

# Prioritering, styring og likebehandling

---

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,  
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

## KAPITTEL 5

# Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk?

Morten Magelssen, forsker ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

### **Abstract**

Health professionals must participate in priority setting and take resources into account. Through priority setting, a patient might receive less than the optimal treatment. However, the health professional's primary allegiance is to the patient. How then can priority setting be reconciled with a sound professional ethics? This question is given a normative ethical analysis in this chapter, taking physicians as a case. After briefly recounting some studies of physician professional ethics, pointing out the ambivalence of many physicians towards participation in priority setting, I give a summary of Vegard Bruun Bratholm Wyller's critique of priority setting at the clinical level. I then develop two main lines of counter-arguments to the critique: First, that clinicians perform decisions involving priority setting daily, and that priority setting is therefore part and parcel of clinical practice; second, that there

are ways for clinicians to participate in priority setting without having to deliberate in ways that are alien to the traditional practical reasoning of health professionals. However, Wyller's critique also contains important insights. In particular, having to ration clearly beneficial care for the patient in front of you could run against important intuitions in professional ethics. Health professionals need support from guidelines, managers at all levels and politicians in the endeavour of fair priority setting at the clinical level.

## Innledning

Helsepersonell må ta hensyn til ressurser og prioritere. Prioritering kan innebære at en pasient får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen. Samtidig forventes helsepersonell å sette pasientens interesser først. Strider kravet om prioritering mot helsepersonells profesjonsetikk?

Profesjoner, slik som helseprofesjonene, har noen felles kjennetegn (Christoffersen, 2005). Blant annet skal profesjonen fremme viktige fellesgoder i samfunnet; profesjonsutøverne har stort handlingsrom der faglig og etisk skjønn må utøves; profesjonen definerer og håndhever selv faglige og etiske regler for yrket; og, ikke minst, profesjonens virksomhet skal ikke være for profesjonsutøverens egen vinning, men for pasientens eller klientens beste.

I lys av samfunnets behov for rettferdig prioritering av helseressurser kan man da spørre hvordan helsepersonell kan prioritere mellom pasienters behov uten å gå på akkord med profesjonens egen etikk? Hvordan kan en lege nedprioritere pasienten hun har foran seg – og dermed handle på en måte som ikke er til denne pasientens beste – til fordel for andre pasienter?

I kapitlet gis en normativ etisk analyse av spørsmålet om hvorvidt det er moralsk akseptabelt at helsepersonell prioriterer.<sup>1</sup> Selv om alt helsepersonell må ta prioriteringsbeslutninger, brukes gjennomgående legene som eksempel. Prioritering defineres ofte som å sette noe foran noe annet. I dette kapitlet brukes en noe snevrere definisjon: Prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen, altså en rasjonering av helsehjelp.

## Noen studier av legers profesjonsetikk

Noe av det mest slående i empiriske studier av legers prioriteringspraksis er hvordan de ofte unngår å bruke begrepet «prioritering» når de skal beskrive sin egen kliniske praksis. Skirbekk og Nortvedt fant at legene i stedet var opptatt av «å gjøre en forskjell for pasienten, gjennom gode medisinsk-faglige beslutninger» (Skirbekk & Nortvedt, 2011). Beslutninger som har prioriteringskonsekvenser, anses ofte som rent medisinske og kles i medisinsens språk. Leger snakker ofte om helsehjelp som «medisinsk indisert» eller «ikke indisert». Slike merkelapper kan noen ganger skjule en *moralsk* vurdering om at helsehjelpen er for kostbar, for lite kostnadseffektiv eller har for lav forventet helsegevinst til at den bør prioriteres.

I sin studie av legers profesjonsetikk fant Terje Mesel at leger var opptatt av at de var profesjonsetiske subjekter, men at de hadde mangelfull kunnskap om profesjonsetikkens *innhold* (Mesel, 2009). Som i Skirbekk og Nortvedts studie skiller legene gjerne ikke mellom profesjonsetisk refleksjon og den øvrige kliniske refleksjonen. Dette tyder på at legene kan trenge hjelp til å få øye på og

---

<sup>1</sup> Teksten gjengir flere avsnitt fra mitt upubliserte notat for Helse- og omsorgsdepartementet, «Prioritering i helsetjenesten i lys av profesjonsetikk og verdigrunnlag» (2015). Figur 5.1 er tilpasset fra min artikkel i *Indremedisinen* nr. 2/2015, «Prioriteringens dårlige rykte». Diskusjonen av Vegard Bruun Bratholm Wyllers prioriteringskritikk er nyskrevet, men trekker veksler på Magelssen mfl., 2016.

sette ord på det etiske, det vil si situasjoner der noe av verdi står på spill og *faget alene* ikke gir svarene på hva som er rett og godt. Prioriteringsdilemmaer kan være slik.

I Teig og Westers kapittel (kap. 8) i denne boken er leger på en hjertemedisinsk avdeling tilsynelatende mer bevisste på og gir flere eksempler på prioritering i praksis. Kapitlet viser hvordan legene tilpasser seg styringsmessige krav samt de begrensningene som organiseringen av sykehuset, avdelingene og arbeidet legger. I sum yter de helsehjelp som de beskriver som «god nok», uten at den nødvendigvis er best eller ideell for den enkelte pasienten.

I Senter for medisinsk etikks «syke gamle»-prosjekt fant man at mange leger så det som en viktig oppgave å slåss for sin pasient eller pasientgruppes interesser (Nortvedt, Pedersen, Grøthe, Nordhaug mfl., 2008; Pedersen, Nortvedt, Nordhaug, Slettebø mfl., 2008). Lojalitet mot fag, enkeltpasienter og pasientgrupper stod sentralt. Noen leger skildret en alles kamp mot alle, der det var viktig å ha spisse albuer på fagets vegne, og der prestisjeområdene oftest vant. Man hadde lite kjennskap til eksplisitte prioriteringskriterier, og prioriteringer ble i liten grad diskutert med annet helsepersonell eller pasienter og pårørende. De prioriteringene som fant sted, var typisk implisitte, lukkede prosesser.

## Prioritering og profesjonsetikk

Hva sier profesjonsetiske regelsett om prioritering? I Etiske regler for leger del I § 12 ble følgende bestemmelse tatt inn i 1994:

En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. (...) Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 6.3 heter det at: «Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie.»

