledere beskriver helsemyndighetenes oppfatning av hva som er rett fortolkning av regelverk, men er ikke rettslig bindende. Veilederne er ment å være et bidrag i den kliniske beslutningsprosessen når spesialisthelsetjenesten skal prioritere hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilke som må vente (Helsedirektoratet.no). Veilederne omfatter rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet.no). Alle veilederne forklarer hvordan pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften skal brukes i praksis. Dermed kan veilederne betraktes som de mest praksisnære normene i den rettslige reguleringen av prioritering i spesialisthelsetjenesten. Utforming av veilederne har i større grad vært et fagprosjekt enn et juridisk prosjekt (Syse 2012:384). At vi likevel inkluderer veilederne som en del av den legal-byråkratiske styringsmodellen skyldes deres praktiske funksjon i fortolkningen av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Vi kan betrakte dem som prioriteringsnormer med fundament i foreliggende rettsregler på feltet (Aasen og Magnussen 2016) eller, sagt på en annen måte, som formidlingsmekanismer mellom den legal-byråkratiske modellen og profesjonsmodellen.

Samlet vil vi si at den rettslige reguleringen av prioritering i spesialisthelsetjenesten legger noen sentrale rammer for legenes frie skjønnsutøvelse. På dette området, som på mange andre velferdsområder, gir imidlertid lovgivningen også betydelig rom for faglige hensiktsmessighetsvurderinger (Magnussen og Nilssen 2013).

DATA OG METODE

Den empiriske delen av studien er rettet mot a) profesjonsutøvernes oppfatninger av juridiske ordninger/rettslige virkemidler, og b) hvordan slike ordninger/virkemidler har påvirket deres profesjonsbaserte skjønnsutøvelse.

Vi benytter data fra en spørreundersøkelse som var gjennomført i regi av Legeforskningsinstituttet (LEFO) i 2014. Datasettet fra LEFO har flere begrensinger, noe som for

eksempel ikke gjør det mulig å undersøke hvordan juridiske ordninger kan påvirke profesjonsutøvernes vurderinger og beslutninger når det gjelder pasienter som blir henvist til spesialistbehandling. Juridiske ordninger er i spørreundersøkelsen definert som *pasientrettigheter* og *regler for prioritering*. I den forbindelse er det stilt en rekke spørsmål om betydningen av disse ordningene på *kvalitet* og *likebehandling*. Med *likebehandling* er det ment lik tilgang på spesialisthelsetjenester, mens *kvalitet* ikke er definert spesifikt. Respondentene kan derfor ha ulik tolkning av begrepet *kvalitet*.

Utvalg: Respondenter i spørreundersøkelsen er representanter fra LEFOs referansepanel som består av leger og spesialister i både primær- og spesialisthelsetjenesten. For å identifisere respondenters yrkestilhørighet koblet vi opp flere variabler med informasjon om hvilken stillingskategori respondentene i undersøkelsen hørte til.

Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvordan rettslig regulering påvirker den faglige skjønnsutøvelsen i prioritering av spesialisthelsetjenester. Fastleger, kommuneleger, leger i ikke-kliniske stillinger, privatpraktiserende spesialister og pensjonister ble derfor ekskludert fra datamaterialet. Utvalget i studien består derfor av leger og spesialister i kliniske stillinger på sykehus i følgende stillingskategorier: klinikksjef, avdelings-, seksjons- og klinikkoverlege, assisterende overlege, overlege, lege og lege i spesialisering. Dette utgjør 637 leger og er godt representativt med 53 prosent mannlige leger og 47 prosent kvinnelige leger. Gjennomsnittsalderen er 44 år for kvinnelige leger og 50 år for mannlige leger.

Metode: Analysemetoden er basert på både deskriptive statistikkanalyser og regresjonsanalyser. Binary probit modell er valgt som regresjonsmodell (for nærmere redegjørelse, se kapittelet om legenes kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen ...).

I våre empiriske analyser har vi tatt utgangspunkt i de spørsmålene i LEFOs undersøkelse vi anså som relevante for våre problemstillinger.¹ Men bruk av dette datasettet innebærer noen begrensninger i analysene av skjønnsutøvelse blant spesialistene. Ideelt sett burde vi ha hatt noen oppfølgingsspørsmål angående innholdet i skjønnsutøvelsen på enkelte områder, og respondentene burde også kunnet utdype enkelte svar knyttet til sine synspunkter. I fravær av kommentarfelt på enkelte spørsmål er vår fortolkning av resultatene på enkelte spørsmål mer begrenset enn vi skulle ønske. Vi mener likevel at dataene er godt egnet til å gi svar på vår hovedproblemstilling, dvs. i hvilken grad legene opplever at rettslig styring og medisinsk faglig skjønnsutøvelse står i et motsetningsforhold til hverandre i prioritering av spesialisthelsetjenester.

PRESENTASJON AV ANALYSENE

I denne delen av artikkelen presenterer vi våre empiriske analyser av LEFO-surveyen. Vi har valgt å dele presentasjonen i to delkapitler. Det første fokuserer på legenes kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne samt deres vurderinger av disse instrumentenes betydning for likebehandling og tjenestekvalitet. Den andre delen går mer direkte på spørsmål om forholdet mellom de rettslige styringsverktøyene og utøvelsen av faglig autonomi.

1. Samtlige spørsmål (formuleringer) som er benyttet i analysene finnes i vedlegget.

Profesjonsutøvernes kjennskap til og oppfatninger av de rettslige virkemidlene²

Kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen

Rettslige virkemidler kan i vår sammenheng betraktes som bestemte typer regler eller normer som utformes med tanke på å påvirke helsepersonellens praksis på ulike tjenestoområder. Slike regler/normer iverksetter seg ikke selv, men forutsetter at de som skal anvende dem har et visst kjennskap til dem. Hvis legene ikke har kjennskap til de reglene og normene som er nedfelt i prioriteringsforskriften og veilederne, vil slike virkemidler heller ikke legge noen strukturelle føringer på legenes utøvelse av faglig skjønn.

