

Skjønn og skjønnsmessige vurderinger av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

«Hvilke muligheter har radiografer, og hvilke muligheter bør de ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte bør dette skjønnnet eventuelt kunne utøves?»



Bente Crosby

Veileder: dr.theol. Ulla Schmidt

Mastergradsoppgave i profesjonsetikk,
Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet

4. semester, våren 2010

Forord

Det var erfaringer fra egen arbeidshverdag som for snart to år siden motiverte meg til å begynne på masterprogrammet i profesjonsetikk og diakoni. Og nå, etter snart endt studietid, kan jeg med glede se tilbake på en lærerik og interessant periode. Masterprogrammet har åpnet døren til en helt ny fagtradisjon, og til en helt ny måte å tenke på, for meg.

Etter å ha arbeidet hardt i underkant av ett år med denne mastergradsoppgaven, er det med stor lettelse at jeg nå leverer et ferdig produkt. Veien har vært lang, og tidvis frustrerende, og jeg kan bare konstantere at jeg aldri hadde kommet til veis ende uten hjelp av veileder, kollegaer og familie.

Ulla Schmidt, det er i all hovedsak takket være deg, og dine konstruktive veiledningstimer, at jeg nå leverer et ferdig produkt. Du har hjulpet meg videre når jeg har stått fast, og du har alltid engasjert deg og motivert meg underveis. Jeg kunne umulig vært mer fornøyd med en annen veileder. Tusen takk.

Takk også til kollegaer på Høgskolen i Oslo, og deriblant særlig til Kristin Bakke Lysdahl. Dere har inspirert meg gjennom arbeidet med deres interessante samtaler og motiverende innspill. Tusen takk.

Og sist, men ikke minst, en stor takk til familien. Uten deres forståelse og hjelp hadde jeg ikke kunnet gjennomføre dette arbeidet. Spesielt takk til deg Jonas, mannen min, for at du har engasjert deg, og for at du har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne mastergradsoppgaven. Tusen takk.

Sandvika, 3. mai 2010
Bente Crosby

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 - Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av temaer	2
1.2 Problemstilling og aktuelle avgrensninger	4
1.3 Metode	5
1.4 Litteratur	7
1.5 Oppgavens struktur og disposisjon	8
Kapittel 2 - Berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	10
2.1 Økt bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	11
2.2 Senskader i befolkningen	13
2.3 Gjeldende bestemmelser i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	15
2.3.1 Strålevernloven	15
2.3.2 Strålevern forskriften	16
2.3.3 Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling	18
2.3.4 Retningslinjer for hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling	18
2.4 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	20
2.5 Oppsummering	23
Kapittel 3 - Skjønn og skjønnsmessige vurderinger	24
3.1 Om begrepet <i>skjønn</i>	24
3.1.1 Epistemisk forståelse av <i>skjønn</i>	25
3.1.2 Strukturell forståelse av <i>skjønn</i>	27
3.2 Forutsetninger for utøvelse av skjønn	29
3.3 Normative rammer for utøvelse av skjønn	31
3.4 Kilder til variasjon i utøvelse av skjønn	33
3.4.1 Kasuistikk	33
3.4.2 Beskrivelsers ubestemthet	33
3.4.3 Førstepersonserfaring	34
3.4.4 Ikke-eliminerbare tilfeldigheter	34
3.5 Utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	35
3.6 Oppsummering	37

Kapittel 4 - Fireprinsippsetikken	38
4.1 Fireprinsippsetikkens teoretiske grunnlag	38
4.1.1 <i>Autonomiprinsippet</i>	39
4.1.2 <i>Ikke-skade prinsippet</i>	41
4.1.3 <i>Velgjørhetsprinsippet</i>	42
4.1.4 <i>Rettferdighetsprinsippet</i>	43
4.2 Prinsippene som prima facie normer	44
4.3 Fireprinsippsetikken som praktisk metode	44
4.3.1 <i>Spesifisering</i>	44
4.3.2 <i>Balansering</i>	45
4.3.3 <i>Moralsk rest</i>	46
4.4 Fireprinsippsetikkens styrker og svakheter	46
4.5 Oppsummering	49
Kapittel 5 - Drøfting	51
5.1 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	52
5.1.1 <i>Hvordan og hvorfor vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser krever utøvelse av skjønn forstått som en praktisk resonneringsform</i>	53
5.1.2 <i>Radiografers regulerte muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser</i>	57
5.1.3 <i>Hvordan utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser fungerer i praksis</i>	59
5.1.4 <i>Det problematiske ved at radiografer utøver en vurdering de ikke har et bestemt ansvar for å utøve</i>	60
5.1.5 <i>Hvilke muligheter radiografer bør ha til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser</i>	62
5.2 På hvilken måte radiografer eventuelt bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	69
5.2.1 <i>På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn forstått som et praktisk resonnement i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser</i>	70
5.2.2 <i>Under hvilke forutsetninger radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser</i>	71
5.2.3 <i>På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor fireprinsippsetikken som etisk normativ ramme i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser</i>	72
Kapittel 6 - Avslutning	80
6.1 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	81
6.2 På hvilken måte radiografer eventuelt bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser	82
6.3 Konklusjon	83
Kapittel 7 - Litteraturliste	84

Kapittel 1

Innledning

Både bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser, og den totale befolkningsdosen, har økt med tiden. Og nå advares det mot et generelt overforbruk, og mot den helserisikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt. Tall fra Statens strålevern viser at helserisikoen, i form av sen-skader som for eksempel stråleindusert kreft og genetiske skader, er høyst aktuell, når befolkningsdosen tas med i betraktning.

Vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser anses som et grunnleggende internasjonalt prinsipp i forbindelse med strålevern. Vurderingen involverer en beslutningsprosess, der det avgjøres om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke, og den krever utøvelse av en eller annen form for skjønn. I Norge bestemmes radiologer, som medisinsk ansvarlige på radiologiske avdelinger, å skulle vurdere berettigelse, mens radiografer bestemmes å skulle betjene faste røntgeninstallasjoner. Radiografer bestemmes altså ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, å skulle ha noe ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse.

Men spørsmålet er om bestemmelsene fungerer i praksis, eller om radiografer, til tross for bestemmelsene, vurderer berettigelse likevel. Med utgangspunkt i dette spørsmålet, lyder første del av denne oppgavens problemstilling som følger:

«Hvilke muligheter har radiografer, og hvilke muligheter bør de ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, ...?»

Men det finnes flere ulike former for, eller flere ulike forståelser av, betegnelsen *skjønn*. Men jeg kan ikke se at det per i dag foreligger en felles definert forståelse for verken hva skjønn er,

eller for når og hvordan radiografer eventuelt skal og/eller bør kunne utøve skjønn i praksis. Likevel virker det som om det foreligger en oppfatning om at radiografer både skal og bør kunne utøve skjønn i forbindelse med arbeidshverdagen. Med dette utgangspunktet lyder andre del av denne oppgavens problemstilling som følger:

«..., og på hvilken måte bør dette skjønnnet eventuelt kunne utøves?»

Men skjønn kan også, i tillegg til å utøves på ulike måter, utøves innenfor ulike normative rammer. Og flere ulike etiske teorier, deriblant fireprinsippetikken, påberoper seg å kunne fungere som etisk normativ ramme for vurderinger og vurderingsprosesser. Fireprinsippetikken anses som en sentral normativ etisk retning innen medisinsk etikk, og anvendes derfor som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn i denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av temaer

Jeg har valgt å kombinere to samfunnsaktuelle temaer i denne oppgaven; *skjønn og skjønnsmessige vurderinger* og *berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser*. Og mens *skjønn og skjønnsmessige vurderinger* er et sentralt tema innen etikk, er *berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser* et sentralt tema innen strålevern. Ved å kombinere temaene forenes derfor ikke bare to samfunnsaktuelle temaer, men samtidig to temaer fra to ulike fagtradisjoner. Og, så vidt jeg har funnet ut, har ikke de to temaene blitt kombinert på denne måten tidligere. Jeg håper derfor, ved å kombinere temaene på denne måten, å kunne frembringe ny innsikt i forbindelse med en samfunnsaktuell etisk utfordring for radiografer, nemlig i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Men selv om *skjønn og skjønnsmessige vurderinger* er et sentralt tema i forbindelse med noen fagtradisjoner, som for eksempel i forbindelse med filosofi og teologi, er det et forholdsvis begrenset tema i forbindelse med andre fagtradisjoner, som for eksempel i forbindelse med medisin. I det medisinske fagmiljøet, og særlig i den medisinske profesjonslitteraturen til radiografer, omtales skjønn og skjønnsmessige vurderinger forholdsvis lite. Sykepleiere og sykepleiefaget har til en viss grad både beskrevet og diskutert temaet i sin profesjonslitteratur, men da ut fra en litt annen forståelse enn den jeg anser som aktuell i forbindelse med

vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Så vidt jeg har funnet ut er det Harald Grimen og Anders Molander, og deres kapittel *Profesjoner og skjønn*, i boken *Profesjonsstudier*, utgitt av Anders Molander og Lars Inge Terum i 2008, som omtaler skjønn på en måte som er forenelig med den forståelsen som passer best i forhold til denne oppgavens problemstilling. Kapitlet *Profesjoner og skjønn* anvendes derfor som en hovedkilde i forbindelse med temaet *skjønn og skjønnsmessige vurderinger* i denne oppgaven.

Vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser er et sentralt tema i forbindelse med strålevern. Både i forhold til hvem, altså i forhold til hvilken profesjon(er) som skal være ansvarlig for vurderingen, og i forhold til hvilket grunnlag vurderingen skal baseres på. Med *grunnlag* forstås i denne sammenheng bakgrunnen for vurderingen, altså om vurderingen av berettigelse skal tas på bakgrunn av hensynet til den enkelte pasient, eller på bakgrunn av hensynet til befolkningen totalt sett. Vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser er altså et sentralt tema både i forhold til hvilken profesjon(er) som skal være ansvarlig for vurderingen, og i forhold til om vurderingen skal tas med hensyn til den enkelte pasient, og/eller med hensyn til befolkningen totalt sett. Og flere, både enkeltstående forskere og organisasjoner, har både skrevet om og diskutert berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og mest sentral i den sammenheng er antakelig organisasjonen *The International Commission on Radiological Protection (ICRP)*, og deres publikasjon *Annals of the ICRP: ICRP publication 103*, fra 2007. Publikasjonen presenterer ICRP sine anbefalinger og retningslinjer for strålevern, anbefalinger og retningslinjer de fleste land, deriblant Norge, tar utgangspunkt i ved utarbeidelse av egne anbefalinger og retningslinjer. ICRP sine anbefalinger og retningslinjer anvendes derfor som en hovedkilde i forbindelse med temaet *berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser* i denne oppgaven.