Disse to bestemmelsene kan leses som uttrykk for at prioritering mellom pasienter og grupper i prinsippet er akseptert av profesjonene. Men hvordan prioriteringen blir fremstilt, er av største betydning for om det blir vurdert som akseptabelt eller ikke. Formuleringen om at legen skal «ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi», er kanskje ukontroversiell og lett å akseptere for de aller fleste. Langt mer kontroversielt ville det være å hevde at «leger bør nekte pasienter virksom helsehjelp av hensyn til kostnader». En oversiktsstudie viser nettopp hvordan legers grad av aksept for prioritering avhenger av hvordan prioriteringen beskrives (Strech, Persad, Marckmann & Danis, 2009). Den amerikanske prioriteringsforskeren Peter Ubel viser hvordan det amerikanske begrepet «health care rationing» er blitt «forgiftet» og uspiselig for store deler av befolkningen og helsepersonellet, mens prioritering som moralsk realitet likevel ofte aksepteres under andre navn, slik som «parsimonious medicine» («sparsommelig medisin») og «avveining mellom hensynet til enkeltpasienten og hensynet til folkehelsen» (Ubel, 2015).

En europeisk studie fra 2004 viste at det er ganske stor aksept for prioritering blant norske leger, større enn i de andre landene som ble undersøkt (Hurst, Slowther, Førde & Danis, 2015). Men mange peker på potensielt problematiske sider av prioritering, og det er en minoritet som synes å avvise at leger skal ha noe med prioritering å gjøre. 56 prosent synes det er akseptabelt at spesielt kostbar helsehjelp ikke tilbys. 53 prosent mener at kostnader for samfunnet har betydning for deres beslutning om å tilby en behandling. 34 prosent sier seg enig i at de noen ganger bør avslå virksom, men dyr behandling fordi ressursene burde gå til andre pasienter som trenger det mer, mens 37 prosent svarer ja til at det å avslå medisinsk virksomme, men kostbare tjenester til noen av deres pasienter kan komme i konflikt med lege-pasient-forholdet. Det er verdt

å merke seg at mange av respondentene altså frykter at eksplisitt prioritering kan skade lege-pasient-forholdet. Men studien viste også at norske leger er *mindre* redd for dette enn europeiske kolleger. Kanskje kan dette skyldes at Norge er kommet noe lenger i det praktiske prioriteringsarbeidet og i den offentlige samtalen om ressursbruk og prioritering (Førde, 2015).

I sum er det altså et flertall blant leger som aksepterer prioritering i helsetjenesten i prinsippet, og det er støtte for dette i norske legers og sykepleieres profesjonsetiske regelsett. Prioritering er likevel kontroversielt, det har stor betydning hvordan det fremstilles, og det er bekymring for hvordan det vil virke inn på lege-pasient-forholdet.

## Problematisk prioritering på klinisk nivå?

Mange har fryktet at eksplisitt prioritering som finner sted på klinisk nivå, har potensial til å skade tilliten i behandler-pasient-relasjonen. Hvordan kan du ha full tillit til legen din når du vet at hensynet til kostnader og til andre pasienter spiller inn i valget av helsehjelp? Det er grunn til å ta denne bekymringen på alvor. I en norsk kontekst er professor i barnesykdømmer Vegard Bruun Bratholm Wyller blant dem som har fremsatt denne bekymringen med størst kraft og i størst detalj (Wyller, 2014, 2017). Hans kritikk er spesielt interessant fordi den artikulere og utdyper intuisjoner som trolig er utbredt blant klinikere. Wyller gir stemme til en ofte ikke-artikulert uro. I min vurdering er denne kritikken viktig og lærerik, men ikke fellende. I det følgende gjengis hovedpunktene i Wyllers kritikk av prioritering på klinisk nivå. I påfølgende avsnitt presenteres motargumenter mot denne kritikken, hvorav de to viktigste er at prioritering er så innvevd i helsepersonells daglige praksis at det aldri vil la seg unngå helt, og at prioritering på klinisk nivå ikke krever av helsepersonell at de må ta i bruk moralske rammeverk som står i motstrid med tradisjonell profesjonsetikk og

klinisk tenkemåte. Til slutt følger en drøfting av viktige lærdommer fra kritikken og noen refleksjoner over hvordan prioritering kan innrettes i praksis, slik at det i minst mulig grad oppstår friksjon i møtet med helsepersonells profesjonsetikk.

Wyller gir sin tilslutning til Ubels definisjon av prioritering («rationing»), som er at prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen (Wyller, 2014). Prioritering på klinisk nivå (eng. «rationing at the bedside») vil da si at en lege beslutter å gi en pasient noe annet enn den aller mest gunstige helsehjelpen, fordi legen finner det moralsk mer riktig å prioritere andre pasienters behov eller spare ressursene.

Det paradigmet for prioritering som Wyller kritiserer, er det som fremkommer for eksempel i Norheim-utvalgets prioriteringsutredning (NOU 2014: 12): Prioritering skal gjøres «åpent» og «rettferdig», med presist definerte kriterier, og i alle deler av helsetjenesten; klinikere er ikke fritatt for å bidra i prioritering. Norheim-utvalgets forslag har røtter i Daniels og Sabins innflytelsesrike rammeverk «accountability for reasonableness» (Daniels & Sabin, 2008), som fremholder blant annet åpenhet, partsmedvirkning og grundige prosesser som førende prinsipper. Wyller plasserer sin kritikk av prioritering i rammen av en bredere, ideologisk motstand mot New public management (NPM) i helsetjenesten og i samfunnet generelt; han skildrer prioriteringsparadigmet som kompatibelt med og en naturlig følge av NPM.

For det første fremhever Wyller at vi er for raske til å akseptere ressursknapphet som en situasjon vi er gitt, og som vi så plikter å gjøre det beste ut av. Ressursknapphet i helsetjenesten er langt på vei, hevder han, en følge av politiske prioriteringer. Politikerne har, spesielt i et rikt land som Norge, anledning til å tilføre helsesektoren nye ressurser. Hvis de gjør det, vil mange av prioriteringsdilemmaene helsepersonell i dag står overfor, forsvinne.