Tabell 1

Kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen

	Nei	I noen grad	Ja	Antall
Kjennskap til prioriteringsforskriften	21 %	38 %	41 %	578
Kjennskap til prioriteringsveilederen	27 %	30 %	42 %	566
Prioriteringsforskriften førte til endret arbeidsmåte	53 %	37 %	10 %	491

Tabell 1 viser hvor mange leger i spesialisthelsetjenesten som kjenner til prioriteringsforskrift og veileder og i hvilken grad prioriteringsforskriften har endret deres arbeidsmåte i pasientbehandlingen. Av de to virkemidlene er det prioriteringsforskriften som har det klareste rettslige fundamentet og som er nærmest knyttet til det aktuelle lovverket på feltet. På den andre siden kan veilederne sies å formidle prinsipper for prioritering i lovgivningen på en mer praksisnær måte.

Tabellen viser at en relativt stor andel av legene i spesialisthelsetjenesten ikke kjenner til prioriteringsforskriften (21 prosent), mens 41 prosent gir uttrykk for at de kjenner forskriften og 38 prosent oppgir at de i noen grad har slikt kjennskap. Det betyr at 79 prosent mener de i det minste har en viss kjennskap til forskriften.

Når det gjelder prioriteringsveilederen, oppgir 27 prosent av legene at de ikke kjenner til veilederen, mens 30 prosent har noe kjennskap og 42 prosent mener at de kjenner prioriteringsveilederen godt. Det betyr at 72 prosent av de aktuelle legene gir uttrykk for i det minste å ha en viss kjennskap til veilederen.

Prosentdifferansen mellom manglende kjennskap til de to virkemidlene (nei) blir dermed 6 prosent, mens den for de som har kjennskap (i noen grad + ja) til instrumentene blir på 7 prosent. Det er altså ingen markante forskjeller i legenes kjennskap til forskriften og veilederen. Det er likevel noe overraskende at flere oppgir ikke å ha kjennskap til den praksisnære veilederen enn til den mer rettslig funderte forskriften. Selv om det er store variasjoner i legenes grad av kjennskap til reglene og normene som formidles gjennom de to undersøkte instrumentene, er det klart at det er en relativt stor gruppe leger som ikke

2. Vi benytter begreper som rettslige/juridiske 'virkemidler', 'styringsmidler' og 'instrumenter' synonymt. Med 'rettslige regler/normer' mener vi både lov, forskrift og veiledere.

har kjennskap til dem. Det er i hovedsak de samme legene som ikke har kjennskap til både forskrift og veileder (ca. 90 prosent).

Tabell 1 inneholder også opplysninger om hvorvidt legene mener at prioriteringsforskriften har medført endringer i måten de arbeider på. Vi ser her at et flertall (54 prosent) svarer benektende på det, mens bare 10 prosent svarer bekreftende. Det er imidlertid en relativt stor gruppe (37 prosent) som mener at forskriften i noen grad har ført til endring i deres arbeidsmåte. På et slikt generelt nivå er det altså ingen enhetlig oppfatning blant legene av prioriteringsforskriftens betydning for deres praksis. Mange mener at den ikke har noen innvirkning, men det er også en stor andel som oppgir at forskriften i det minste i noen grad har påvirket deres arbeidsmåte (totalt 47 prosent). Selv om det kan være vanskelig å tolke hva som ligger til grunn for svarene i kategorien «i noen grad», peker funnene mer i retning av variasjon enn entydighet i legenes vurderinger. Dette er i tråd med funn fra tidligere forskning på legenes rettsanvendelse i spesialisthelsetjenesten (Magnussen og Brandt 2014).

Vi har ikke tilsvarende opplysninger om prioriteringsveilederens påvirkning av legenes arbeidsmåte. En indikasjon på dens betydning i praksis får vi ved å se hvorvidt legene slår opp i veilederen når de er usikre i pasientbehandlingen (se vedlegg, tabell B). 45 prosent er enig eller delvis enig i at de gjør det, mens 54 prosent er uenig eller delvis uenig. Igjen finner vi to store grupper i materialet: De som tenderer til å avvise at de bruker veilederen når de er usikre og de som oppgir at de anvender den.

Som nevnt ovenfor er det en forutsetning for at de rettslige instrumentene skal kunne ha betydning for praksis at de formidles til de som skal anvende dem. Analysene viser at det finnes mange leger som verken har kjennskap til prioriteringsforskriften eller veilederen på sitt felt og som derved heller ikke kan anvende dem. Eksempelvis er det bare 30 prosent av de som kjenner til prioriteringsforskriften som oppgir at den ikke har endret måten de arbeider på (se vedlegg, tabell A). Det finnes selvfølgelig også andre grunner til at disse virkemidlene ikke anvendes, som f.eks. at de av ulike grunner anses som irrelevante. Materialet gir oss imidlertid ikke grunnlag til å gå nærmere inn på dette.

Betydningen av juridiske ordninger for kvalitet og likebehandling

I dette avsnittet skal vi se hvordan legene i spesialisthelsetjenesten vurderer de rettslige virkemidlenes betydning for likebehandling av pasienter og kvaliteten på pasientarbeidet på sitt område. Surveyundersøkelsen omfatter her pasientrettigheter forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsreglene i forskrift og veileder. Det er ikke skilt mellom de to siste virkemidlene i undersøkelsen. Som tidligere nevnt (se kapittelet om Noen former for rettslig regulering av legeprofesjonen) er pasientrettighetslovens generelle formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Likebehandling og kvalitet er ikke nødvendigvis utvetydige begreper. Tabell 2 viser imidlertid hvordan legene selv tolker lovens formulering om «lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

Tabell 2.