Ellers er jeg klar over at det ikke er helt uproblematisk å velge temaer relatert til eget yrke, slik jeg har gjort i denne oppgaven. Med temaer så tett opp mot eget yrke kan det, tilsynelatende, og sett fra et forskningsperspektiv, være vanskelig å opprettholde den nødvendige distansen til temaene. Helhetsperspektivet kan kanskje risikere å gå tapt. Jeg håper at jeg, nettopp ved å være bevisst på nærheten til eget yrke, kan klare å opprettholde den nødvendige distansen, og derved beholde helhetsperspektivet i denne oppgaven. Ellers må oppgaven for all del *ikke* oppfattes som et ledd i en profesjonskamp, eller som et ledd i den pågående

diskusjonen om radiografers rolle og rolleutvidelse, men heller som et forsøk på å frembringe ny innsikt i forbindelse med en samfunnsaktuell etisk utfordring for radiografer.

1.2 Problemstilling og aktuelle avgrensninger

Med utgangspunkt i temaene *skjønn og skjønnsmessige vurderinger og berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser* lyder denne oppgavens problemstilling som følger:

«Hvilke muligheter har radiografer, og hvilke muligheter bør de ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte bør dette skjønnnet eventuelt kunne utøves?»

Utover de begrensningene som allerede ligger i problemstillingens formulering, har jeg valgt følgende avgrensninger i forbindelse med denne oppgaven:

- ▶ *Røntgendiagnostiske undersøkelser* avgrenses til å omfatte «konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser» og «CT-undersøkelser». Betegnelsen *konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser* anvendes som en samlebetegnelse for både «tradisjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsesmetoder» og for «gjennomlysningsundersøkelser». Med *gjennomlysningsundersøkelser* forstås, for øvrig, en form for sanntidsundersøkelser der anatomi og dynamiske prosesser studeres, og med *CT-undersøkelser* forstås «computertomografiske undersøkelser», altså tverrsnittsbilder, eller tredimensjonale modeller, av anatomiske strukturer. (Statens strålevern [2009]).
- ▶ Det finnes flere ulike metoder for vurdering av berettigelse. Jeg går ikke inn i de ulike metodene i denne oppgaven, men omtaler dem bare på et overordnet nivå, altså som henholdsvis *kvalitative* og *kvantitative metoder*.
- ▶ *Stokastiske skader* relateres ofte til senskader i form av både «stråleindusert kreft» og «genetiske skader», men jeg avgrenser stokastiske skader til kun å omhandle senskader i form av *stråleindusert kreft* i denne oppgaven.

Ellers avgrenses bruken av betegnelser på følgende måter i forbindelse med denne oppgaven:

- ▶ Betegnelsen *helsearbeider* brukes konsekvent som samlebetegnelse for menneskene som arbeider i helsetjenesten. Betegnelsen omfatter det litteraturen, blant annet, omtaler som «profesjonsutøvere», «offentlig ansatte», «helsepersonell» og «tjenestemenn».
- ▶ Betegnelsen *pasient* brukes konsekvent som samlebetegnelse for mennesker som mottar helsetjenester. Betegnelsen omfatter det litteraturen, blant annet, omtaler som «brukere», «mottakere», «kunder» og «klienter».

1.3 Metode

Hensikten med denne oppgaven er, som tidligere nevnt, å forsøke å frembringe ny innsikt i forbindelse med en samfunnsaktuell etisk utfordring for radiografer. Ny innsikt i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Både i forhold til hvilken profesjon(er) som skal være ansvarlig for vurderingen, og i forhold til om vurderingen skal tas med hensyn til den enkelte pasient, og/eller med hensyn til befolkningen totalt sett. For å få frem ny innsikt anvender jeg i all hovedsak allerede eksisterende litteratur som utgangspunkt for kritisk tenkning, eller nærmere bestemt en *systematisk-argumentativ metode*. (Schmidt 2006).

Med en *systematisk-argumentativ metode* undersøker jeg hvilke grunner som taler for eller imot ulike synspunkter, før jeg argumenterer for i hvilken grad disse grunnene er gode eller overbevisende i forhold til problemstillingen. (Schmidt 2006). Jeg undersøker, med andre ord, først hva allerede eksisterende litteratur frembringer av grunner som taler for eller imot hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og grunner som taler for eller imot på hvilken måte dette skjønnet eventuelt bør kunne utøves. Jeg bruker *strålevernloven*, *strålevernforskriften*, Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*, og Norsk radiologisk forening sine retningslinjer *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling*, som dokumentasjon på gjeldende bestemmelser i forhold til hvilke muligheter radiografer har, og i forhold til hvilke muligheter radiografer bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og

berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. I tillegg trekker jeg Norsk radiograf-forbund sine *Yrkesetiske retningslinjer for radiografer* frem som dokumentasjon på radiografers selvregulering i forbindelse med vurderingen. Videre bruker jeg Harald Grimen og Anders Molander sin forståelse av skjønn som en *praktisk resonneringsform* som forståelse for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og Tom L. Beauchamp og James F. Childress sin *fireprinsippetikk* som etisk normativ ramme for utøvelse av dette skjønnet. Deretter forsøker jeg, via argumentasjon, å tydeliggjøre hvilke synspunkter som støttes av de beste eller mest overbevisende grunnene. Jeg analyserer, med andre ord, de grunnene som taler for eller imot ulike synspunkter kritisk.

Men selv om oppgaven i all hovedsak bygger på allerede eksisterende litteratur, er det ikke til å komme bort fra at den også, og i hvert fall til en viss grad, bygger på empirisk kunnskap. Og særlig i forbindelse med beskrivelser av hvordan utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser faktisk fungerer i praksis. Problemet er bare at den aktuelle empiriske kunnskapen synes å være lite dokumentert, og så lite at det ikke er mulig å innhente flere uavhengige beskrivelser av situasjonen. Jeg bruker derfor Norsk radiologisk forening sin høringsuttalelse *Høring vedrørende ny strålevernforordning* som empirisk dokumentasjon på den aktuelle situasjonen, en dokumentasjon som for øvrig stemmer godt overens med mine egne erfaringer og opplevelser, men som altså ikke understøttes av andre uavhengige beskrivelser.

Og det er, tilsynelatende, omdiskutert i hvilken grad det i det hele tatt er mulig å forske på etikk. Men Schmidt (2006) skriver at det er mulig å forske på etikk, dersom etikk anses som et normativt fag, og hun trekker frem *systematisk-argumentativ metode* som en velegnet metode i så måte. Med denne oppgavens problemstilling definerer jeg meg innenfor etikk som et normativt fag, ved at jeg undersøker hvilke grunner og argumenter som er gode eller overbevisende i forhold til på hvilken måte radiografer eventuelt bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Jeg definerer meg, med andre ord, innenfor etikkforskningen ved at jeg undersøker på hvilken måte radiografer *bør* kunne utøve skjønn, altså ved at jeg undersøker hvordan radiografer skal kunne ta avgjørelser som inkluderer hensyn til pasienten, for pasientens egen skyld. (Schmidt 2006).

I tillegg til at jeg mener at en systematisk-argumentativ metode egner seg godt i forhold til å undersøke denne oppgavens problemstilling, mener jeg at den egner seg godt i forhold til denne oppgavens økonomiske, tidsmessige og strukturelle rammer. Med masterprogrammets plan for gjennomføring kunne andre metoder, som for eksempel intervjuer eller observasjoner, kanskje fort blitt for omfattende og/eller for ressurskrevende.

1.4 Litteratur

En systematisk-argumentativ metode baserer seg i all hovedsak på allerede eksisterende litteratur. Et systematisk og strukturert søk etter eksisterende aktuell og interessant litteratur er derfor helt avgjørende ved bruk av denne metoden. Men få søk avdekket fort enorme mengder aktuell og interessant litteratur i forhold til denne oppgaves problemstilling. Litteratur i form av bøker og artikler. For å få frem den mest aktuelle og interessante litteraturen, ble det derfor helt nødvendig å etablere sentrale utfallsmål i forbindelse med søket:

- ▶ Nyere litteratur ble prioritert fremfor eldre litteratur, med mindre den eldre litteraturen var enerådende og/eller kunne anses som en klassiker på fagområdet.
- ▶ Primærkilder, altså originalverk, ble prioritert fremfor sekundærkilder, altså fremfor verk omtalt eller tolket av andre, med mindre primærkildene var språklig utilgjengelige eller utilgjengelige for bestilling og/eller utlån.
- ▶ Litteratur publisert av tilsynelatende anerkjente og etablerte forfattere, og litteratur publisert i tilsynelatende anerkjente og etablerte tidsskrifter/internettsider, ble prioritert fremfor annen litteratur.
- ▶ Litteraturen ble vurdert i forhold til kilden, og litteratur skrevet av uavhengige forfattere ble prioritert fremfor litteratur skrevet av organisasjoner. Der litteraturen var skrevet av forfattere tilknyttet en organisasjon forsøkte jeg å lese teksten i lys av den sammenhengen den ble skrevet under, og jeg forsøkte å kryssjekke litteraturen opp mot annen litteratur.
- ▶ Litteratur som omhandlet temaene og problemstillingen direkte, ble prioritert fremfor litteratur som omhandlet temaene og problemstillingen indirekte.
- ▶ Litteratur utenfor utfallsmålene ble ekskludert.

Utfallsmålene reduserte mengden litteratur til en omfattende, men overkommelig mengde aktuell og interessant litteratur. Og det er denne litteraturen jeg i all hovedsak har basert denne oppgaven på. I tillegg har jeg basert oppgaven på aktuelle og gjeldende lover, forskrifter, veiledere, retningslinjer, rapporter, høringsutkast og høringsuttalelser.

Men selv med et så systematisk og strukturert søk som mulig, må det alltid tas høyde for at aktuell og interessant litteratur kan ha blitt oversett. Utfallsmålene kan, for eksempel, ha ekskludert sentral litteratur, eller det kan, for eksempel, ha blitt søkt med feil ord og/eller feil emner. Og med såpass mye engelskspråklig litteratur må det, i tillegg, tas høyde for at språk og/eller språklige nyanser kan ha blitt oversett eller misforstått.

1.5 Oppgavens struktur og disposisjon

I denne oppgaven undersøker jeg altså, med en systematisk-argumentativ metode, hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves. Og fordi en systematisk-argumentativ metode i all hovedsak baserer seg på allerede eksisterende litteratur, utgjør oppgavens teoridel, det vil si kapittel 2, 3 og 4, nødvendigvis en forholdsvis stor del av oppgavens totale omfang.