For det andre står prioriteringstenkningen i fare for å fremstille det som i virkeligheten er et verdivalg, som om det var en



vitenskapelig utregning, med en vedtatt fremgangsmåte for å finne frem til et fasitsvar for hva som vil være rettferdig ressursfordeling. Helseøkonomenes regnestykker med begreper som kvalitetsjusterte leveår (QALY) lar prioriteringsbeslutninger ufortjent låne autoritet fra aritmetikken og vitenskapen og gir et skinn av objektivitet. QALY-regnestykkene tillater politikerne å abdisere fra det som i sin natur er deres oppgave, nemlig å utmynte politiske beslutninger basert på verdivalg og argumenter. I stedet blir stor makt overdratt til bioetikere (som kan designe prioriteringskriteriene) og byråkrater (som kan utføre de helseøkonomiske regnestykkene), som i motsetning til politikerne ikke står ansvarlig overfor folket.

For det tredje, enda verre er det hvis helsepersonell blir forventet å gjøre det som er politikernes jobb, ved å måtte prioritere mellom pasienter, pasientgrupper og gode formål. Klinikeren får da en makt han eller hun ikke skal ha. Videre må helseøkonomenes metoder ikke bli førende for hvordan prioriteringer skal foregå på klinisk nivå. QALY-begrepet forutsetter feilaktig at livskvalitet kan tallfestes på en meningsfull måte, og resonnementer og regnestykker med slike størrelser er i tillegg fremmedgjørende for klinikere og pasienter. Helst bør leger og andre klinikere måtte prioritere så sjelden som mulig. Prioritering kan være skadelig ved at det lar en uvedkommende inntrenger få forstyrre lege-pasient-forholdet; denne inntrengeren er hensynet til en annen pasient, til en gruppe pasienter eller til samfunnet. Når pasienten kjenner til at hennes lege aksepterer det å prioritere i den kliniske hverdagen, kan det lede til utrygghet: Pasienten kan aldri være sikker på om legens avgjørelse om helsehjelpen er til hennes eget beste, eller om den er et kompromiss som primært tilgodeser en tredjepart. Dette eroderer tilliten som er så avgjørende for et godt lege-pasient-forhold, og for befolkningens relasjon til helsetjenesten generelt. Legens lojalitet må alltid være rettet mot den enkelte pasienten. Wyller gir sin tilslutning til Levinskys tese fra 1984: «Physicians are required to do everything

that they believe may benefit each patient without regard to costs or other social considerations» (siteret i Wyller, 2014).

Til sist trekker Wyller linjer til moralfilosofi og profesjonsetiske teorier. Hans bekymring går rett inn i det som er tema for mitt kapittel: Han hevder at paradigmet for prioritering som Norheimutvalget og andre fremmer, rett og slett er uforenlig med en sunn profesjonsetikk for medisinen og de andre helseprofesjonene. Moralfilosofisk bygger prioriteringsparadigmet særlig på konsekvensetikk (John Stuart Mill mfl.) og kantiansk kontraktsteori/konstruktivism (John Rawls mfl.). Sentralt i den første av disse to tilnærmingene er prinsippet om at den rette handling er den som maksimerer gode konsekvenser; dette gjenfinnes i den overordnede målsettingen om at helsetjenesten må frembringe «mest mulig helse per krone», og at dette målet kan operasjonaliseres ved hjelp av QALY-regnestykker. Den andre tilnærmingen tilfører blant annet moralske prinsipper, slik som at de dårligst stilte skal gis prioritet, noe som gjenfinnes i prioriteringssystemets alvorlighetskriterium, samt den sentrale tanken om at prioriteringsbeslutninger primært rettfærdiggjøres etisk og politisk gjennom måten de blir til på, ikke gjennom sitt innhold – derav kravet om gode prioriteringsprosesser med partsrepresentasjon og åpenhet i prosessene. Problemet, hevder Wyller, oppstår særlig når slike moderne, abstrakte og (i stor grad) universalistiske rammeverk for moralsk handling tres over hodene på klinikerne, som bes prioritere i tråd med disse teoriene. Det gjør vold på helsepersonells profesjonsetikk, som ikke passer inn i slike rammeverk. Profesjonsetikken har helt andre og til dels før-moderne kilder, særlig nærhetsetikken (Emmanuel Levinas, Knud E. Løgstrup) og dydsetikken (Aristoteles mfl.). Den første eksemplifiseres godt med fortellingen om den barmhjertige samaritan, som tok seg av den sterkt sårede mannen han fant på sin vei, og ga denne den hjelpen han trengte, uten først å måtte regne på om det var samfunnsøkonomisk lønnsomt – eller om det lå

andre sårede i andre palestinske grøfter som burde få enda høyere prioritet på grunn av alvorlighetsgraden, ressursbruken eller nytten av behandlingen. Nærhetsetikken setter ord på sentrale kliniske intuisjoner ved at den viser oss hvordan det etiske kravet som ligger på deg som behandler, springer ut av det fysiske møtet med den enkelte pasienten og dennes lidelse og behov. Dydsetikken i tradisjonen etter Aristoteles legger vekt på «det gode menneske» mer enn «den rette handling». Mange har ment at dydsetikken utgjør en god modell for profesjonsetikken fordi det er fruktbart å diskutere hvilke karakteregenskaper – dyder – det gode helsepersonell bør inneha for å være i stand til å gi profesjonens spesifikke bidrag til helsetjenestens mål, nemlig god helse for befolkningen (Pellegrino & Thomasma, 1993).

Prioriteringsparadigmets universalistiske og profesjonsetikkens partikulære etiske teorier lar seg ikke forene. Særlig har Alasdair MacIntyre, som Wyller også viser til, vært opptatt av avgrunnen mellom disse etiske teoriene. I MacIntyres omfattende modernitetskritikk fremgår det hvordan teoriene ikke bare har ulike oppfatninger av hva den rette handling er, men frembyr totalt ulike *forståelser av vår praktiske fornuft*, det vil si måten vi overveier om handlinger og så setter disse ut i livet (MacIntyre, 1981, 1988, 2016). Det dreier seg om konkurrerende oppfatninger av hva det vil si å være et handlende individ. Viktig er det at de moderne etiske teoriene anerkjenner et lite knippe grunnleggende, abstrakt formulerte prinsipper, som så skal kunne komme til anvendelse i enhver moralsk valgsituasjon. Tilnærmingen forutsetter at mye ved de konkrete omstendighetene kan abstraheres vekk for å komme frem til en renskåret situasjonsbeskrivelse. Bruken av de abstrakte prinsippene kan så lede til en moralsk dom, en handlingsveiledning som kan universaliseres slik at den i prinsippet bør komme til anvendelse i alle relevante og like situasjoner. Formuleringen av et lite knippe presise prioriteringskriterier, og tanken om at disse så