Legers tolkning av «lik tilgang på tjenester av god kvalitet»

	Ja	Nei	Usikker	Antall
Samme type behandling ved samme helsetilstand	62 %	23 %	15 %	596
Lik ressursbruk for samme helsetilstand	33 %	46 %	21 %	590
Ulik ressursbruk for samme helsetilstand for å oppnå lik effekt	75 %	8 %	17 %	625

Tabell 2 viser at tre fjerdedeler av legene mener at likebehandling dreier seg om resultatlikhet, dvs. at man kan bruke ulike ressurser på samme helsetilstand dersom det fører til større likhet i behandlingsresultat. På den andre siden mener 62 prosent at likebehandling impliserer lik behandling for samme helsetilstand. Siden bare 33 prosent mener lik tilgang betyr lik ressursbruk for samme helsetilstand, er ikke «samme type behandling» det samme som «lik ressursbruk». Vi tolker det derfor slik at flertallet av legene i langt større grad knytter lik tilgang på tjenester til behandlingens effekter enn til dens kostnader. Indirekte kan dermed også kvaliteten på tjenestene forstås ut fra deres behandlingseffekt.

Hvordan påvirker da, ifølge legene, de rettslige virkemidlene knyttet til pasientrettigheter og prioriteringsregler, likebehandlingen av pasienter og kvaliteten på deres pasientarbeid?

Tabell 3.

Hvordan påvirker juridiske ordninger (pasientrettigheter og regler for prioritering) kvalitet og likebehandling i deres arbeid?

	Veldig positivt	2	3	4	Veldig negativt	Antall
Kvalitet på pasientarbeid						
Pasientrettigheter	12 %	41 %	38 %	8 %	1 %	508
Prioriteringsregler	6 %	36 %	45 %	11 %	2 %	497
Likebehandling i pasientarbeid						
Pasientrettigheter	13 %	42 %	36 %	7 %	1 %	494
Prioriteringsregler	10 %	40 %	40 %	9 %	1 %	475

Tabell 3 viser at ca. halvparten av legene mener at pasientrettigheter har hatt en positiv effekt på kvaliteten på pasientbehandlingen. En relativt stor andel av de som svarer (38 prosent) er imidlertid av den oppfatning at pasientrettigheter verken har hatt noen positiv eller negativ effekt på kvaliteten på deres pasientarbeid. Samtidig er det klart at bare en av ti leger mener at lovbaserte pasientrettigheter har påvirket kvaliteten i pasientarbeidet negativt. Når det gjelder effekten av prioriteringsregler (prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne) er resultatet relativt likt: 42 prosent positive, 45 prosent nøytrale og 13 prosent negative svar.

Likebehandling er i spørreskjemaet definert som «likheten i tilgang på tjenester (likebehandling) i ditt pasientarbeid». Vi har ovenfor sett at majoriteten av legene knytter likebehandling til resultatlikhet og i mindre grad til ressursinnsats. Analysen viser tilsvarende resultater for juridiske ordningers effekt på likebehandling som for behandlingens kvalitet. 55 prosent vurderer effekten av pasientrettigheter som positiv mens 36 prosent mener rettig-

hetene verken har hatt positive eller negative virkninger. Også her mener bare en av ti leger (8 prosent) at pasientrettigheter har påvirket likebehandling i pasientarbeidet på en negativ måte. Tilsvarende tall for effekten av *prioriteringsregler* er 50 prosent positive, 40 prosent nøytrale og 10 prosent negative.

Samlet viser disse analysene at hovedvariasjonen på disse to områdene av pasientarbeidet går mellom de som mener at de juridiske virkemidlene har hatt en positiv påvirkning av kvaliteten og likebehandlingen i pasientarbeidet på den ene siden, og de som mener de verken har hatt noen positiv eller negativ effekt på den andre. Kun en liten minoritet gir uttrykk for at disse virkemidlene har hatt negative effekter for kvalitet og likebehandling i praksis. I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om rett til nødvendig helsehjelp har ført til en mer rettferdig fordeling av helsetjenester. Her sier 45 prosent av legene seg enig eller delvis enig, mens 55 prosent er delvis eller helt uenig. Rettferdighet er ikke noe entydig begrep, men i denne forbindelsen er det etter vår mening rimelig å knytte det til legenes forståelse av likebehandling. Sett i forhold til vår problemstilling blir hovedkonklusjonen her at svært få leger gir uttrykk for at rettslige styringsmidler står i en motsetning til deres muligheter til å oppnå faglig god kvalitet og likebehandling av pasienter i yrkesutøvelsen. I den grad legene mener de rettslige virkemidlene har innvirket på kvalitet og likebehandling, vurderes dette tendensielt positivt.

I tabell 3 ga vi en deskriptiv illustrasjon av hvilken betydning juridiske ordninger, slik som pasientrettigheter og prioriteringsregler, har for legenes arbeid når det gjelder kvalitet og likebehandling. For å se om det finnes noen underliggende variasjoner i legenes oppfatninger, har vi gjennomført en regresjonsanalyse hvor vi har kontrollert for kjønn, alder, stilling og kjennskap til prioriteringsforskriften, se tabell 4.

Tabell 4.

Juridiske ordninger og effekt på kvalitet og likebehandling (probit-modell)

	Kvalitet		Likebehandling	
	Juridiske ordninger		Juridiske ordninger	
	<i>Pasientrettigheter</i>	<i>Prioriteringsregler</i>	<i>Pasientrettigheter</i>	<i>Prioriteringsregler</i>
Kvinne	0,191 (0,191)	0,009 (0,182)	-0,127 (0,198)	-0,141 (0,188)
Alder	-0,004 (0,009)	0,006 (0,009)	-0,028*** (0,009)	-0,017* (0,009)
Leder	0,147 (0,253)	0,717** (0,286)	0,527* (0,295)	0,725** (0,287)
Kjenner forskriften	-0,182 (0,359)	0,143 (0,373)	0,159 (0,407)	0,007 (0,391)
Kjenner veilederen	0,087 (0,329)	0,148 (0,338)	0,081 (0,387)	0,288 (0,364)
Konstant	1,321*** (0,483)	0,116 (0,467)	2,255*** (0,484)	1,455*** (0,450)
N	313	258	293	276

Baselines: Mann; Lege/overlege/lege i spesialisering; Kjenner ikke til prioriteringsforskriftene. Kjenner ikke til prioriteringsveilederen. Standardavvik i parenteser; * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