Kapittel 2 omfatter temaet *berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser*. Det dokumenterer gjeldende bestemmelser i forhold til hvilke muligheter radiografer har, og i forhold til hvilke muligheter radiografer bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Det trekker også frem gjeldende *Yrkesetiske retningslinjer for radiografer* som dokumentasjon på radiografers selvregulering i forbindelse med vurderingen av berettigelse.

Kapittel 3 omfatter temaet *skjønn og skjønnsmessige vurderinger*. Det omhandler skjønn forstått som *en praktisk resonneringsform* som forståelse for utøvelse av skjønn. Det dokumenterer, med andre ord, hvordan radiografer bør kunne utøve skjønn forstått som en praktisk resonneringsform i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Kapittel 4 omfatter oppgavens etisk normative ramme for utøvelse av skjønn, altså *fireprinsippetikken*. Det dokumenterer hvordan radiografer bør kunne utøve skjønn forstått som en praktisk resonneringsform innenfor fireprinsippetikkens etisk normative rammer i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Kapittel 5 er oppgavens drøfting. Det tydeliggjør, via argumentasjon, hvilke synspunkter som støttes av de beste eller mest overbevisende grunnene. Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, hvilke muligheter radiografer bør ha til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte dette skjønnet eventuelt bør kunne utøves, analyseres kritisk.

Kapittel 6 er oppgavens avslutning. Der oppsummeres drøftingen i forhold til om den har frembrakt ny innsikt i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Både i forhold til hvilken profesjon(er) som skal være ansvarlig for vurderingen, og i forhold til om vurderingen skal tas med hensyn til den enkelte pasient, og/eller med hensyn til befolkningen totalt sett.

Kapittel 2

Berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Ved røntgendiagnostiske undersøkelser benyttes røntgenstråling til å fremskaffe diagnostiske bilder av kroppens indre organer. Røntgenstrålingen som benyttes vekselvirker på vei gjennom kroppen, og avsetter dermed noe av røntgenstrålingens energi i form av stråledose. Og selv om stråledosen som avsettes generelt sett er lav ved den enkelte røntgendiagnostiske undersøkelse, er det antatt at enhver stråledose vil kunne føre til en liten økt helserisiko på sikt. (Børretzen et al. 2006).

Det er et anerkjent internasjonalt prinsipp i forbindelse med strålevern at all bruk av røntgenstråling skal være berettiget. Og Statens strålevern (2005b) påpeker at undersøkelser som vurderes til ikke å være berettigede ikke bør gjennomføres. Likevel viser forskning at både bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser, og at den totale befolkningsdosen, har økt med tiden, og særlig i nyere tid (Børretzen et al. 2006).

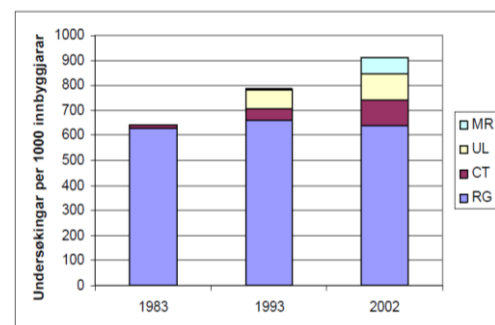
Dette kapitlet omhandler derfor berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Det går nærmere inn på hvordan bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser har økt i nyere tid, og på hva den økte bruken har å si for senskader i befolkningen. Det går også nærmere inn på gjeldende bestemmelser i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen.

2.1 Økt bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

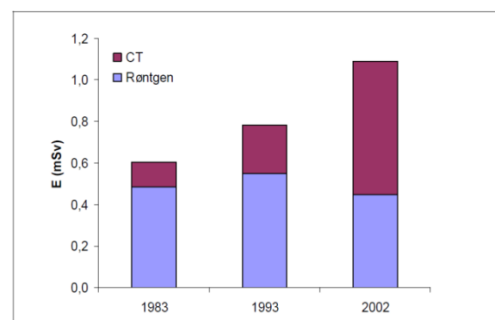
Det har vært en enorm vekst av røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge siden 1960 tallet, og spesielt i de siste 20 årene. Undersøkelsesmetoder og undersøkelsesmodaliteter som ikke fantes tidligere, er helt alminnelige nå. (Lysdahl & Hofmann 2009; Malone 2008). Statens strålevern sorterer under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og er Norges fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Og i Statens strålevern sitt mandat ligger, blant annet, å ha oversikt over all bruk av røntgenstråling i Norge. (Statens strålevern 2005a). Statens strålevern har derfor med jevne mellomrom (1983, 1988, 1993 og 2002) kartlagt bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge. Børretzen et al. (2006) har presentert dataene fra kartleggingen i 2002 i en rapport, og dersom ikke annet er angitt, er det tallmaterialet fra denne rapporten jeg forholder meg til, når jeg videre skriver om hvordan bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser har endret seg i perioden fra 1993 til 2002.

I 2002 ble det utført 4,5 prosent flere røntgendiagnostiske undersøkelser enn i 1993. Undersøkelsesfrekvensen for røntgendiagnostiske undersøkelser har, med andre ord, holdt seg forholdsvis konstant. Likevel har den totale befolkningsdosen, korrigert for befolkningsvekst, økt med 40 prosent i samme periode. Noe som hovedsakelig skyldes den økte bruken av CT-undersøkelser. Bruken av CT-undersøkelser økte nemlig med 50 prosent fra 1993 til 2002, og selv om undersøkelsene kun utgjorde 14 prosent av de røntgendiagnostiske undersøkelsene i 2002 så utgjorde de hele 59 prosent av den totale befolkningsdosen det året. Se figur 2.1 og 2.2.

I tillegg til røntgendiagnostiske undersøkelser utføres det også andre, og nyere, diagnostiske undersøkelser ved radiologiske avdelinger. Som for eksempel ultralydundersøkelser og magnetisk resonans undersøkelser (MR-undersøkelser). Ultralydundersøkelser omfatter bruk av høyfrekvent lyd til fremskaffelse av diagnostiske



Figur 2.1. Trender i undersøkelsesfrekvens for de diagnostiske undersøkelsesmetodene magnetisk resonans (MR), ultralyd (UL), computertomografi (CT) og konvensjonell røntgen (RG). Tall for MR og UL er bare tilgjengelige for 1993 og 2002. (Børretzen et al. 2006, s. 37).



Figur 2.2. Utvikling i gjennomsnittlig befolkningsdose per innbygger (E). (Børretzen et al. 2006, s. 44).

bilder, og MR-undersøkelser omfatter bruk av magnetisme til det samme. Og mens antallet ultralydundersøkelser doblet seg, tidoblet antallet MR-undersøkelser seg, i perioden fra 1993 til 2002. Så selv om det totale antallet konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser totalt sett sank med 3,8 prosent i perioden, så økte det totale antallet diagnostiske undersøkelser med 15 prosent. Se figur 2.1 og 2.2. Børretzen et al. (2006) mener en av årsakene til at det totale antallet diagnostiske undersøkelser økte med 15 prosent i perioden fra 1993 til 2002, er at de andre, og nyere, diagnostiske undersøkelsene kommer i tillegg til, heller enn i stedet for, de røntgendiagnostiske undersøkelsene.

Berrington de González og Darby fremstilte, i 2004, en oversikt over 15 ulike lands, deriblant Norges, årlige bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Se figur 2.3. Fremstillingen viser at Norge ligger så vidt under et gjennomsnittlig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, sammenlignet med andre sammenlignbare vesteuropeiske land. Børretzen et al. (2006) skriver at Norges bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser ligger på nivå med bruken i andre land, der overforbruk er et erkjent problem.

Country	Annual X-rays per 1000*
Australia	565
Canada	892
Croatia	903
Czech Republic	883
Finland	704
Germany	1254
Japan	1477
Kuwait	896
Netherlands	600
Norway	708
Poland	641
Sweden	568
Switzerland	750
UK	489
USA	962

* Taken from United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, 2000.

Figur 2.3. Årlig røntgendiagnostisk undersøkelsesfrekvensen per 1000 innbygger. (Berrington de González & Darby 2004, s. 349)

Feiring (2004) henviser til den norske forskeren Hilde Olerud, som mener at antallet røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge fint kunne vært redusert med 20 prosent uten tap av viktige funn. Men Olerud påpeker at det er vanskelig å vite hva som er bruk og hva som er overforbruk, og minner om at røntgendiagnostiske undersøkelser tross alt redder mange liv. Lysdahl et al. (2009) skriver at forsvarlig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser er nødvendig for å unngå stråleskader i form av senskader, men at pasienter likevel ofte henvises til unødvendige diagnostiske undersøkelser. De hevder at omlag 30 prosent av henvisningene rapporteres som unødvendige.

Picano (2004b) advarer mot et generelt overforbruk, og skriver at inntil en tredjedel av alle røntgendiagnostiske undersøkelser er helt, eller delvis, unødvendige. Picano mener at leger og pasienter må bli mer bevisste på den helserisikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt, og at bedre kunnskap kan bidra til å redusere det totale antallet røntgendiagnostiske undersøkelser.

Han mener pasienter kan ha liten forståelse for den helserisikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt. Corbett (2008) påpeker at en pasient, dersom legen har liten interesse for stråling og strålevern, kan risikere å få lite, eller ingen informasjon, om den helserisikoen vedkommende utsettes for i forbindelse med en røntgendiagnostisk undersøkelse.

Shiralkar et al. (2003) undersøkte legers kunnskap om stråling og stråledoser ved de vanligste røntgendiagnostiske undersøkelsene¹, og fant ut at 97 prosent av de spurte legene undervurderte både stråledosene som gis i forbindelse med undersøkelsene, og den påfølgende helserisikoen stråledosene kan utgjøre på sikt. Til tross for at de hadde vært gjennom et strålevernskurs. Det kan, med andre ord, virke som om få leger har kunnskap om hvilke stråledoser pasientene faktisk utsettes for i forbindelse med røntgendiagnostiske undersøkelser. (Picano 2004b; Shiralkar et al. 2003). Picano (2004a) skriver at språket som anvendes i forbindelse med strålevern er komplisert, og at det faktisk er så komplisert at ufaglærte vanskelig kan forstå det. Han mener det virkelige problemet ikke er at leger ikke informerer pasientene om risiko, men at leger selv er uvitende om den.

2.2 Senskader i befolkningen

Som nevnt innledningsvis i kapitlet antas det at enhver stråledose vil kunne føre til en liten økt helserisiko på sikt. En liten økt helserisiko i form av stråleskader, eller i form av senskader som stråleindusert kreft og genetiske skader. Corbett (2008) presiserer at alle mennesker har ulik følsomhet for stråling, og at selv om senskader ikke oppstår spesielt ofte, så oppstår de stadig oftere, og spesielt i forbindelse med langvarige og/eller kompliserte røntgendiagnostiske undersøkelser.