prinsipielt skal kunne brukes på enhver beslutning i helsetjenesten, passer med dette mønsteret. Motsatt krever MacIntyres foretrukne alternativ, en dydsetikk i tradisjonen etter Aristoteles og Thomas Aquinas, at vi begynner med å stille oss helt andre spørsmål: Hvem er den handlende og de andre involverte, hvilke roller inntar de, og hvilke forventninger tilligger rollene? Det sentrale spørsmålet blir så hvordan den gode (det vil si dydige) helsearbeideren ville handlet i denne situasjonen, og de konkrete omstendigheter blir her ikke en distraksjon, men den helt nødvendige, moralsk relevante konteksten som gir valgsituasjonen dens karakter. Løsningen man kommer frem til, er partikulær, altså tilpasset den aktuelle situasjonen og personene, og den gjør ikke krav på pretensjonen om å kunne bli opphøyd til en allmenngyldig regel. Denne tilnærmingen passer godt med en forestilling om den kloke klinikerens som evner å skreddersy helsehjelpen til den konkrete pasientens behov. Prioriteringsparadigmet er derfor ifølge kritikken ikke bare en uvant måte å tenke på; det øver vold mot helsepersonell når det kreves at disse i hvert pasientmøte aktivt legger til side den tradisjonelle tenkemåten der pasientens beste står i høysetet, for å anlegge en helt annen type blikk på helsehjelpen: hvorvidt denne maksimerer nytte og er i tråd med effektivitetskrav påtvunget fra utenfor helsetjenesten selv. En slik ideologisk invasjon må helsepersonell motsette seg. Problemet synes i noen grad å oppstå fordi den samme tankegangen som er førende i prioriteringsbeslutninger på overordnet, politisk nivå, også blir avkrevd klinikerne i møtet med pasientene.

## **Prioriteringsbeslutninger gjennomsyrrer klinisk praksis**

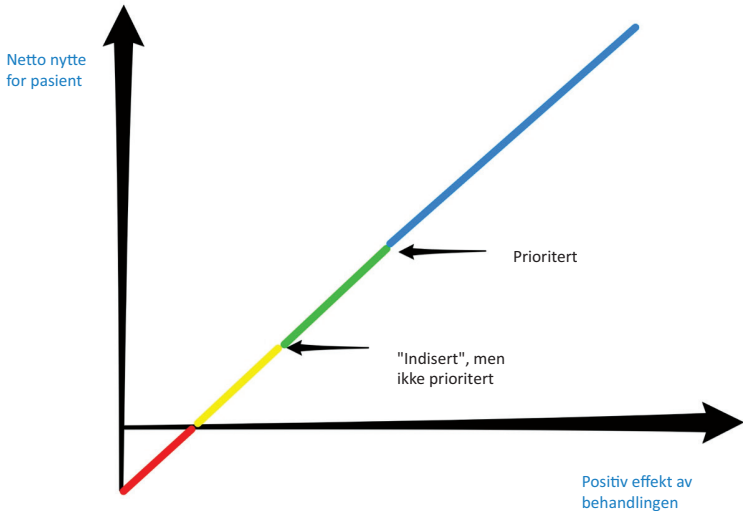
Wyllers kritikk kan møtes med flere motargumenter (Magelssen, Nortvedt, & Solbakk, 2016), men i det følgende diskuteres de to

viktigste: at prioritering er en nødvendig del av helsepersonells hverdag, på en slik måte at helsepersonell ikke kan fraskrive seg ansvar for å prioritere, og at kritikerens beskrivelse av hva prioritering på klinisk nivå innebærer i praksis, ikke nødvendigvis stemmer.

Til grunn for diskusjonen legges Ubels definisjon av prioritering som beslutninger som innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen. Slik forstått vil mange beslutninger i helsetjenesten ha prioriteringsimplikasjoner. I Teig og Westers kapittel (kap 8.) blir det også vist hvordan legene ofte aksepterte å gi helsehjelp som var «god nok», uten å skulle kreve *det ideelle*. Det er viktig å se at enhver beslutning om å (bare) gi «god nok» helsehjelp også per definisjon er en prioriteringsbeslutning: Legen avstår fra å gi den helsehjelpen som for pasienten isolert sett ville vært den aller mest gunstige. Generelt gjelder at hvis et tiltak har utsikt til bare en liten gevinst, eller sannsynligheten for gevinst er svært lav, eller tiltaket er uforholdsmessig kostbart målt mot gevinsten, så er det ikke gitt at det skal tilbys; mange klinikere vil nok avstå fra et slikt tiltak, uten å oppleve det som en problematisk avgjørelse som strider mot deres forpliktelse til å fremme pasientens beste. Men igjen er det viktig å se at dette *er* en prioriteringsbeslutning, der vi nøyer oss med det som er «godt nok», og oppgir kravet om «det beste». Figur 5.1 er ment å illustrere dette.

For å vise at den kliniske hverdagen er full av situasjoner der beslutninger kan ha prioriteringskonsekvenser, vil jeg nå helt kort liste opp en rekke eksempler på slike situasjoner.

1. Noen helsetjenester involverer knappe ressurser der mer penger ikke uten videre eller på kort sikt kan øke ressurstilgangen. Plasser på intensiv- og overvåkningsavdelinger, telemetriutstyr (for overvåkning av hjerterytme til inneliggende pasienter) samt organer for transplantasjon er eksempler på



**Figur 5.1:** Forholdet mellom positiv effekt og netto nytte (positiv effekt minus bivirkninger) for pasienten av en tenkt, ressurskrevende behandling, for eksempel et nytt kreftmedikament. I rødt område har behandlingen minimal eller ingen positiv effekt, og bivirkningene dominerer. I gult område oppveier den positive effekten bivirkningene, men netto nytte er minimal, og behandlingen blir trolig regnet som «ikke indisert». Men det å ikke tilby behandling som er i det gule området, er en prioriteringsbeslutning. I grønt område er behandlingen medisinsk indisert, men kostnad-nytte-forholdet er for lavt til at behandlingen blir prioritert. I blått område er netto nytte og kostnad-nytte-forholdet tilstrekkelig gunstig til at behandlingen blir prioritert.

slike knappe ressurser. Her må legene prioritere pasientene ut fra hensyn som alvorlighet, nytte og hastegrad.