I regresjonsanalysen har vi anvendt følgende binary probit modell,

$$\Pr(Y = 1 | \mathbf{X}) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \varepsilon$$

hvor \Pr betegner sannsynlighet, Y er en dummyvariabel som har verdien 1 dersom holdningen til juridiske ordninger om kvalitet eller likebehandling anses å være positiv (veldig positiv/positiv) og lik 0 dersom holdningen er negativ (veldig negativ/negativ). β betegner en rekke koeffisienter. X_1 er en dummyvariabel for kjønn og har verdien 1 for kvinnelig lege og 0 for mannlig lege. X_2 er legens alder. X_3 er en dummyvariabel som er lik 1 for overlege/lege i en lederstilling, ellers 0 for leger, overleger og leger i spesialisering. X_4 og X_5 er dummyvariable som er lik 1 dersom legen har kjennskap til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen henholdsvis, mens ε er et feilledd. Analysene kan summeres opp på følgende måte:

Kvalitet: Det er ingen statistisk sammenheng mellom legens kjønn, alder, lederstilling, kjennskap til prioriteringsforskriftene og kjennskap til prioriteringsveilederen når det gjelder juridiske ordninger slik som *pasientrettigheter* og effekten på behandlingskvalitet. Videre tyder resultatet på en positiv og signifikant sammenheng mellom juridiske ordninger slik som *prioriteringsregler* og oppfatninger om behandlingskvaliteten blant leger i en lederstilling. Vi finner imidlertid ingen signifikante effekter for de øvrige variablene.

Likebehandling: Eldre leger har en mer negativ holdning til at *pasientrettigheter* har påvirket likheten i tilgang på helsetjenester. Eldre leger er også mer negative til at *prioriteringsregler* har ført til økt likebehandling av pasienter. Videre er sannsynligheten for at både *pasientrettigheter* og *prioriteringsregler* har ført til likebehandling positiv blant leger i lederstillinger sammenlignet med leger som ikke er i en lederstilling.

Det er interessant å merke seg at kjennskap til prioriteringsforskriften og veilederen ikke gir utslag på vurderingene av de rettslige virkemidlenes effekt på kvalitet og likebehandling i pasientarbeidet. I hovedsak betyr dette at legenes vurderinger av om de juridiske virkemidlene har hatt en positiv eller ingen effekt (de to hovedgruppene) ikke varierer ut i fra grad av kjennskap til disse virkemidlene. Dette betyr sannsynligvis at mange leger svarer på disse spørsmålene ut fra generelle vurderinger heller enn egne erfaringer. Det er også interessant at leger i lederstillinger i langt større grad enn andre mener at de rettslige virkemidlene har en positiv effekt på kvalitet og likebehandling i pasientarbeidet. Dette kan tyde på at disse legene ikke bare oppfatter rettsreglene/normene som eksterne styringsmidler, men også som viktige ledelsesinstrumenter i forbindelse med det praktiske pasientarbeidet.

Profesjonsbasert skjønnsutøvelse

Vi skal nå gå mer konkret inn på legenes vurderinger av de rettslige virkemidlenes inngripen i deres faglige skjønnsutøvelse (autonomi). Vi betrakter den legal-byråkratiske modellen som et virkemiddel i styringen av ulike yrkesgruppers autonome profesjonsutøvelse, dvs. som en innskrenking av den idealtypiske profesjonsmodellen. Vi gjennomfører derfor primært en analyse av det vi med Molander mfl. (2012) har kalt strukturelt skjønn (handlingsrom) og ikke av hvordan legene konkret praktiserer utøvelsen av det medisinsk-faglige skjønn (epistemisk skjønn). Konkret har vi da stilt noen spørsmål om hvordan legene vurderer de rettslige styringsmidlenes påvirkning av rommet for faglig skjønnsutøvelse.

Tabell 5.

Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene (juridiske ordninger) hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det?

Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Antall
25 %	67 %	7 %	1 %	487

Tabell 5 gir en meget generell framstilling av denne problematikken. Det skilles ikke mellom ulike former for juridiske styringsmidler, hvilket vil si at vurderingene bygger på et samlet inntrykk av lovgivning (pasientrettigheter), prioriteringsforskrift og prioriteringsveiledere. På et slikt generelt nivå går det klart frem av tabellen at de fleste legene ikke oppfatter at de juridiske styringsinstrumentene hindrer dem i å yte den helsehjelpen som de ut fra faglige skjønnsvurderinger anser som ønskelig. Bare 7 prosent mener at slike hindringer oppstår ofte og kun 1 prosent svarer svært ofte, mens 92 prosent svarer aldri eller sjelden.

Tabell 6.

Rettslige virkemidler og medisinsk-faglig skjønnsutøvelse

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Antall
Prioriteringsveileder er en trussel mot autonomi	51 %	31 %	16 %	1 %	413
Pasientens rett til medbestemmelse kan noen ganger gå på bekostning av medisinsk faglig skjønn	15 %	30 %	44 %	11 %	583

Tabell 6 viser at legene ikke oppfatter prioriteringsveilederne som en trussel mot sin faglige autonomi. Så mange som 82 prosent av legene er helt eller delvis uenig i en slik påstand, mens 17 prosent er helt eller delvis enig.

Pasientrettighetsloven inneholder regler om pasientenes rett til medvirkning i behandlingsforløp (se kapittelet om Noen former for rettslig regulering av legeprofesjonen foran). Disse reglene tilstreber å styrke pasientenes innflytelse i interaksjonen med helsepersonell og kan dermed innebære en strukturell regulering av legenes frie skjønnsutøvelse. Mange leger er da også enig eller delvis enig i at lovgivningen på dette området kan gå på bekostning av det frie medisinske handlingsrommet. 45 prosent tenderer mot å være uenig i påstanden mens 55 prosent er delvis eller helt enig. Det er altså ingen enhetlig respons fra legene på dette området. Tabellen viser en relativt stor grad av spredning i synspunkter med en opphopning på mellomkategoriene «delvis enig» og «delvis uenig». En sannsynlig tolkning av disse funnene er at de fleste legene mener retten til medbestemmelse for pasientene i noen grad vil påvirke den faglige skjønnsutøvelsen, mens langt færre mener at dette aldri skjer eller at det skjer ofte. Samtidig er det viktig å fremheve at selv om noen mener medbestemmelsesretten påvirker rommet for skjønnsutøvelse, impliserer det ikke nødvendigvis at de mener at rettslig regulering står i et motsetningsforhold til en kvalitativ god praksis. Det ligger i og for seg ikke noen normativ vurdering i disse spørsmålene, men det er likevel nærliggende å tro at formuleringen «har handlet på bekostning av medisinsk faglig skjønn» oppfattes som negativt sett fra legenes side.