Det er, for øvrig, vanlig å skille mellom to ulike former for stråleskader; *deterministiske skader* og *stokastiske skader*. *Deterministiske skader* inntreffer først ved en gitt terskelverdi, altså først når gitt stråledose overstiger et visst nivå, og graden av stråleskade (respons) øker deretter med økende stråledose (dose). (Børretzen et al. 2006; ICRP 2007). Denne måten å tenke dose/respons på er også kjent som *linear-non-threshold-modellen (LNT-modellen)*. Det er i midlertidig svært sjelden at deterministiske skader oppstår ved røntgendiagnostiske undersøkelser, fordi stråledosen ved disse undersøkelsene svært sjelden overstiger den gitte

¹ 130 leger med ulik bakgrunn fra to separate sykehus (South Wales og Oxford) deltok i undersøkelsen.

terskelverdien. (ICRP 2007). Risikoen for *stokastiske skader* anses derimot som proporsjonal med stråledosen. Det betyr at skader oppstår selv ved lave stråledoser, noe som gjør skadene aktuelle ved røntgendiagnostiske undersøkelser. Stokastiske skader er relatert til senskader i form av stråleindusert kreft og genetiske skader. (Børretzen et al. 2006). Men fordi det er senskader i form av stråleindusert kreft det foreligger mest dokumentasjon på, og som det tilsynelatende oftest fokuseres på, forholder jeg meg til senskader i form av stråleindusert kreft i denne oppgaven.

Det anses ikke som mulig å skille stråleindusert kreft fra andre kreftformer, og for det enkelte individ anses den relative risikoen for stråleindusert kreft som ubetydelig i forhold til den nytten vedkommende regnes å ha av en sikker diagnose (Børretzen et al. 2006). Berrington de González og Darby (2004) skriver at røntgenstråling er en av de kreftfremkallende (karsinogene) faktorene det er forsket aller mest på, men at det likevel råder en usikkerhet om hvilken effekt lave stråledoser faktisk har.

Risikoen for stråleskader i form av senskader er kanskje ubetydelig for den enkelte pasient, men den er høyst aktuell dersom en befolkning tas med i betraktning. Og med et stort antall mennesker som årlig utfører en røntgendiagnostisk undersøkelse, forvandles den tilsynelatende ubetydelige individuelle risikoen, til et betydelig antall årlige krefttilfeller. Med utgangspunkt i tall fra 1993 estimerte Berrington de González og Darby (2004) 77 ekstra årlige stråleinduserte kreftdødsfall i Norge. Et tilsvarende estimat gjort av Børretzen et al. (2006) viste 100 ekstra årlige stråleinduserte kreftdødsfall i samme periode. Med utgangspunkt i tall fra 2002 ble det, derimot, estimert 248 ekstra årlige stråleinduserte kreftdødsfall i Norge (Børretzen et al. 2006). Det viser seg altså, med andre ord, at økt befolkningsdose, som jeg tidligere skrev (jf. kapittel 2.1) hovedsakelig skyldes økt bruk av CT-undersøkelser, også har økt antallet estimerte kreftdødsfall i Norge fra 1993 til 2002. Hall og Brenner (2008) påpeker at selv om den individuelle estimerte risikoen for stråleskader i form av senskader er liten, så er den stadig økte befolkningsdosen bekymringsverdig, og et potensielt folkehelseproblem.

2.3 Gjeldende bestemmelser i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

ICRP (2007) har definert *berettigelse* som et grunnleggende internasjonalt prinsipp i forbindelse med strålevern. De omtaler *berettigelse* som prosessen der det besluttes om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke, og forstår med «totalt sett» om nytten, samlet sett, overstiger undersøkelsens risiko eller ikke. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Corbett og Faulkner (1998, s. 905) henviser til en definisjon av begrepet *berettigelse*, fremstilt av ICRP sin daværende formann Roger Clarke under en konferanse i 1996: «*A practice involving exposure to radiation should produce sufficient benefit to the exposed individual or to society to offset the radiation detriment it cause.*».

Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må, med andre ord, ses ut fra to ulike perspektiver. Ett der nytte/risiko vurderes i forhold til den enkelte pasient, og ett der nytte/risiko vurderes i forhold til befolkningen totalt sett. Hansson (2007) skriver at det både i teori og praksis ofte mangler et skille på om nytte/risiko vurderes i forhold til den enkelte pasient, eller i forhold til befolkningen totalt sett, og at det manglende skille er et problem i forhold til etableringen av en konsekvent og enhetlig forståelse av begrepet.

I Norge bestemmes berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser gjennom: *strålevernloven*, *strålevernforskriften* og Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. I tillegg har Norsk radiologisk forening gitt ut retningslinjene *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling*, retningslinjer som ikke er absolutte, men som hevdes å være retningsgivende nok til at det bør foreligge gode grunner dersom de ikke følges (Norsk radiologisk forening 2003).

2.3.1 Strålevernloven

Strålevernloven gjelder for enhver bruk av strålekilder, og har blant annet til formål å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse. Loven bestemmer at enhver bruk av strålekilder skal være forsvarlig, så det ikke oppstår risiko for verken utøverne av virksomheten, eller for andre personer. Ved vurdering av om bruken av stråling er forsvarlig

skal det, blant annet, vektlegges om virksomhetens nytte totalt sett overstiger den risikoen strålingen vil kunne føre til, og om virksomhetens innretning er slik at risikoen for senskader holdes så lav som mulig. (Strålevernloven, §§ 1, 2 og 5). I kapittel III spesifiseres særskilte bestemmelser om medisinsk strålebruk, og i § 13 står det om berettigelse at:

«Ved medisinsk strålebruk skal den faglig ansvarlige vurdere om bruken av stråling er berettiget. Ved vurderingen skal det blant annet tas hensyn til om nytteverdien overstiger den skadelige virkning stråling kan ha. Det skal tas hensyn til den enkeltes nytte, samfunnets nytte og muligheten for å anvende alternative teknikker.»

Strålevernloven bestemmer altså at berettigelse skal vurderes av faglig ansvarlige, altså av radiologer, og at det skal vurderes både i forhold til samfunnets nytte, altså i forhold til den totale befolkningens nytte, og i forhold til den enkelte pasients nytte.

Videre står det at bruk av stråling skal «... utføres i samsvar med medisinsk anerkjente og forsvarlige undersøkelsesmetoder», og at stråling skal unngås dersom samme resultat kan oppnås på annen måte uten vesentlig ulempe (Strålevernloven, § 13). Radiologer bestemmes, med andre ord, å skulle vurdere alternative metoder, altså å skulle vurdere alternative diagnostiske undersøkelser, og å skulle velge en metode som ikke benytter røntgenstråling dersom det, uten vesentlig ulempe, er mulig.

I § 7 bestemmes det at ansatte, og at andre personer tilknyttet virksomheten, i nødvendig utstrekning skal ha utdanning, eller opplæring, slik at de har tilstrekkelige kvalifikasjoner, eller kunnskaper, om strålevern og sikker bruk av stråling.

2.3.2 Strålevernforskriften

For å fremme lovens formål, og for å sikre et forsvarlig strålevern og forsvarlig bruk av stråling, har HOD fastsatt en utfyllende strålevernforskrift til strålevernloven. Og strålevernforskriften gjelder, som strålevernloven, for enhver bruk av strålekilder. (Strålevernforskriften, §§ 1 og 2; Strålevernloven, § 12).

I § 13 bestemmer strålevernforskriften at virksomheter skal vurdere alternativer til røntgen-diagnostiske undersøkelser, altså vurdere om det er mulig å benytte andre diagnostiske

undersøkelser som ikke involverer bruk av røntgenstråling. Og i § 7 pålegges virksomheter å ha skriftlige instruksjoner og arbeidsprosedyrer slik at et forsvarlig strålevern sikres. Ansvar for at de ansatte, og for at andre personer tilknyttet virksomheten, har tilstrekkelig kompetanse innen strålevern og sikker bruk av strålekilder, tillegges virksomheten.

I kapittel VII spesifiserer strålevernforskriften medisinsk strålebruk, og i § 29 står det om berettigelse at:

«Nye metoder og anvendelser av stråling i medisin skal være vurdert til å være berettiget på et generelt grunnlag før de brukes allment. Eksisterende bruksområder og metoder skal vurderes på nytt når det fremkommer nye opplysninger om deres effektivitet eller virkninger.»

og at:

«Det skal vurderes om bruken av stråling er berettiget med hensyn til den enkelte pasients individuelle forutsetninger, og det skal om mulig innhentes tidligere informasjon om pasienten med tanke på å unngå unødvendig strålebruk. En bestråling kan være berettiget i et enkelt tilfelle selv om den ikke er generelt berettiget.»

Strålevernforskriften bestemmer altså at berettigelse skal vurderes både på et generelt grunnlag og med hensyn til den enkelte pasients individuelle forutsetninger. Og i forbindelse med vurderingen i forhold til den enkelte pasients individuelle forutsetninger bestemmes det altså at tidligere informasjon, om mulig, skal innhentes.

Når det gjelder kompetanse bestemmer strålevernforskriften (§ 33) at det skal inngå lege med spesialistkompetanse i medisinsk radiologi, og realfaglig personell med kompetanse innen medisinsk fysikk på masternivå, ved bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Radiografer bestemmes å skulle betjene faste røntgeninstallasjoner, og alt berørt personale bestemmes å skulle ha spesifikk opplæring i forkant av at ny apparatur, eller nye metoder, tas i klinisk bruk.

Det foreligger per i dag et forslag til ny strålevernforskrift, og i den nye strålevernforskriften ønsker HOD, blant annet, å justere ordlyden i forbindelse med omtalen av *berettigelse*. Men HOD påpeker at den foreslåtte justeringen ikke vil resultere i noen nevneverdige innholdsmessige endringer. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Den nye forskriften var ment å gjelde fra og med 1. januar 2010, men den er fortsatt under behandling.

2.3.3 Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling

Strålevernforskriften er utformet slik at den dekker alle typer strålekilder, og alle deres bruksområder. Statens strålevern har derfor utarbeidet en veileder til strålevernforskriften: *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. Veilederen gjengir et utvalg av strålevernforskriftens paragrafer, og bidrar med mer informasjon relatert til de ulike paragrafene, og med forslag til mer detaljerte løsninger for medisinsk bruk av stråling, enn det strålevernforskriften gjør. (Statens strålevern 2005b).