2. I mange situasjoner er det nødvendig å «ordne køen» av pasienter på en rettferdig måte. Dette kan gjelde såkalt triagering i et travelt akuttmottak, eller at pasienter satt opp til planlagt operasjon blir strøket av operasjonsprogrammet fordi viktigere eller akutte operasjoner må få forrang. Slike beslutninger er prioriteringsbeslutninger fordi de innebærer at noen pasienter får et dårligere tilbud gjennom økt ventetid, med den økte risikoen for forverring og komplikasjoner og forlengelse av symptomer som det kan innebære.

3. Mange fastlegers og poliklinikkers praksis med å ha korte konsultasjoner som standard innebærer i seg selv et kompromiss som gjør at noen av behovene til noen pasienter ikke blir optimalt ivaretatt.
4. Overlegens vurdering av nyhenviste pasienter til spesialisthelsetjenesten skal skje i lys av fagets prioriteringsveileder, og det innebærer prioritering ut fra kriterier som alvorlighet og hastegrad.
5. Retningslinjer for antibiotikavalg tar ikke bare hensyn til hva som er aller best for den enkelte pasienten, men tilstreber også å redusere risikoen for resistensutvikling. Kompromisser kan innebære enten at behandlingen som gis, har smalere antimikrobielt spektrum enn et mer resistensdrivende alternativ (dvs. middelet har ikke full effekt mot visse av mikrobenes som forårsaker denne typen infeksjoner; Bruun, 2013), eller at den har noe større risiko for bivirkninger enn alternativet. Retningslinjene innebærer et kompromiss mellom hensynet til den enkelte pasienten og samfunnets interesser.
6. Tidspunktet for utskrivning fra sykehus kan også innebære et kompromiss. Slik noen av Teig og Westers informanter viser til, blir pasienter i noen situasjoner skrevet ut tidligere enn det som ville vært aller best for deres medisinske ivaretagelse. Også dette er dermed en prioriteringsbeslutning.
7. Noen svært ressurskrevende behandlingsformer blir ikke tilbudt alle pasienter som kunne hatt nytte av dem. Implanterbare hjertestartere (ICD) er et eksempel, som også nevnt hos Teig og Wester. Til denne behandlingen prioriterer legene de pasientene som har høyest risiko, og dermed også høyest forventet nytte av behandlingen.
8. Enzymbehandling ved Fabrys sykdom er eksempel på et tiltak som er svært lite kostnadseffektivt (Rombach, Hollak, Linthorst & Dijkgraaf, 2013). Selv om en gitt pasient har fått

dekket kostnadene til preparatet gjennom vedtak om individuell refusjon – eller kunne fått et slikt vedtak – vil legen ha anledning til (og kanskje bli forventet) å gjøre sin egen vurdering av om behandlingen (fortsatt) bør tilbys.

9. Retningslinjer for forebygging av hjerte-kar-sykdom sier at pasienter mellom 50 og 59 år bør ha over fem prosent total risiko for sykdom de neste ti årene for å bli prioritert til medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2009). Hva med pasienten med bare fire prosent risiko? Fastlegen vil her kanskje forklare at pasienten har noe risiko for sykdom, men ikke så høy at det synes riktig eller påkrevd å starte behandling. I stedet gis livsstilsråd, og det gjøres ny vurdering om for eksempel et halvt år. Her gjør fastlegen en prioriteringsvurdering og beslutter at helsehjelp som *kunne* gitt en helsegevinst for pasienten, ikke bør prioriteres (Norheim, 2014). Beslutningen tas med støtte i retningslinjedokumentet. (Her forutsettes det at den potensielle helsegevinsten faktisk var større enn potensielle ulemper, slik som medikamentbivirkninger. Hvis grunnen til at pasienten ikke tilbys behandling, er at man antar at ulempene ved behandling er større enn fordelene, dreier det seg ikke om prioritering.)
10. En pasient kommer med smerter som fremstår muskulære, og ønsker MR. Fastlegen vurderer det slik at det er høyst usannsynlig – men ikke helt umulig – at MR kan påvise noe som kan hjelpe til med å skreddersy behandlingen (det er ikke uvanlig for helsepersonell å mene at pasienter kan ha for store forventninger til hva MR og andre billedundersøkelser kan bidra med). Fastlegen vurderer dette utfallet som så usannsynlig at det ikke er riktig å prioritere pasienten til en såpass ressurskrevende undersøkelse som MR, og meddeler pasienten dette. I stedet brukes klinisk undersøkelse og skjønn i vurderingen og valg av behandling, og pasienten følges med nye kontroller.



En lærdom man kan trekke av dette knippet med eksempler, er at beslutninger med prioriteringskonsekvenser er mye mer utbredt i klinisk praksis enn Wyller medgir. Og hvis det er slik, kan ikke legene fraskrive seg ansvar for å prioritere etisk rettferdig og klinisk klokt. Det å fatte gode prioriteringsbeslutninger blir snarere en sentral del av jobben deres, og det å bidra i prioritering kan i seg selv følgelig heller ikke stride mot profesjonsetikken. Verken politikere eller helsebyråkrater kan frita klinikere for selv å måtte stå for prioriteringsbeslutninger. Kliniske retningslinjer og prioriteringsretningslinjer som utarbeides på overordnet nivå, må implementeres i praksis på det kliniske nivået. Slike retningslinjer kan i sin natur ikke være tilstrekkelig spesifikke til at legens egen skjønnsutøvelse blir overflødig (Tanenbaum, 1993). Legens skjønn er påkrevd i flere ledd: Kommer den aktuelle retningslinjen for eksempel til anvendelse for denne pasienten? Hvilke spesielle omstendigheter må tas i betraktning? Og så videre. Dernest illustrerer eksemplene over at leger er unikt kvalifiserte til å ta prioriteringsbeslutninger i klinisk praksis. Vi ville ikke akseptere at prioriteringen av pasienter til intensivavdelingen ble utført av «vakhavende helseøkonom» eller medisin-etiker. Legens medisinske kunnskap og førstehåndskjennskap til de konkrete pasientene er essensiell for å kunne gjøre de beste prioriteringene. Tilsvarende er legenes kunnskap også uvurderlig når de generelle retningslinjene for prioritering, slik som prioriteringsveilederne for de medisinske spesialitetene, skal utarbeides. Leger i den offentlige helsetjenesten forvalter store ressurser på fellesskapets vegne. De har derfor nødvendigvis et «dobbelte ansvar»: ikke bare overfor pasientene, men også overfor samfunnet (Bærøe, 2009).