Vi har ikke grunnlag for å si noe om på hvilken måte pasientenes medbestemmelsesrett påvirker legenes utøvelse av medisinsk-faglig skjønn. Men i utgangspunktet legges det opp til at pasientenes meninger om egen helse og behandling skal tas hensyn til. I spørreundersøkelsen ble legene spurt om i hvilken grad de er enige i at de mest pågående pasientene ofte får raskere tilgang på helsetjenester i spesialisthelsetjenesten (vedlegg, tabell C). Svært mange leger er tilbøyelig til å være enig i denne påstanden. 55 prosent er delvis enig, mens 35 prosent er helt enig. Dette tolker vi som en sterk indikasjon på at ressurssterke pasienter i større grad enn ressursvake er i stand til å nyttiggjøre seg av pasientrettighetslovens medbestemmelsesrett i gjennomføringen av helsehjelpen.³

På samme måte som i tabell 4 har vi gjennomført en regresjonsanalyse med de to spørsmålene i tabell 6 som avhengige variabler (se vedlegg, tabell D). Denne analysen viser bare to signifikante effekter for de uavhengige variablene. For det første at eldre leger i noe mindre grad enn andre er enige i at pasientenes medbestemmelsesrett kan gå på bekostning av medisinsk-faglig skjønnsutøvelse. Det kan tyde på at erfaring gjør legene mindre tilbøyelige til å la pasientenes synspunkter gå på bekostning av den faglige skjønnsutøvelsen. For det andre er det en sterk sammenheng mellom kjennskap til prioriteringsveileder og det å ikke anse den som en trussel mot sin faglige autonomi. Dette er en klar indikasjon på at det ikke er noen konflikt mellom legal-byråkratisk styring og faglig skjønnsutøvelse på dette området. Jo mer kjennskap legene har til prioriteringsveilederen, desto mindre tilbøyelig er de til å oppfatte den som en trussel mot sin faglige autonomi.

DISKUSJON

Vi startet ut denne artikkelen ved å peke på to sentrale trekk i utviklingen av den norske velferdsstaten: en omfattende bruk av rettslige styringsmidler for å oppnå ulike velferdspolitiske mål (rettsliggjøring), og en sterk vekst i foreliggende og nye yrkesgrupper i iverksettingen av velferdspolitiske tiltak (profesjonalisering) (Nilssen 2015). Vi fremhevet også at det kan ligge potensielle spenninger i en slik utvikling og knyttet dette spesielt til forholdet mellom det vi kalte en legal-byråkratisk (regelorientert) styringsmodell og en mål-middelorientert profesjonsmodell. I artikkelen har vi så utforsket det potensielle spenningsforholdet mellom de to modellene med utgangspunkt i relasjonen mellom rettslig styring og medisinsk-faglig skjønnsutøvelse i spesialisthelsetjenesten på ett område: prioritering av helsetjenester i praksis. De sentrale rettslige normsystemene her er pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Et sentralt spørsmål har vært hvordan legene i spesialisthelsetjenesten oppfatter ulike sider ved den rettslige styringen på dette området. Det er viktig å merke seg at vi ikke primært er opptatt av legene som rettsanvendere (hvordan de konkret anvender reglene/normene) eller som profesjonsutøvere (hvordan de konkret utøver sitt medisinsk-faglige skjønn), men av relasjonen mellom rettslig styring og prioriteringspraksis sett fra legenes side.

Den *legal-byråkratiske styringsmodellen* fokuserer som nevnt på politisk styring gjennom rettslig regulering og kan dermed i utgangspunktet ses som styring av den medisinsk-fag-

3. Retten til medvirkning inntreer når pasienten allerede har fått rett til helsehjelp.

lige skjønnsutøvelsen, dvs. at den legger ulike føringer på det vi har kalt legenes «*strukturelle skjønn*». La oss se litt nærmere på dette.

En forutsetning for rettslig styring er at reglene/normene formidles til de som skal praktisere dem. Vi så her at flertallet av legene har et visst kjennskap til forskrift og veileder, men også at mange (pluss/minus en fjerdedel) ikke har det.⁴ Det bør være et tankekors at så mange leger i spesialisttjenesten sier at de ikke har kjennskap til de grunnleggende rettslige prioriteringsnormene på sitt felt. I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål ved om prioriteringsforskriften har medført endringer i den enkeltes arbeidsmåte. 47 prosent av legene svarer at den iallfall i noen grad har hatt en slik virkning. Når det gjelder veilederen, ble det ikke stilt spørsmål om endring i arbeidsmåte, men undersøkelsen viser at litt under halvparten av legene er enig eller delvis enig i at de slår opp i prioriteringsveilederen når de er usikker i pasientbehandlingen.

Den endringen i arbeidsmåten som legene gir uttrykk for, kan tyde på at forskriften iallfall i noen grad har fungert etter myndighetenes formål, dvs. påvirket legenes prioriteringspraksis. At mange likevel svarer at den ikke har hatt betydning, kan blant annet bety at man ikke har kjennskap til den, at den ikke anses som relevant, at den blir ignorert eller at den er i overensstemmelse med eksisterende praksis. Den første tolkningen støttes av at 71 prosent av de som svarer ja på at de har kjennskap til forskriften også mener den har endret deres arbeidsmåte. Spørreskjemaundersøkelsen gir oss, bl.a. på grunn av mangel på kommentarfelt, ikke noe grunnlag for å si noe mer konkret om hva endringer i arbeidsmåter reelt innebærer.