Statens strålevern (2005b) skriver i veilederen at en røntgendiagnostisk undersøkelse er berettiget dersom den i overveiende grad er til nytte for pasienten, sett i forhold til den helse- og risikoen røntgenstrålingen kan utgjøre på sikt. Videre skriver de at vurderingen av berettigelse, blant annet, tar utgangspunkt i forventet diagnostisk resultat, men at den også kan omfatte resultatets antatte kvalitet og effektivitet, i tillegg til nytte/risiko forbundet med andre diagnostiske undersøkelser.

2.3.4 Retningslinjer for hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling

I 1998 ga The Royal College of Radiologists ut de engelske retningslinjene *Making the best use of a department of clinical radiology: guidelines for doctors* (The Royal College of Radiologists 2003). Retningslinjene ble anerkjente, og de ble i 2000 brukt som utgangspunkt for EU-dokumentet *Referral guidelines for imaging* (European Commission 2000). Norsk radiologisk forening har videre oversatt dokumentet til Norsk, og gitt det ut som *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling; retningslinjer for leger*. (Norsk radiologisk forening 2003).

Hensikten med retningslinjene er å bidra i vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, slik at unødvendig bruk av radiologiske avdelinger

unngås. Retningslinjene er primært formulert for henvisende leger, altså for alle leger som har rett til å henvise pasienter til radiologiske avdelinger, men de fungerer i tillegg som retningslinjer for radiologiske avdelinger. I retningslinjene skisseres, i tillegg til aktuelle henvisningskriterier, følgende seks hovedårsaker til unødvendig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser (Norsk radiologisk forening 2003):

- ▶ Gjentakelse av undersøkelser som allerede er blitt gjennomført. Bildene kan, for eksempel, allerede ha blitt tatt på et annet sted. Kanskje på et annet sykehus, på poliklinikken, eller på akuttmottaket.
- ▶ Undersøkelser der det er usannsynlig at resultatet får konsekvenser for behandlingen av pasienten. Et positivt funn kan, for eksempel, kanskje være irrelevant, eller meget usannsynlig.
- ▶ Undersøkelser som gjøres for ofte. Sykdommen kan, for eksempel, kanskje ikke ha rukket å utvikle seg enda, eller kanskje ikke ha rukket å trekke seg tilbake enda.
- ▶ Feil type undersøkelse. Det finnes, for eksempel, kanskje en annen og bedre undersøkelsesmetode. En som, for eksempel, ikke benytter røntgenstråling.
- ▶ Undersøkelser som mangler evne til å frembringe relevante kliniske opplysninger, og til å legge frem de spørsmålsstillingene det skal gis svar på. Spørsmålsstillingen er, for eksempel, kanskje ikke forklart tydelig nok.
- ▶ Overforbruk av undersøkelser. En undersøkelse utføres, for eksempel, kanskje bare for at pasienten og/eller for at den henvisende legen skal føle seg trygg.

Av de seks hovedårsakene mener Otero et al. (2006) at den siste årsaken, altså at «Overforbruk av undersøkelser», utgjør den mest bekymringsverdige årsaken til unødvendig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Lysdahl og Hofmann (2009) henviser til en nasjonal undersøkelse² når de skriver at tilnærmet lik 70 prosent av radiologene som deltok i undersøkelsen trekker frem økte muligheter til bruk av ny teknologi, sammen med folks økte krav til sikker kunnskap om egen helse, som hovedårsaker til overforbruket. Gruppetta (2009) mener årsaken til overforbruket kan være at det kanskje er lettere for leger å henvise pasienter

² I forbindelse med undersøkelsen ble det sendt ut et spørreskjema til alle radiologer som er innmeldt i Norsk radiologisk forening (og 96,8 prosent av de norske radiologene hevdes å være innmeldte i foreningen). 374 av de 537 spurte radiologer, altså tilnærmet lik 70 prosent av radiologene, deltok i undersøkelsen.

til røntgendiagnostiske undersøkelser, enn å forklare dem en undersøkelses forventede nytte/risiko. Han stiller spørsmålstegn ved om leger kanskje stoler mer på røntgendiagnostiske undersøkelser, enn på sine egne klinisk undersøkelser.

Malone (2008) mener vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser ikke fungerer tilfredsstillende i praksis, til tross for at det foreligger retningslinjer for hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling. Han henviser til et seminar, i 2006 der det kom frem at berettigelsesvurderingen, i den grad den i det hele tatt forekommer, i hvert fall ikke er synlig. Corbett (2008) skriver at han, til sin egen overraskelse, har merket seg et bedre resultat i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser når henvisende leger følger retningslinjene, enn når de kun følger eget instinkt.

2.4 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Det bestemmes i strålevernloven at faglig ansvarlige for en undersøkelse skal vurdere berettigelse, og tradisjonelt sett er radiologer blitt ansett som faglig ansvarlige på radiologiske avdelinger i Norge (Statens strålevern 2005b; Strålevernloven). Lysdahl et al. (2009) skriver at radiologer og henvisende leger sammen er ansvarlige for å vurdere berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge, og at radiologer, i tillegg, er ansvarlige for at riktige metoder benyttes. Retningslinjene *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling; retningslinjer for leger* anbefaler at radiologer og henvisende leger sammen, gjennom dialog, skal ta en avgjørelse dersom det oppstår usikkerhet i forbindelse med vurderingen av berettigelse (Norsk radiologisk forening 2003).

Radiografer bestemmes, i følge strålevernforskriften, å skulle betjene faste røntgeninstallasjoner. Men de bestemmes ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, å skulle ha noe ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Norsk radiografforbund (2007) skriver, på sine nettsider, at radiografers viktigste arbeidsoppgave er å ta røntgenbilder med høyest mulig kvalitet, slik at de kan brukes av leger ved diagnostisering. De påpeker at radiografer arbeider selvstendig på

røntgenlaboratoriene, men at de arbeider tett opp mot radiologer og andre yrkesgrupper i arbeidshverdagen.

Gjennom *Yrkesetiske retningslinjer for radiografer* regulerer Norsk radiografforbund radiografers «*formaliserte normer og verdier*» (Christoffersen 2005, s. 68). Og de yrkesetiske retningslinjene pålegger radiografer å påse at henvisninger til røntgendiagnostiske undersøkelser inneholder tilstrekkelig informasjon som grunnlag for den undersøkelsen det henvises til. De pålegger også radiografer å tilpasse anvendelsen av en prosedyre til den aktuelle kliniske situasjonen, og til å praktisere strålevern i tråd med gjeldende regler og prinsipper. Retningslinjene påpeker at pasienter ikke skal utsettes for unødvendig risiko. (Norsk radiografforbund 2009). Radiografer pålegges, med andre ord, mye ansvar i forbindelse med omstendighetene rundt vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, men ikke noe ansvar for at undersøkelsene de gjennomfører faktisk er berettigede.

Videre bestemmes det i strålevernforskriften at den enkelte pasients individuelle forutsetninger skal vurderes i forbindelse med røntgendiagnostiske undersøkelser. Og med strålevernloven som utgangspunkt innebærer dette at radiologer, som medisinsk ansvarlige på radiologiske avdelinger, pålegges å vurdere hver enkelt henvisning til radiologiske avdelinger i forhold til berettigelse i forkant av en undersøkelse. Norsk radiologisk forening (2009) reagerer på dette og skriver, i forbindelse med en uttalelse til det foreliggende forslaget til ny strålevernforskrift, at «*I en praktisk klinisk hverdag er det umulig på radiologiske avdelinger å la legespesialist vurdere alle rekvisisjoner før undersøkelsene gjennomføres.*». Foreningen skriver at det i utstrakt praksis er, blant annet, radiografer som per i dag vurderer rekvisisjonene, altså henvisningene, til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene, og at det er radiografer som, på bakgrunn av disse vurderingene, gjennomfører undersøkelsene. Selv vurderer radiologene, i følge uttalelsen, alle henvisninger til CT-undersøkelser. Slik jeg forstår uttalelsen, og slik jeg for øvrig også har erfart det selv, er det altså radiografer som vurderer berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Og radiografer som, på bakgrunn av disse vurderingene, gjennomfører de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Det er altså radiografer som, til tross for at de ikke har vurdering av berettigelse som et bestemt ansvar, vurderer om nytten av en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger

undersøkelsens risiko eller ikke. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Og det er altså radiografer som, på bakgrunn av disse vurderingene, beslutter om en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Radiografer utøver, med andre ord, allerede skjønn i forbindelse med vurderingen av om nytten av en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke.

Men i følge Malone (2008) er radiografers rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser problematisk. Han henviser til en diskusjon, i forbindelse med et seminar i 2006, når han skriver at radiografer opplever seg som *varslere* (fra eng.: «whistleblowers»), forstått som «angivere» eller «tystere», når de påpeker uforsvarlig praksis i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Og særlig hvis det ikke foreligger noen prosedyrer i forbindelse med vurderingen. Gruppetta (2009) skriver at radiografer har opplevd en økning i antallet etiske utfordringer de siste årene, og at vurderingen av berettigelse er blant de mest sentrale utfordringene i så måte. Han mener radiografer føler at de ikke har nok kunnskap og rutine til å kunne bestride henvisende legers vurdering av berettigelse.

Sia (2009) skriver at det er skjønn som leder helsearbeidere til å velge rett, men at helsearbeidere i tillegg til skjønn, må ha faktakunnskap. Han mener helsearbeidere må ha så mye kunnskap om en aktuell og konkret situasjonen som mulig, dersom de skal kunne ta en så god berettigelsesvurdering som mulig. Tranøy (2005) mener at det er moralsk uforsvarlig av helsearbeidere å vurdere medisinske saksforhold, dersom ikke alle relevante medisinske fakta er tatt med i betraktning. Og når radiologer tillegges det faglige ansvaret på radiologiske avdelinger er det trolig fordi de, gjennom sitt utdanningsforløp, har tilegnet seg mer kunnskap enn det for eksempel radiografer har, gjennom sitt utdanningsforløp. Mens radiologer totalt sett har minst elleve års utdanning, med henholdsvis seks års medisinutdanning og minst fem års spesialistutdanning innen radiologi, har radiografer totalt sett tre års radiografutdanning (Kunnskapsdepartementet [2010]). Og når Norsk radiologisk forening stiller spørsmålsteget ved om legespesialist, altså ved om radiolog, må vurdere alle henvisninger til radiologiske avdelinger i forkant av en undersøkelse, eller ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene, påpeker

de, i samme setning, at virksomheten, dersom radiografer skal vurdere berettigelse, skal ha prosedyrer for hvordan vurderingen skal foregå (Norsk radiologisk forening 2009).