Bare i noen av situasjonene presentert foran er legens intensjon eksplisitt å prioritere ressursbruk og prioritere mellom pasienter. Like fullt er det svært mange beslutninger som har prioriteringskonsekvenser. Legen har et ansvar også for ikke-intenderte

prioriteringskonsekvenser av beslutninger. Dette ansvaret fordrer en bevissthet om slike prioriteringskonsekvenser, en bevissthet som ikke klart fremgår av Wyllers kritikk. Snarere er det en fare for at legers avvisning av å skulle bidra i prioritering på klinisk nivå gjør dem blinde for de prioriteringskonsekvensene beslutningene deres faktisk har. Når slik bevissthet mangler, er det sannsynlig at de ubevisste «driverne» bak prioriteringer – som profesjonsinteresser, behandlingsformers status, ny teknologi (Hofmann, 2015), ressurssterke pasientgrupper med dyktige talsmenn og helse-tjenestenes struktur og økonomiske insentiver – får stor innvirkning på beslutningene som tas (Magelssen mfl., 2016). Resultatet kan bli mindre rettferdige prioriteringer enn når beslutningene tas eksplisitt og bevisst.

I sum: Prioriteringsbeslutninger er utbredt i klinisk praksis, og det ligger til legers profesjonelle ansvar å erkjenne og å bidra i slike beslutninger.

### *Pasientnær prioritering i praksis*

Et annet viktig tilsvaret til Wyller er at hans fremstilling av hvordan pasientnær prioritering er tenkt å foregå i praksis, er fortegnet – eller i hvert fall ikke nødvendigvis riktig. Det er nødvendig å undersøke hva tilhengerne av prioriteringsparadigmet helt konkret krever av klinikerne når de forutsetter at de skal ta ansvar for prioritering.

Norheim-utvalget har blitt oppfattet som uklare på hvordan de tre prioriteringskriteriene de foreslår, helt konkret skulle benyttes på klinisk nivå. Mange har tilsynelatende lest utredningen dit hen at operasjonaliseringen av kriteriene i helseøkonomiske termer ikke bare skal brukes på overordnet nivå, men også i den kliniske hverdagen (Bringedal, 2015). Slik var det neppe ment, men utvalget kunne gjort mer for å forebygge en slik feiloppfatning. Utvalgets kriterier har formuleringer velegnet for helseøkonomiske

regnestykker – som når helsegevinstkriteriet operasjonaliseres som antall QALYs som vinnes ved helsehjelpen. Men kriteriene har også ikke-kvantitative formuleringer som er bedre egnet på klinisk nivå – som når helsegevinstkriteriet formuleres som at «et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)» (NOU 2014: 12, s. 18). Klinikeren trenger ikke ta frem kalkulatoren for å kunne *resonnere i lys av* dette og de andre kriteriene.

Magnussen-gruppen (som undertegnede var medlem av) tok dette lenger: I erkjennelsen av at prioriteringssituasjoner kan se høyst ulike ut på overordnet nivå og på klinisk nivå, anbefalte vi at kriteriene i tillegg til å få en «spisset» versjon velegnet for helseøkonomiske utregninger fikk en likeverdig versjon som ga en ganske detaljert beskrivelse av hvilke aspekter ved kriteriet som vil være moralsk og klinisk relevante på klinisk nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne ideen er videreført i stortingsmeldingen om prioritering, ved at både ressurskriteriet, nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet har fått en beskrivelsesversjon. For eksempel lyder nyttekriteriet nå:

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: Overlevelse eller redusert funksjonstap; fysisk eller psykisk funksjonsforbedring; reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 12).

Det er viktig å se at denne formen av kriteriene ligger tett opp til det som er gjengse, dagligdagse fortolkninger av henholdsvis «nytte», «alvorlighet» og «ressursbruk». Kriteriene åpner for at mange ulike momenter kan vektlegges, uten at de legger føringer for hvordan vektningen skal utføres. Videre er kriteriene «åpne» i den forstand at de gir et stort tolkningsrom for klinikeren. Forskjellen fra de kvantitative

versjonene av prioriteringskriteriene fremtrer nå som svært stor: De sistnevnte er knapt og presist formulert, noe som motvirker skjønnsutøvelse, og de krever tallfesting for å kunne inngå i regnestykker der man tilstreber mest mulig presise svar. Det er ikke overraskende at helsepersonell er motvillige til å skulle bruke slike kriterier i den kliniske hverdagen. Motsatt kan beskrivelsesversjonene av prioriteringskriteriene være til nytte i klinikken, fordi de bygger på klinikernes oppfatninger av og intuisjoner om hvilke momenter som er klinisk og moralsk relevante i prioriteringsbeslutninger. Disse kriterieutgavene krever ikke at legen tar i bruk en stringent beslutningsprosedyre; de inviterer til at legen skal *resonnere i lys av* kriteriene.

Tatt i betraktning denne redegjørelsen for hvordan prioritering kan foregå i klinisk praksis, må Wyllers kritikk sies å skyte over mål. For dette prioriteringsparadigmet krever ikke at legen tar i bruk en helt annen praktisk rasjonalitet som er fremmed i medisinsk tankegang, slik Wyller beskrev ved hjelp av MacIntyres analyse av avgrunnen mellom modernitetens universalistiske etiske teorier og den dydsetiske tradisjonen. Det å resonnerer i lys av de tre prioriteringskriteriene forutsetter verken konsekvensetisk tankegang eller regnestykker med QALYs. Om det enn er god grunn til å hegne om legers tradisjonelle profesjonsetikk, er det ikke riktig at legers bidrag til prioritering gjør at de må ta i bruk et helt nytt tenkesett. Vurderingen av helsehjelpens nytte og ressursbruk og tilstandens alvorlighet – og hvilke følger disse forholdene bør få for valg og individuell tilpasning av helsehjelp – kan finne sted som en forlengelse av det faglige skjønnet.