Det ser heller ikke ut som om legene generelt oppfatter den rettslige reguleringen som en trussel mot sin faglige autonomi. Et stort flertall (92 prosent) mener f.eks. at juridiske ordninger sjelden eller aldri hindrer dem i å yte den helsehjelpen de ønsker. Og bare 16 prosent er enig eller delvis enig i at prioriteringsveilederen er en trussel mot deres faglige autonomi. Her er det interessant å merke seg at jo mer kjennskap legene har til prioriteringsveilederen, i desto mindre grad oppfattes den som en slik trussel. Det området som potensielt kan innebære størst spenning mellom regler og skjønn, ligger i pasientenes rett til medbestemmelse i behandlingsforløp. 55 prosent sier seg her helt eller delvis enig i at medbestemmelsen noen ganger kan gå på bekostning av den medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen. I hvilken grad disse legene oppfatter dette som en reell konflikt, har vi ikke grunnlag for å si noe om. Men en rimelig tolkning er at formuleringen «... gått på bekostning av medisinskfaglig skjønn» i seg selv innebærer en negativ vurdering av disse rettighetene sett fra legenes side. Dataene gir oss ikke muligheter til å si noe mer konkret om på hvilken måte pasienters medbestemmelse har påvirket det medisinsk-faglige skjønn. At mange leger mener at pågående pasienter i stor grad vil kunne påvirke legenes skjønnsutøvelse når det gjelder rask tilgang på helsetjenester, kan også være en indikasjon på at medbestemmelseretten kan tjene ressurssterke pasienter bedre enn andre i forhold til den oppfølgingen de får i spesialisthelsetjenesten.

4. Prioriteringsveilederne ble laget i 2012 mens surveyen ble gjennomført i 2014. Det er rimelig å anta at kjennskapet til prioriteringsveilederne blant leger er blitt bedre siden 2014 og at den dermed kan ha fått større innvirkning på pasientarbeidet til flere leger nå.

Som vi har sett, er idealet i *profesjonsmodellen* at faglige skjønnsvurderinger vil føre til mer behovsorienterte eller brukerorienterte beslutninger. I vårt tilfelle er det legene i spesialisthelsetjenesten som anses å ha den nødvendige fagkunnskapen til å kunne foreta beslutninger på en hensiktsmessig og legitim måte. Denne undersøkelsen gir oss ikke mulighet til å gå i dybden av legenes utøvelse av det faglige skjønn i praksis. Vi har indirekte tilnærmet oss spørsmål om *epistemisk skjønn* ved å se på noen mer substansielle sider ved legenes vurderinger av de rettslige styringsinstrumentenes betydning når det gjelder prioritering i praksis. Spørsmålene her dreier seg om pasientrettighetenes og prioriteringsreglens påvirkning av kvaliteten på, og likebehandling i, pasientarbeidet. Her finner vi at verken pasientrettigheter eller prioriteringsregler i noe særlig grad anses å ha hatt en negativ innvirkning på den medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen som angår kvalitet og likebehandling i praksis. I hovedsak er det slik at legene enten er positive til de rettslige instrumentenes betydning eller at de mener de ikke har hatt noen betydning i det hele tatt. Totalt er det en klar positiv tendens i vurderingene av disse spørsmålene. Dette betyr at mange leger (fra 42 til 55 prosent) mener at de rettslige virkemidlene har hatt en positiv effekt på innholdet i pasientarbeidet når det gjelder kvalitet og likebehandling. Her viser regresjonsanalysen at leger i lederstillinger har en signifikant mer positiv vurdering av *prioriteringsreglens* effekter på både behandlingskvalitet og likebehandling enn andre. Reglene oppfattes altså i liten grad som eksterne styringsmidler som står i et motsetningsforhold til intern ledelse på disse områdene. Surveyen viser også at nesten halvparten av legene mener at rett til nødvendig helsehjelp har ført til mer rettferdig fordeling av helsetjenester.

Samlet mener vi at det er rimelig å tolke disse funnene som at rettsreglene/normene, etter mange legers mening, har hatt en positiv effekt på innholdet i skjønnsutøvelsen. Som vi har sett, er reglene/normene for prioritering i spesialisthelsetjenesten relativt åpne for faglige hensiktsmessighetsvurderinger, noe som kan bety at legene ikke oppfatter seg som regelorienterte rettsanvendere, dvs. som forvaltere av et regelverk heller enn som profesjonsutøvere. Hadde det første vært tilfelle, ville vi nok sett langt mer negative vurderinger av reglens/normenes effekter på disse områdene.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Undersøkelsens sentrale funn kan oppsummeres i følgende punkter:

- En relativt stor andel av sykehuslegene kjenner ikke til prioriteringsforskriften eller prioriteringsveilederen (ca. 1/4). Prioriteringsforskriften har til en viss grad endret arbeidsmåten til de legene som har kjennskap til den (3/4). 71 prosent i denne gruppen mener at de har endret måten å arbeide på som en følge av forskriften. Ordningen kan derfor sies å, iallfall delvis, ha fungert etter myndighetenes formål. Mye tyder likevel på at bedre kjennskap til prioriteringsforskrift og veileder blant legene vil kunne føre til at de får økt betydning i pasientarbeidet.
- Legene oppfatter ikke de rettslige styringsmidlene som en hindring for/trussel mot den medisinsk-faglige skjønnsutøvelsen. Når det gjelder pasientenes rett til medbestemmelse i relasjon til egen helse i gjennomføringsfasen av helsehjelpen, ser vi en

mulig spenning mellom den legal-byråkratiske styringsmodellen og profesjonsmodellen. Retten til medvirkning skal bidra til å styrke pasientenes posisjon overfor profesjonsutøverne. Mye kan tyde på at det er de ressurssterke pasientene som rent faktisk har størst mulighet til å påvirke legenes medisinsk-faglige skjønnsutøvelse når det gjelder oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten. Annen forskning har også vist at høyt utdannede pasienter oftere benytter seg av retten til fritt sykehusvalg enn andre (Bjorvatn og Ma 2012).