2.5 Oppsummering

Dette kapitlet omhandler berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Det gikk nærmere inn på hvordan bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser har økt med tiden, spesielt i de siste 20 årene, på hvordan det nå advares mot et generelt overforbruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på den helserisikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Det gikk også nærmere inn på gjeldende bestemmelser i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen. Og det viser seg altså at radiografer, til tross for at de ikke har det som et bestemt ansvar, likevel utøver skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene.

Neste kapittel omhandler skjønn og skjønnsmessige vurderinger. Det går nærmere inn på begrepet *skjønn*, på forutsetninger for utøvelse av skjønn, på normative rammer for utøvelse av skjønn, og på kilder til variasjon i utøvelse av skjønn. Det går også nærmere inn på utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Kapittel 3

Skjønn og skjønnsmessige vurderinger

Skjønn og skjønnsmessige vurderinger anses ofte som en sentral del av helsearbeideres, og deriblant av radiografers, arbeidshverdag. Men i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser foreligger det ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, per i dag en felles definert forståelse for verken hva skjønn er, eller for når og hvordan radiografer eventuelt skal og/eller bør kunne utøve skjønn i praksis. Og i den grad skjønn og skjønnsmessige vurderinger beskrives i den medisinske profesjonslitteraturen til radiografer i det hele tatt, beskrives den ofte bare som «... *en uanalysert restkategori*.», og dessuten «... *sjelden som normativt problem* ...» (Grimen & Molander 2008, s. 179). Det gjør det, etter min mening, problematisk å drøfte både hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og å drøfte på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves.

Dette kapitlet omhandler derfor skjønn og skjønnsmessige vurderinger. Det går nærmere inn begrepet *skjønn*, på forutsetninger for utøvelse av skjønn, på normative rammer for utøvelse av skjønn, og på kilder til variasjon i utøvelse av skjønn. Det går også nærmere inn på utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

3.1 Om begrepet *skjønn*

Begrepet *skjønn* kan, tilsynelatende, forstås på flere ulike måter. Men det kan virke som om tre overordnede hovedretninger utpeker seg; skjønn forstått som *dømmekraft*, skjønn forstått som *situasjonskompetanse*, og skjønn forstått som *en praktisk resonneringsform*. Som *dømmekraft* forstås skjønn, slik for eksempel professor Svein Aage Christoffersen gjør, som

en form for klokskap der ulike evner og egenskaper, inkludert følelser, involveres i en intellektuell prosess (Christoffersen 2005). Som *situasjonskompetanse* står følelser helt sentralt, og skjønn forstås, slik for eksempel omsorgsfilosofen og fenomenologen Kari Martinsen gjør, som en kompetanse til å, på bakgrunn av kunnskap og medfølelse, kunne forstå en situasjon (Nortvedt 2006). Som en *praktisk resonneringsform* forstås skjønn, slik for eksempel professor Harald Grimen og førsteamanuensis Anders Molander gjør, som et praktisk resonnement frem til et handlingsvalg, basert på en situasjonsbeskrivelse i kombinasjon med en norm (Grimen & Molander 2008). Som en praktisk resonneringsform inkluderes ikke følelser i vurderingen i det hele tatt, så retningen kan kanskje sies å være den mest avgrensede forståelsen av de tre hovedretningene. Jeg anser, som beskrevet i kapittel 1.1, skjønn forstått som en praktisk resonneringsform som den forståelsen for skjønn som passer best i forhold til denne oppgavens problemstilling, og vektlegger derfor denne forståelsen for skjønn i denne oppgaven. Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgen-diagnostiske inkluderer, tross alt, ikke følelser i det hele tatt.

Forstått som *en praktisk resonneringsform* relaterer Grimen og Molander (2008) betegnelsen *skjønn* til det engelske ordet «discretion», etter det latinske ordet «discernere», forstått som å «atskille» eller å «utskille». Grimen og Molander trekker frem to forståelser av betegnelsen *skjønn*, en «epistemisk» og en «strukturell», begge med utgangspunkt i filosofen Thomas Hobbes hovedverk «Leviathan» fra 1651.

3.1.1 Epistemisk forståelse av skjønn

Forstått epistemisk innebærer *skjønn*, i følge Hobbes (1973, s. 33), å kunne skille mellom «... *thing and thing ...*», altså å kunne skille noe fra noe annet, eller å kunne skille noe fra hverandre. Grimen og Molander (2008) skriver at den som skiller noe fra noe annet feller en dom ut fra en målestokk, og at denne dommen innebærer at noe tilskrives, eller fraskrives, visse egenskaper. Dommen kan, for eksempel, være å trekke en konklusjon, eller å ta en beslutning, i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Og med berettigelse som målestokk tilskrives, eller fraskrives, beslutningen da visse egenskaper, ved at forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko skilles fra hverandre. Men vurderingsprosessen der noe skilles noe fra noe annet, eller fra hverandre, kan være vanskelig, og det kan hende at det som skal vurderes ikke kan innordnes under entydige beskrivelser. En beslutning kan, for eksempel, ha motstridende normative virkninger,

uheldige sidevirkninger, eller en uklar målestokk. Og når det som skal vurderes ikke kan innordnes under entydige beskrivelser, altså når det ikke foreligger en entydig dom, eller en entydig konklusjon, som for eksempel i forbindelse med om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke, må det utøves skjønn. (Grimen & Molander 2008; Hobbes 1973). I følge Grimen og Molander må det da utøves skjønn i form av *en praktisk resonneringsform*, eller i form av *en praktisk resonneringsprosess*.

Med *resonneringsprosess* mener Grimen og Molander (2008) en slags fremgangsmåte for å finne begrunnede svar for hvordan vi *bør* handle i en gitt situasjon, og med *praktisk resonnement* mener de å trekke en konklusjon for en handling, basert på en situasjonsbeskrivelse i kombinasjon med en norm. Normen betraktes som en allmenn handlingsanvisning, og har til hensikt å skulle rettferdiggjøre overgangen fra en situasjonsbeskrivelse til et handlingsvalg. Men ofte blir visstnok normen bare tatt for gitt. (Grimen & Molander 2008).

Denne måten å forstå *resonneringsprosess* og *praktisk resonnement* på bygger, for øvrig, på Stephen Toulmin sin *allmenne argumentasjonsmodell*. Toulmin (2003) kaller *normene* for «garantister» (fra eng.: «warrants»), og han definerer dem som slutningsregler som tillater overgang fra visse premisser til en viss, mer eller mindre bestemt, konklusjon. *Garantistene* deles inn i henholdsvis «sterke garantister» og «svake garantister», og mens *sterke garantister* defineres som noe i nærheten av «logiske slutningsregler», eller som noe i nærheten av et «... bestemt forhold mellom premisser og konklusjon.», defineres *svake garantister* som «... forhold som må tas med i betraktning ved overgangen fra premisser til konklusjon.» (Grimen & Molander 2008, s. 184). I forbindelse med et praktisk resonnement utgjør styrken på garantistene den viktigste variabelen i resonnementet, og det er når garantistene er svake, og kanskje nesten helt fraværende, at det anses som nødvendig å utøve skjønn. (Grimen & Molander 2008, s. 184; Toulmin 2003).

Grimen og Molander (2008) trekker frem flere grunner for hvorfor de mener inndelingen i sterke og svake garantister er hensiktsmessig:

- Fordi inndelingen tydeliggjør forholdet mellom skjønn og andre typer praktisk resonnering. Det som skiller skjønn fra de andre typene praktisk resonnering er betingelsene det resonneres under, og mens utøvelse av skjønn anses som nødvendig når

garantistene er svake, anses andre typer praktisk resonnering som nødvendig når garantistene er sterke.

- ▶ Fordi inndelingen tydeliggjør forholdet mellom skjønn og fri fantasi. Det som skiller skjønn fra fri fantasi er holdepunktene det resonneres under, og utøvelse av skjønn anes bare som mulig hvis det foreligger normative holdepunkter resonneringen kan utøves i forhold til.
- ▶ Fordi inndelingen forklarer hvordan skjønn ofte må utøves impulsivt. Når det ikke foreligger en entydig dom, eller en entydig konklusjon, for en handling, må man ofte bruke «det man har» for å komme frem til en konklusjon.
- ▶ Fordi inndelingen forklarer hvordan det ofte er vanskelig å utøve i skjønn i de situasjonene utøvelse av skjønn er mest påkrevd.

Epistemisk forstått anses altså skjønn som en resonneringsprosess der noe skilles fra noe annet. Som en resonneringsprosess i situasjoner eller, som Hobbes (1973, s. 33) skriver, *særlig* i situasjoner preget av manglende entydige konklusjoner. Hensikten med resonneringsprosessen er å komme frem til en begrunnet konklusjon om hvilke handling som *bør* gjøres (Grimen & Molander 2008), som for eksempel å komme frem til en begrunnet konklusjon, eller til en begrunnet beslutning, i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke.

3.1.2 Strukturell forståelse av skjønn

Forstått strukturelt innebærer *skjønn*, i følge Hobbes (1973), den valgfriheten mennesker har når deres overordnede ikke har foreskrevet noen regler for hva som skal gjøres. Grimen og Molander (2008, s. 181) henviser til boken *Theorie der Grundrechte* (1986), av Robert Alexy, når de skriver at denne valgfriheten ofte kalles *negativ frihet*, og at mennesker ved *negativ frihet* har et «... *handlingsrom som består av de handlingsalternativer som verken er forbudte eller påbudte.*». Grimen og Molander mener Alexys forståelse av skjønn stemmer godt overens med dagens juridiske forståelse av skjønn, eller nærmere bestemt med professor Denis Galligan sin forståelse av skjønn. Galligan (1986, s. 8) skriver at skjønn i moderne tid, og i vid forstand, omfatter en dimensjon av autonomi, eller en dimensjon av selvbestemmelsesrett, innenfor gitte grenser.

Rettsfilosofen Ronald Dworkin har definert en mye sitert forståelse av utøvelse av skjønn innenfor gitte grenser. Han definerer *skjønn* som «... *the hole in a doughnut, ...*», altså som «hullet i en smultring», og som noe som «... *does not exist except as an area left open by a surrounding belt of restriction.*» (Dworkin 1977, s. 31). Skjønn anses, med andre ord, å måtte presiseres i forhold til hvilke standarder beslutningene er underlagt, og i forhold til hvilken autoritet som har delegert myndigheten til å kunne utøve skjønn. Standardene kan, for eksempel, være lover, forskrifter, veiledere, retningslinjer og/eller prosedyrer, og myndigheten til å utøve skjønn kan, for eksempel, være delegert av staten, kommunen, faglig ansvarlige, eller av en annen overordnet. (Dworkin 1977; Grimen & Molander 2008).