## Når står prioritering og profesjonsetikk i motstrid?

To argumenter som tilsvar til kritikken har nå blitt drøftet: for det første at prioriteringsbeslutninger er dagligdags kost i klinisk

praksis og derfor er noe helsepersonell må forholde seg til, og for det andre at klinikeres prioritering *kan* finne sted uten å gjøre vold på tradisjonell klinisk tenkemåte. Med dette er Wyllers kritikk tilbakevist, i den forstand at den ikke treffer som kritikk av hvordan prioritering på klinisk nivå er tenkt gjennomført i Norge.

Dette forhindrer ikke at mye i Wyllers analyse er viktig å lytte til. Det gjelder etter min oppfatning særlig forankringen av helsepersonells profesjonsetikk i dyds- og nærhetsetiske rammeverk. En slik analyse hjelper oss også å forklare hvordan prioritering i noen situasjoner likevel går på tvers av helsepersonells profesjonsetikk. En nærhets- og dydsetisk analyse begrunner, som vist, oppfatningen om at legen, som pasientens advokat, i særdeleshet skal ha øye for interessene til den pasienten han eller hun har foran seg. I lege-pasient-møtets asymmetriske relasjon har legen makt og myndighet til å fremme pasientens beste, og har derfor også et moralsk ansvar for det. Det vil være galt å handle på tvers av dette ansvaret uten å ha spesielt gode moralske grunner for det. Slike grunner må gi mening innenfor den dyds- og nærhetsetiske oppfatningen av legens ansvar, og ikke bare i etiske rammeverk som er profesjonsetikken mer eller mindre fremmed, slik som konsekvensetikken.

Den typen prioriteringssituasjon som derfor i aller størst grad utfordrer profesjonsetikken, har følgende fire karakteristika: Det er der legen velger eller vurderer å rasjonere helsehjelp til pasienten han eller hun har foran seg, der det er stor sannsynlighet for at pasienten dermed går glipp av en betydelig helsegevinst, der beslutningen ikke er påtvunget på grunn av akutt ressursknapphet (slik som mangel på organer til transplantasjon), og der beslutningen ikke har støtte i retningslinjer. Etter min mening er det viktig i størst mulig grad å beskytte helsepersonell fra å måtte ta denne typen beslutninger.

Paul Menzels distinksjon mellom *statistiske* og *identifiserbare liv* er her opplysende (Menzel, 2014). Forebyggende behandling,

for eksempel primærforebygging av hjerte-kar-sykdom gjennom medikamentell behandling av personer med risiko høyere enn en viss grenseverdi, forebygger et visst antall hjerte-kar-dødsfall. Men de som har nytte av denne behandlingen, lar seg ikke identifisere – det er statistiske liv, og ikke identifiserbare liv, som her har blitt reddet. Motsatt kan en operasjon for blindtarmbetennelse være livreddende for personen som opereres: I motsetning til i forebyggingseksemplet er den som drar nytte av helsehjelpen, en identifiserbar person. Menzels poeng er at det fremstår mye mindre akseptabelt for alle involverte parter å prioritere ned behandling når det er en *identifiserbar persons* livskvalitet som blir skadelidende, enn når det er en *statistisk person* som får et like reelt tap av livskvalitet. Prioritering på klinisk nivå er, som et psykologisk faktum, mye mer spiselig når identiteten til den som drar nytte av behandlingen, er skjult bak et slør av risiko og sannsynlighet, slik Menzel uttrykker det. Det kan stride mot profesjonsetiske intuisjoner å skulle prioritere ned helsehjelpen til pasienten som har et navn og et ansikt.

Denne intuisjonen lar seg forklare innen en profesjonsetikk bygget på nærhets- og dydsetikk, mens den i universalistiske etiske teorier kan bli sett på som et moralsk irrelevant og forstyrrende psykologisk fenomen. Hvis rettferdig prioritering bare vil si å maksimere de QALYs vi kan få for ressursene vi bruker på helse, og så fordele disse QALYene rettferdig, hvilken plass er det da for Menzels profesjons- og allmenntiske innsikt?

I helse- og omsorgstjenestene er mange ansatte opptatt av det de opplever som kronisk underfinansiering og -bemanning av tjenestene, og de opplever at dette ikke bare går ut over faglig kvalitet, men også setter dem i en profesjonsetisk skvis. Det er klart at kravet til faglig god helsehjelp ikke bare følger av lovverket, men også står helt sentralt i profesjonsetikken. Men mitt poeng i denne sammenhengen er at ressursknappheten også utfordrer profesjonsetikken

når profesjonsutøverne i praksis blir delegert ansvaret for å prioritere, og beslutningene de tar, har karakteristikaene nevnt over: En identifiserbar pasient går glipp av en betydelig gevinst, og profesjonsutøverne har ikke tilstrekkelig støtte og forankring for beslutningen. Vike, Debesay og Haukeliens analyse (2016) fra kommunal helse- og omsorgssektor argumenterer for at profesjonsutøverne der opplever mange situasjoner av denne typen: Ansatte er blitt delegert et ansvar for at budsjettene holdes, samtidig som rettighetslovgivningen og andre politiske føringer tilsier at tjenestekvaliteten skal være høy, uten at det er legitimt å vise til ressursknapphet for å rettferdiggjøre kompromissene (Vike mfl., 2016). Et slikt sprik mellom det forventede og det mulige stiller store krav til profesjonsutøverne og krever at de prioriterer på måter de ikke er komfortable med, ved at de må si nei til at pasienten de har foran seg, skal få en potensielt viktig tjeneste, og uten at de har tilstrekkelig eksplisitt støtte for beslutningen i ledelseshierarkiet.

## Konklusjon: støtte for prioritering

Er prioritering så forenlig med helsepersonells profesjonsetikk? Svaret må bli: «Det kommer an på.» Prioritering på klinisk nivå er ofte en dyd av nødvendighet, og det kan praktiseres på måter som ikke utfordrer profesjonsetikken. Men som vist kan slik prioritering også stride mot profesjonsmoraliske intuisjoner om at interessene til pasienten du har foran deg, må settes høyest.