- Rettslige styringsmidler angående prioritering oppfattes i liten grad å påvirke kvaliteten på, og likebehandlingen i, pasientarbeidet på en negativ måte. Tvert imot er tendensen i svarfordelingene positiv.
- Leger i lederstillinger har en mer positiv vurdering av prioriteringsforskriftens innvirkning på kvalitet og likebehandling enn andre.
- Leger i lederstillinger har også en mer positiv vurdering av pasientrettigheters innvirkning på likebehandling enn andre leger.
- Legene vurderer ulike sider av den rettslige reguleringen forskjellig. På mange spørsmål kan vi skille mellom to grupper: de som mener at rettsreglene/normene i hovedsak har hatt en positiv effekt på den ene siden, og de som mener at de ikke har hatt noen praktisk betydning på den andre. Svært få er direkte negative til reguleringen.

Vår hovedkonklusjon blir dermed at det til tross for noen mulige underliggende spenninger i forholdet mellom den legal-byråkratiske styringsmodellen og profesjonsmodellen når det gjelder prioritering av helsetjenester i praksis, er fravær av motsetninger det mest fremtredende funnet. En konflikthypotese får definitivt ikke noe sterk støtte i materialet. Legene i spesialisthelsetjenesten gir ikke uttrykk for at prioriteringsreglene/normene på en utilbørlig måte innsnevrer rommet for (strukturelt skjønn) eller påvirker innholdet i (epistemisk skjønn) den medisinsk-faglige skjønnsutøvingen. De to modellene er begge viktige styringsinstrumenter for iverksetting av offentlig velferdspolitik, men ulike avveininger mellom dem kan skape spenninger. Dette gjelder f.eks. forholdet mellom faglig autonomi og pasientrettighetslovens regulering av pasientenes medbestemmelsesrett. Et sentralt trekk ved mange velferdsrettigheter er at de er relativt vagt formulerte i lovgivningen (Magnussen og Nilssen 2013). Dette gjelder også på helsefeltet, noe som kan ha bidratt til å nedtone potensielle konflikter mellom rettslig styring og medisinskfaglig skjønnsutøvelse sett fra legenes side.⁵

5. Vi vil gjerne takke Henriette Sinding Aasen og Anne-Mette Magnussen for nyttige kommentarer underveis i arbeidet med artikkelen. Vi vil også takke Berit Bringedal (Lefo) for tilrettelegging av datasettet og Legeforeningens forskningsinstitutt (Lefo) for at vi har fått bruke disse dataene. Ingen av de overnevnte har noe ansvar for artikkelens faglige innhold. Vi vil også takke to anonyme fagfeller for nyttige kommentarer.

LITTERATUR

- Aasen, H.S. (2000) *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasen, H.S., S. Gloppen, A.-M. Magnussen og E. Nilssen (2014) Juridification and social citizenship: international law, democracy and professional discretion, i H.S. Aasen, S. Gloppen, A.-M. Magnussen og E. Nilssen (red.) *Juridification and social citizenship in the welfare state*, Cheltenham UK/Northampton USA: Edward Elgar.
- Aasen, H.S. og A.-M. Magnussen (2016) Prioriteringsveiledere som styringsinstrumenter i skjæringspunktet mellom rett og medisin, i H.S. Aasen, og E. Nilssen, (red) temanummer «Rettsliggjøring i velferdsstaten» *Retfærd*, 2:19–31.
- Abbott, A. (1988) *The system of profession: an essay on the division of expert labor*, Chicago: University of Chicago Press.
- Bernt, J.F. og D. Doublet (1996) *Juss, samfunn og rettsanvendelse. En introduksjon til rettsvitenskapen*, Oslo: adNotam.
- Bjorvatn, A. og A. Ma (2012) Patient mobility and hospital free choice reform, i A. Bjorvatn, *Four essays on health care reforms in Norway*, ph.d.-avhandling, Bergen: University of Bergen.
- Doublet, D. og J.F. Bernt (1992) *Retten og vitenskapen*. Bergen: Alma Mater.
- Dworkin, G. (1972) Paternalism, *Morist*, 56(1):64–84.
- Dworkin, G. (1988) *The theory and practice of autonomy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworkin, R. (2013/1977) *Taking rights seriously*, London: Bloomsbury Publishing.
- Eckhoff, T. og K.D. Jacobsen (1960) *Rationality and responsibility in administrative and judicial decision making*, København: Munksgaard.
- Eriksen, T.B. (1988) Velferdspolitikens legitimitet og grense, *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1:39–51.
- Habermas, J. (1996) Om det indre sambandet mellom rettsstat och demokrati, i E.O. Eriksen og Molander; A. (red) *Diskurs, rätt och demokrati: Politisk filosofiska tekstar i urval*, Göteborg: Daidalos.
- Husak, D. (1992) *Drugs and rights*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Magnussen, A.-M. og L. Brandt (2014) Individual rights and prioritization of health care, i H.S. Aasen, S. Gloppen, A.-M. Magnussen og E. Nilssen (red.) *Juridification and social citizenship in the welfare state*, Cheltenham UK/Northampton USA: Edward Elgar.
- Magnussen, A.-M. og E. Nilssen (2013) Juridification and the construction of social citizenship, *Journal of Law and Society*, 40(2):228–42. DOI: 10.1111/j.1467-6478.2013.00621.x.
- Mashaw, J.L. (1983) *Bureaucratic justice. Managing social security disability claims*, New Haven: Yale University Press.
- Molander, A., H. Grimen og E.O. Eriksen, (2012) Professional discretion and accountability in the welfare state, *Journal of Applied Philosophy* 29(3):214–30. DOI: 10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x.
- Molander, A. (2016) *Discretion in the welfare state. Social rights and professional judgement*. Abingdon UK/New York USA: Routledge.
- Nilssen, E. (1999) Tvangens forvaltning. Om sosialarbeidernes anvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2 (bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere), *SEFOS-notat 3-1999*.
- Nilssen, E. (2001) Rus, tvang og selvbestemmelse, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 4(2):106–119.