Grimen og Molander (2008, s. 182) skriver at skjønnsutøvelse må anses som «... *noe man må kunne redegjøre for og begrunne overfor den myndighet som har laget standardene.*», og Dworkin (1977, s. 31) mener skjønnsutøvelse kun aktualiseres i forbindelsen med én type sammenheng, «..., *when someone is in general charged with making decisions subject to standards set by a particular authority.*». Dworkin skiller mellom *svakt skjønn* og *sterkt skjønn*, og definerer *svakt skjønn* som beslutninger tatt innenfor grenser av standarder fastsatt av en myndighet, og *sterk skjønn* som beslutninger tatt *uten* grenser av standarder fastsatt av en myndighet. Han påpeker at sterkt skjønn ikke betyr at beslutninger tas med *forbehold* til standardene, bare at beslutningene tas uten at de *styres* av fastsatte standarder.

Strukturelt sett forstås altså skjønn som en valgfrihet innenfor gitte grenser av standarder fastsatt av en myndighet. Og standardene er, som Grimen og Molander (2008) skriver, de restriksjonene skjønnnet må defineres i forhold til, og bindende for de som har fått delegert myndigheten til å utøve det.

Grimen og Molander (2008) skriver at skjønnets epistemiske og strukturelle sider henger sammen, og at delegasjonen av skjønn hviler på en antakelse om at den betrodde helsearbeideren kan forvalte frihetsrommet på en fornuftig måte.

3.2 Forutsetninger for utøvelse av skjønn

Skjønn må, som tidligere beskrevet, utøves når garantistene som skal rettferdiggjøre overgangen fra en situasjonsbeskrivelse til et handlingsvalg er svake. Men svake garantister anses som kilder til usikkerhet, og Grimen og Molander (2008, s. 184) omtaler disse kildene som «... *betingelser som gjør skjønn uomgjengelig i et praktisk resonnement, ...*». Betingelsene omtales videre, av Grimen og Molander (2008, s. 184), og etter Jon Rawls' (1973, s.126) begrep «*the circumstances of justice*», som «*skjønnets omstendigheter*». Og de betingelsene som gjør skjønn uomgjengelig, eller uunngåelig, i et praktisk resonnement, anses som forutsetninger for utøvelse av skjønn.

Dersom det foreligger *streng subsumpsjon*, eller *absolutte forutsetninger*, i forbindelse med en situasjon, trengs det ikke å utøves skjønn. Da er garantistene sterke, og konklusjonen gitt. Men absolutte forutsetninger anses bare som et uopnåelig ideal. Delvis fordi konklusjonen sjelden er gitt, og delvis fordi det som regel finnes flere alternative konklusjoner for en og samme situasjon. I tillegg kan det ofte være uklart hvilken konklusjon som totalt sett er best i forbindelse med en situasjon. (Grimen & Molander 2008).

I medisinsk sammenheng er hensikten, i all hovedsak, å komme frem til en konklusjon angående en pasients tilfelle (Grimen & Molander 2008). I overført betydning er hensikten, med andre ord, og med utgangspunkt i en pasients situasjon, å komme frem til en konklusjon i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Men i forhold til en pasients situasjon kan flere ulike alternative diagnostiske undersøkelser være aktuelle, og det er ikke alltid åpenbart hvilken av undersøkelsene som totalt sett er best.

Grimen og Molander (2008) omtaler det jeg definerer som *pasientens situasjon* i denne sammenheng, som *antesedenten*, og det jeg definerer som *om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke* i denne sammenheng, som *konsekventen*. Og ideelt sett mener de at antesedenten og konsekventen er bundet sammen med det filosofen Immanuel Kant kaller *hypotetiske imperativer*. Kant (1970, s. 28) definerer *hypotetiske imperativer* som «... *en mulig handling som praktisk nødvendig som middel til å oppnå noe annet som man vil (eller som det i hvert fall er mulig at man vil)*», og Grimen og Molander mener at de hypotetiske imperativene anbefaler hvilke midler som *bør* velges for å oppnå bestemte mål. De anser denne «middel-mål» sammenhengen som en «hvis-så» sammenheng,

og mener at den bakenforliggende tanken er at det eksisterer en antatt velbekreftet empirisk forbindelse mellom «hvis» og «så». I overført betydning mener de, med andre ord, at om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke, må besluttes ut fra hvor velbekreftet den empiriske forbindelsen mellom pasientens situasjon, og den diagnostiske undersøkelsen er. Hvor velbekreftet, for eksempel, forbindelsen mellom indikasjoner på lungebetennelse og en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse av lungene er.

Grimen og Molander (2008) mener at det finnes minst fire forutsetninger for utøvelse av skjønn i medisinsk sammenheng. Altså minst fire situasjoner hvor absolutte forutsetninger må anses som vanskelig, eller som umulig, å få til, og som derfor krever utøvelse av skjønn:

- ▶ Når antesedenten er klar, men konsekventen er uklar. Hvis, for eksempel, pasientens situasjon er kartlagt, men hvis det ikke finnes noen påfølgende åpenbar og uomstridt diagnostisk undersøkelse.
- ▶ Når antesedenten er uklar, men konsekventen er klar. Hvis det, for eksempel, er vanskelig å kartlegge pasientens situasjon, men hvis den påfølgende diagnostiske undersøkelsen er relativt åpenbar og uomstridt hvis pasientens situasjon først er kartlagt.
- ▶ Når både antesedenten og konsekventen er uklar. Hvis det, for eksempel, både er vanskelig å kartlegge pasientens situasjon, og det i tillegg ikke finnes noen påfølgende åpenbar og uomstridt diagnostisk undersøkelse hvis pasientens situasjon først er kartlagt.
- ▶ Når hypotetiske imperativer fungerer som garantist i praktiske resonnementer. Garantistens styrke avhenger av hvor velbekreftet «middel-mål» sammenhengen antas å være. Altså av hvor velbekreftet forbindelsen mellom «midler» og «mål» antas å være. Problemet er bare at forbindelsen er empirisk, og ikke normativ eller logisk.

De to siste situasjonene, altså «Når både antesedenten og konsekventen er uklar», og «Når hypotetiske imperativer fungerer som garantist i praktiske resonnementer», anses som de to situasjonene som i størst grad krever utøvelse av skjønn (Grimen & Molander 2008).

Ved utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser gjør for så vidt alle de fire situasjonene seg, i større eller mindre grad, gjeldende. Men den siste situasjonen, altså «Når hypotetiske imperativer

fungerer som garantist i praktiske resonnementer», gjør seg kanskje aller mest gjeldende. Til forskjell fra de tre andre situasjonene er forbindelsen mellom «midler» og «mål», altså forbindelsen mellom om en røntgendiagnostisk undersøkelse, med utgangspunkt i pasientens situasjon, bør gjennomføres eller ikke, i all hovedsak empirisk. Og slutningsreglene, altså garantistene, avhenger, i all hovedsak, av hvor velbekreftet forbindelsen mellom «midler» og «mål» er. Beslutningen i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke avhenger, med andre ord, av hvor velbekreftet, eller gitt, sammenhengen mellom pasientens tilstand og den røntgendiagnostiske undersøkelsen er. Fordi jeg anser situasjonen når hypotetiske imperativer fungerer som garantister i praktiske resonnementer som aller mest gjeldende ved utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, vektlegges den situasjonen i denne oppgaven.

3.3 Normative rammer for utøvelse av skjønn

I tillegg til at skjønn må utøves i form av en praktisk resonneringsform, må det utøves innenfor noen mer generelle og overordnede normative rammer (Grimen & Molander 2008). I forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må altså utøvelsen av skjønn, i tillegg til å utøves både epistemisk og strukturelt, utøves innenfor disse overordnede rammene.

Grimen og Molander (2008, s. 188) omtaler *normative rammer* som «*normative skjønnskontekster*», og de skiller mellom to ulike normative skjønnskontekster; mellom *skjønnskontekster med et strengt komparativt konsistenskrav*, altså skjønnskontekster med et strengt krav til at vurderinger skal kunne tas likt, uavhengig av person, tidspunkt og situasjon, og *skjønnskontekster med et krav om individualisering (individualiseringsprinsippet)*. Videre skiller de mellom to ulike typer komparative konsistenskrav; mellom *prinsippet om formell rettferdighet (likebehandlingsprinsippet)* og *prinsippet om formell reproduserbarhet (reproduserbarhetsprinsippet)*.

Kravet om individualisering, *individualiseringsprinsippet*, innebærer å finne ut hva som, når alt er tatt med i betraktning, er til den enkelte pasientens beste. Og som normativ ramme krever prinsippet at hver enkelt pasient skal behandles individuelt, eller i sin unikhhet. Men skjønnets moment av vilkårlighet kan resultere i en mindre individuell behandling enn antatt,

og det er, for eksempel, påvist at helsearbeidere ofte har en mindre individualisert tilnærming til pasientene enn de selv tror. Prinsippet om formell rettferdighet, *likebehandlingsprinsippet*, relateres til tidligere eksempler, og til at beslutninger skal kunne fungere som eksempler for tilsynelatende like fremtidige tilfeller. Og som normativ ramme krever prinsippet at alle like tilfeller skal behandles likt, og at bare relevante forskjeller mellom tilfeller kan rettferdiggjøre en eventuell ulik behandling. Men det ikke-eliminerbare momentet av vilkårlighet kan resultere i at like tilfeller likevel behandles ulikt. Det rettslige skjønnet trekkes frem som det fremste eksemplet på skjønn underlagt likebehandlingsprinsippet. Kravet om reproduserbarhet, *reproduserbarhetsprinsippet*, uttrykker at dersom noe ikke kan reproduseres, så er det gode grunner til å tro at det ikke er virkelig, eller til å tro at det er fantasi, eller en feiltagelse. Som normativ ramme krever prinsippet at en beslutning må kunne reproduseres, altså at flere helsearbeidere må kunne komme frem til samme beslutning. Men det ikke-eliminerbare momentet av vilkårlighet kan resultere i at ulike helsearbeidere likevel kommer frem til ulike beslutning. Det kliniske skjønnet trekkes frem som det fremste eksemplet på skjønn underlagt reproduserbarhetsprinsippet.

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn identifiserer ikke reproduserbarhetsprinsippet verken noen henseender for *når* det gjør seg gjeldende, eller noen kriterier for å avgjøre *om* noe er besluttet likt. Så, etter min mening, må reproduserbarhetsprinsippet sies å være lite anvendelig i praksis. Men flere etiske teorier påberoper seg å kunne fungere som normativ ramme for utøvelse av skjønn i medisinske sammenhenger, og deriblant *fireprinsippetikken*. Fireprinsippetikken identifiserer fire prinsipper som normative rammer for utøvelse av skjønn i medisinske sammenhenger, i tillegg til at den beskriver hvordan prinsippene kan brukes for å komme frem til en etisk avveid løsning i praksis. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007). Fireprinsippetikken kan derfor, kanskje, sies å være mer anvendelig enn reproduserbarhetsprinsippet, og særlig i forhold til å løse problemer i praksis. Men fireprinsippetikken utelukker ikke med det reproduserbarhetsprinsippet, og reproduserbarhetsprinsippet må kanskje heller anses på som et generelt prinsipp overordnet fireprinsippetikken, enn som et prinsipp for å løse problemer i praksis.