I Norge har vi etter min mening *i teorien* innrettet oss lurt: Vi har prioriteringskriterier som er såpass «åpne» at de ikke tvinger helsepersonell til å se bort fra relevante hensyn når de prioriterer. Men viktigst av alt er det at vi har kommet et godt stykke på vei i å gi helsepersonell støtte for valgene de tar, en støtte de er helt avhengige av for å prioritere på en profesjonsetisk forsvarlig måte. Prioriteringsveilederne gir eksplisitt veiledning og støtte; kliniske retningslinjer og veilederdokumenter

gir også støtte, men bør i større grad tilstrebe å gjøre eksplisitt når rådene helt eller delvis er basert på prioriteringshensyn, og ikke utelukkende på hva som er best for pasienten.

Man kan skille mellom spesifikk og generell støtte til prioriteringsbeslutninger. Spesifikk støtte gir helsepersonell mandat til å foreta prioritering i den konkrete situasjonen de står overfor. Slik støtte kan komme fra retningslinjer som er spesifikke for den aktuelle tilstanden, eller for eksempel fra en drøfting av den konkrete saken i en klinisk etikk-komité (Magelssen, Miljeteig, Pedersen & Førde, 2017). En generell støtte for prioritering er også veldig viktig: Klinikere trenger å oppleve at de har et eksplisitt mandat til å gjøre skjønnsmessige prioriteringer. Det må formidles aksept for dette fra alle ledd i ledelseshierarkiet, fra avdelingsleder til helsebyråkratiet og politikerne. Analysen til Vike og medarbeidere viser at det skorter på slik generell støtte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Vike mfl., 2016). Det kan også spørres i hvilken grad lovverket er til hjelp her. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienten «rett til nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten og «rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Pasientens rettigheter står i sentrum; gir lov og forskrifter helsepersonell tilstrekkelig mandat til å sette grenser?

Prioritering blir altså mer akseptabelt for klinikerens – og kanskje også for pasienten – når føringene kommer fra et høyere nivå, gjennom faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere, lovverk eller ledelse. Slike bestemmelser gir klinikerens mandat og støtte for eksplisitte prioriteringsbeslutninger. Samtidig må det være et rom for klinikerens faglige og moralske skjønn. Her er det altså en balansegang som må ivaretas (Molander, Grimen & Eriksen, 2012): Hvis føringene som legges på klinikerens prioriteringsbeslutninger, er for spesifikke, blir de en tvangstrøye som ikke lar klinikerens skreddersy helsehjelpen til pasientens spesielle situasjon og behov; hvis de blir for luftige og uforpliktende, får klinikerens ikke tilstrekkelig støtte for beslutningene han eller hun tar.



## Referanser

- Bringedal, B. (2015). Verdensmester i teoretisk prioritering. *Nytt norsk tidsskrift*, 32(1), 79–87.
- Bruun, J.N. (2013). Antibiotikapolitikk, smittevern og etikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1793. doi:10.4045/tidsskr.13.0961.
- Bærøe, K. (2009). Priority-setting in healthcare. A framework for reasonable clinical judgements. *Journal of Medical Ethics*, 35(8), 488–496. doi:10.1136/jme.2007.022285.
- Christoffersen, S.A. (2005). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daniels, N., & Sabin, J.E. (2008). *Setting limits fairly. Learning to share resources for health*. New York: Oxford University Press.
- Den norske legeforening (2015). *Etiske regler for leger*. Tilgjengelig fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Førde, R. (2015). The Norwegian context. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 71–87). New York: Oxford University Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofmann, B. (2015). Too much technology. *BMJ*, 350, h705. doi:10.1136/bmj.h705.
- Hurst, S.A., Slowther, A.M., Førde R., & Danis, M. (2015). The values at the bedside study. Bedside rationing by physicians. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 19–28). New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (1981). *After virtue*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, A. (1988). *Whose justice? Which rationality?* Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, A. (2016). *Ethics in the conflicts of modernity. An essay on desire, practical reasoning, and narrative*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.

- Magelssen, M., Miljeteig, I., Pedersen, R., & Førde, R. (2017). Roles and responsibilities of clinical ethics committees in priority setting. *BMC Medical Ethics*, 18, 68. doi:10.1186/s12910-017-0226-5
- Magelssen, M., Nortvedt, P., & Solbakk, J.H. (2016). Rationing at the bedside. Immoral or unavoidable? *Clinical Ethics*, 11(4), 112–121. doi:10.1177/1477750916657664.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Menzel, P. (2014). Statistical versus identified lives. Why not to use the «R» word. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 238–252). New York: Oxford University Press.
- Mesel, T. (2009). *Legers profesjonsetikk*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E.O. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–230. doi: 10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x.
- Norheim, O. (2014). Priority setting through clinical practice guidelines. Lessons learned. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 373–386). New York: Oxford University Press.
- Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, A., Brinchmann, B.S., & Andersen, B. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged – professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 332–335. doi:10.1136/jme.2007.020693.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig Prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen, R., Nortvedt, P., Nordhaug, M., Slettebø, A., Grøthe, K., Kirkevold, M., Brinchmann, B.S., & Andersen, B. (2008). In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Journal of Medical Ethics*, 34(4), 230–235. doi:10.1136/jme.2006.018531.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.

- Rombach, S.M., Hollak, C.E., Linthorst, G.E., & Dijkgraaf, M.G. (2013). Cost-effectiveness of enzyme replacement therapy for Fabry disease. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8(1), 29. doi:10.1186/1750-1172-8-29.
- Skirbekk, H., & Nortvedt, P. (2011). Making a difference. A qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*, 19(1), 77–88. doi:10.1007/s10728-010-0160-x.
- Strech, D., Persad, G., Marckmann, G., & Danis, M. (2009). Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy*, 90(2-3), 113–124. doi:10.1016/j.healthpol.2008.10.013.
- Tanenbaum, S.J. (1993). What physicians know. *New England Journal of Medicine*, 329, 1268–1270. doi:10.1056/NEJM199310213291713.
- Ubel, P. (2015). Why it's not time for health care rationing. *The Hastings Center Report*, 45(2), 15–19. doi:10.1002/hast.427.
- Vike, H., Debesay, J., & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wyller, V.B. (2014). Give to the doctor what is due to the doctor! Why «fair rationing at the bedside» is impossible. I M. Danis, S.A. Hurst, L. Fleck, R. Førde & A. Slowther (red.), *Fair resource allocation and rationing at the bedside* (s. 253–262). New York: Oxford University Press.
- Wyller, V.B. (2017). The bedside rationing paradigm and the shortcomings of modernist ethics. *Clinical Ethics*, 12(2), 70–75. doi:10.1177/1477750917691888.