- 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):134–144. DOI: 10.1111/j.1369-6866.2005.00350.x.
- Nilssen, E. (2015) Contractualism and street-level discretion in Norwegian activation policy, i R. Ervik, N. Kildal og E. Nilssen (red.) *New contractualism in European welfare state policies*, Farnham: Ashgate Publishing.
- Rothstein, B. (1994) Vad kan staten göra? – en analysmodell, i Rothstein, B. *Vad bör staten göra?* Stockholm: SNS Förlag.
- Seip, A.L. (1994) *Veiene til velferdsstaten*, Oslo: Gyldendal.
- Syse, A. (2012) Pasientrettigheter – juss og fag, *Tidsskrift for den Norske Legeforening* nr. 4. 2012:384.
- Teubner, G. (1986) The transformation of law in the welfare state, i G. Teubner, *Dilemmas of Law in the Welfare State*, Firenze: De Gruyter.
- Tranvåg, E.J., E. Nygaard og O.F. Norheim (2015) Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetsdelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere, *Michael* 12, 416–27.
- Weber, M. (1978) *Economy and society*, Bind 1. Berkley: University of California Press.

VEDLEGG

Tabell A.

Krystabell for kjennskap til prioriteringsforskriften og endring i arbeidsmåte

Kjenner du prioriteringsforskriften?	Har prioriteringsforskriften endret måten du arbeider på?			
	Nei	I noen grad	Ja	Antall
Nei	66 (96%)	3 (4%)	0 (0%)	69
I noen grad	127 (67%)	58 (30%)	6 (3%)	191
Ja	67 (30%)	121 (53%)	41 (18%)	229
Antall	260	182	47	489

Tabell B.

Anvendelse av prioriteringsveilederen

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Antall
Jeg slår opp i prioriteringsveilederne når jeg er usikker i pasientbehandlingen	37 %	17 %	29 %	16 %	434

Tabell C.

De mest pågående pasienter får ofte raskere tilgang til helsetjenester.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Antall
	2 %	8 %	55 %	35 %	612

Tabell D.

Skjønnsutøvelse blant legespesialister på sykehus (Probit modell)

	Prioriteringsveileder trussel mot autonomi	Medbestemmelse på bekostning av faglig skjønn
Kvinne	-0.017 (0.149)	0.013 (0.117)
Alder	0.001 (0.007)	-0.025*** (0.006)
Leder	0.051 (0.190)	-0.090 (0.162)
Kjenner forskriften	-0.149 (0.285)	-0.313 (0.203)
Kjenner veilederen	-0.572** (0.251)	0.120 (0.185)
Konstant	-0.310 (0.390)	1.502*** (0.292)
N	416	520

Baselines: Mann; Lege/overleger/lege i spesialisering; Kjenner ikke til prioriteringsforskriften. Kjenner ikke til prioriteringsveilederen. Standardavvik i parenteser; * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Spørsmål fra spørreundersøkelsen anvendt i studien:

Formålet til Pasientrettighetsloven er å «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». Det er ikke entydig hvordan dette skal tolkes. De følgende tolkningene er vanlige, hvilken av dem stemmer best med din?				
B1	Hvordan tolker du «lik tilgang på tjenester av god kvalitet»?	Ja	Nei	Usikker
B1.1	Samme type behandling ved samme helsetilstand	1	2	3
B1.2	Lik ressursbruk for samme helsetilstand	1	2	3
B1.3	Om nødvendig ulik ressursbruk for samme helsetilstand for å oppnå lik helseeffekt	1	2	3

B2 og B3 omhandler hvordan styringsverktøy påvirker kvalitet (B2) og likebehandling (B3) i pasientarbeidet. Vi er ute etter hvordan slike verktøy stort sett virker, derfor er kategoriene vide.								
B2	Hvordan påvirker følgende kvaliteten i ditt pasientarbeid?	I over-veiende grad positivt			I over-veiende grad negativt			Vet ikke/ Ikke aktuelt
B2.3	Juridiske ordninger: Pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9	
B2.4	Juridiske ordninger: Regler for prioritering	1	2	3	4	5	9	

B3	Hvordan påvirker følgende likheten i tilgang på tjenester (likebehandling) i ditt pasientarbeid?	I over-veiende grad positivt			I over-veiende grad negativt			Vet ikke/ Ikke aktuelt
B3.3	Juridiske ordninger: Pasientrettigheter	1	2	3	4	5	9	
B3.4	Juridiske ordninger: Regler for prioritering	1	2	3	4	5	9	

B4	Dersom du opplever at noen av styringsverktøyene hindrer deg i å yte den helsehjelpen du ønsker, hvor ofte skjer det?	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Vet ikke/ ikke aktuelt
B4.2	Juridiske ordninger	1	2	3	4	9

B10	Hvor enig er du i følgende utsagn:	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke aktuelt for meg
B10.2	Jeg opplever prioriteringsveilederne som en trussel mot min profesjonelle autonomi.	1	2	3	4	9

B7	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende påstander:	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
B7.2	De mest pågående pasientene får ofte raskere tilgang til helsetjenester i spesialisthelsetjenesten	1	2	3	4	9
B7.3	Pasientens rett til medbestemmelse over egen helse har noen ganger ført til at jeg har handlet på bekostning av medisinsk faglig skjønn	1	2	3	4	9
B7.4	Innføringen av rett til nødvendig helsehjelp har ført til en mer rettferdig fordeling av helsetjenester på mitt felt.	1	2	3	4	9

B8	Prioriteringsforskriften	Nei	I noen grad	Ja	Ikke aktuelt for meg
B8.1	Kjenner du prioriteringsforskriften?	1	2	3	9
B8.2	Har prioriteringsforskriften endret måten du arbeider på?	1	2	3	9

B9	Prioriteringsveiledere er beslutningsverktøy på enkelte fagområder som eksplisitt inkorporerer prioriteringsforskriften	Nei	I noen grad	Ja	Eksisterer ikke på mitt fagområde
B9.1	Kjenner du prioriteringsveilederne på ditt fagområde?	1	2	3	9

B10	Hvor enig er du i følgende utsagn:	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Ikke aktuelt for meg
B10.1	Jeg slår opp i prioriteringsveilederne når jeg er usikker i pasientbehandlingen.	1	2	3	4	9