Som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn, går jeg nærmere inn på fireprinsippsetikken i kapittel 4.

3.4 Kilder til variasjon i utøvelse av skjønn

Selv når skjønn utøves så omhyggelig og så samvittighetsfullt som over hodet mulig, vil resonneringen kunne resultere i ulike konklusjoner, eller i såkalt «*fornuftig uenighet*» (Grimen & Molander 2008, s. 192). Fornuftig uenighet anses som en rimelig, og som en tilsynelatende forventet konklusjon, fordi skjønnsutøvelse anses å inneholde både grunnleggende og innebygde kilder til variasjon. Grimen og Molander (2008, s. 192) kaller disse kildene til variasjon for «*skjønnets byrder*», etter Johns Rawls' begrep «*the burdens of judgment*» (Rawls 2005, s. 55).

Grimen og Molander (2008) trekker frem fenomenene *kasuistikk*, *beskrivelsers ubestemthet*, *førstepersonserfaring* og *ikke-eliminerbare tilfeldigheter* som eksempler på kilder til variasjon i utøvelse av skjønn. Og selv om fenomenene, og kanskje særlig kasuistikk, også kan anses som måter å håndtere variasjon på, er det altså som kilder til variasjon de beskrives her.

3.4.1 Kasuistikk

Kasuistikk anses som et sentral trekk ved skjønn, og det bygger, i motsetning til absolutte forutsetninger, på en analogisk resonnering. Det bygger, med andre ord, på en vurdering av konkret likhet til, eller ulikhet fra, tidligere situasjoner. Kasuistikk anses som et sentral trekk ved skjønn både fordi skjønn må utøves når garantistene er svake, og fordi kasuistikk er den eneste måten å forsøke å oppfylle komparative konsistenskrav på, når absolutte forutsetninger må anses som vanskelig, eller som umulig, å få til. (Grimen & Molander 2008).

Men det er ikke gitt at nåværende situasjon er lik tidligere situasjoner, eller lik den såkalte utgangssituasjonen, og analogisk resonnering må derfor ikke brukes ukritisk. Det viser seg dessuten at analogisk resonnering har en tendens til å skape varierte vurderinger, både over tid, ved ulike situasjoner og av ulike personer. (Grimen & Molander 2008).

3.4.2 Beskrivelsers ubestemthet

En annen kilde til variasjon er *beskrivelsers ubestemthet*. Konklusjoner anses å måtte trekkes ut fra situasjonsbeskrivelser, men det viser seg at situasjonsbeskrivelser kan være både ubestemte og omstridte. Og avhengige både av helsearbeidernes og pasientenes evne til å kunne ordlegge seg. Situasjonsbeskrivelser kan, i tillegg, risikere å inneholde normative elementer av moralsk og/eller politisk art, altså risikere å ikke være rent beskrivende, og det

kan være vanskelig å vite hvor grensen for om en beskrivelse er kompleks og/eller utfyllende nok eller ikke går. (Grimen & Molander 2008).

Kriterier for om en beskrivelse er kompleks og/eller utfyllende nok eller ikke ligger ofte innbakt i lokale tradisjoner og kulturer. Lokale tradisjoner og kulturer på, for eksempel, et sykehus eller en avdeling. Beskrivelsers ubestemthet åpner derfor for at lokale tradisjoner og kulturer vil kunne påvirke utøvelsen av skjønn, og tradisjoner og kulturer anses derfor følgelig som kilder til ulikhet. (Grimen & Molander 2008).

3.4.3 Førstepersonserfaring

Førstepersonserfaring anses som et uunngåelig element i forbindelse med variasjon i utøvelse av skjønn. For selv om skjønn utøves så grundig og så samvittighetsfullt som over hodet mulig, så utøves det tross alt når det ikke foreligger gitte konklusjoner i forbindelse med en situasjon. Førstepersonserfaring anses derfor som nødvendig for å kunne nå frem til begrunnede konklusjoner. (Grimen & Molander 2008).

I forbindelse med førstepersonserfaring trekkes erfaringsmengden frem som en sentral kilde til variasjon fordi erfaringsmengden, som varierer fra helsearbeider til helsearbeider, påvirker beslutningene som tas. I tillegg påpekes det at førstepersonserfaringer er erfaringer gjort av gitte helsearbeidere i gitte situasjoner, og at en helsearbeider derfor ikke kan byttes ut med en annen, uten at vurderingsprosessen også, i hvert fall til en viss grad, byttes ut. (Grimen & Molander 2008).

3.4.4 Ikke-eliminerbare tilfeldigheter

Ikke-eliminerbare tilfeldigheter, oversatt av Grimen og Molander (2008, s. 193), etter John Rawls' (2005, s. 56) begrep «*hazards*», anses å påvirke og styre fornuften. Rawls (2005) presenterer en liste over de ikke-eliminerbare tilfeldighetene, altså en liste over de kildene han mener er kilder til variasjon:

- At relevante fakta, både de empiriske og de vitenskapelige, i forbindelse med en situasjon vil kunne være motstridende, og dermed vanskelige både å kunne vurdere og å kunne evaluere.

- ▶ At selv når det er enighet om hvilke synspunkter som er relevante i forbindelse med en situasjon, så vil det kunne være uenighet om hvordan synspunktene skal vektas, og uenigheten vil kunne resultere i ulike konsekvenser.
- ▶ At alle begreper, til en viss grad, er ubestemmelige, og at det derfor må stoles på skjønnsutøvelse, og på fortolkninger, og på skjønn i fortolkninger, når fornuftig uenighet oppstår.
- ▶ At livserfaringer, i hvert fall til en viss grad, vil kunne forme måten vi velger ut fakta på, og måten vi vektas verdier på.
- ▶ At det ofte vil kunne finnes normative synspunkter med ulik styrke på begge sider i en situasjon, og at det vil kunne være vanskelig å få en overordnet vurdering av disse synspunktene.
- ▶ At ethvert system formet som en sosial institusjon vil kunne ha begrensede muligheter til å realisere alle verdier samtidig. De må, med andre ord, prioritere, og ofte vil det ikke finnes klare og uomstridte kriterier for slike prioriteringer.

3.5 Utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser involverer altså en beslutningsprosess der nytte vurderes opp mot risiko. Der nytten av en sikker diagnose altså vurderes opp mot risikoen for stråleskader i form av senskader.

Nytte (fra eng.: «benefit») defineres av Beauchamp og Childress (2009, s. 222) som noe av positiv verdi, som, for eksempel, «liv» og «helse», og som det motsatte av «skade». *Sannsynlig nytte* omtales som det motsatte av «risiko», og *nytte-/risikoforholdet* anses som forholdet mellom sannsynligheten for, og omfanget av, en forventet nytte, og sannsynligheten for, og omfanget av, en forventet skade. (Beauchamp & Childress 2009, s. 222).

Risiko (fra eng.: «risk») defineres som en mulig fremtidig «skade», og *skade* som «... a setback to interests, particularly in life, health, and welfare» (Beauchamp & Childress 2009, s. 221). *Risikovurdering*, som inkluderer «risikoidentifisering» (lokalisering av risikokilder) og «risikoestimering» (sannsynligheten for, og størrelsen av, skade fra risikokildene), anses som

en viktig analytisk og evaluerende metode for beregning av sannsynlighet for risiko (Beauchamp & Childress 2009). Braut (1998) mener hovedhensikten med risikovurdering først og fremst er å få frem kvalifiserte vurderinger av trygghet, som, for eksempel, kvalifiserte vurderinger av nytten av en sikker diagnose, men at hensikten også er å få frem forutsetningene som ligger til grunn for vurderingen av risiko, som, for eksempel, forutsetningene for den helserisikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt. I tillegg til å ta hensyn til sannsynlighet for risiko skriver Braut at det ved risikovurdering også tas hensyn til konsekvenser, slik at risikovurdering omfatter både sannsynligheten for, og konsekvensene av, uønskede hendelser. Thelle (1996) mener at mennesker, i forbindelse med risikovurdering, har en tendens til å undervurdere nærstående farer, og til å overvurdere egen evne til å tåle, eller overvinne, disse farene. Han hevder at mennesker flest tror at de vil leve lengre enn det et gjennomsnittlig menneske faktisk gjør.

Som følge av risikovurdering kommer *risikostyring*, som definerer den individuelle, institusjonelle, eller politiske responsen til risikovurderingen. Risikostyring inkluderer, med andre ord, den eventuelle beslutningen om å redusere, eller kontrollere, risiko. (Beauchamp & Childress 2009). Som jeg ser det er bestemmelsene om berettigelse, både i forhold til hvilken profesjon(er) som skal kunne ta vurderingen av berettigelse, og i forhold til om vurderingen skal tas med hensyn til den enkelte pasient, og/eller med hensyn til befolkningen totalt sett, en form for risikostyring.

Det finnes flere ulike måter å vurdere nytte/risiko på, og selv om kvantitative analyser ofte anses som akseptable metoder, påpekes det at de ofte er omdiskuterte, og at de ofte er omgittet av moralske utfordringer (Beauchamp & Childress 2009). Rørtveit og Strand (2001) mener at *kvantitative metoder* bare kan brukes i forbindelse med vurderingen av nytte/risiko når all usikkerhet kan tallfestes, og at det er mer rasjonelt å anvende en *kvalitativ metode* når usikkerhet *ikke* kan tallfestes. Med *kvalitativ analyse* mener Rørtveit og Strand (2001, s. 1385) «... en helhetsvurdering av tilgjengelig informasjon, gode grunner og subjektive preferanser.».

Beauchamp og Childress (2009) skriver at medisinske vurderinger rutinemessig baseres på en nytte-/risikovurdering, og som tidligere beskrevet gjelder dette ved vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Men fordi vurderingen omfatter

hensyn til den enkelte pasients nytte av en undersøkelse (jf. kapittel 2.3.1), i tillegg til hensyn til den enkelte pasients individuelle forutsetninger for en undersøkelse (jf. kapittel 2.3.2), kan ikke usikkerheten i forbindelse med nytte-/risikovurderingen tallfestes på en meningsfull måte. Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må derfor, med andre ord, vurderes kvalitativt.

I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må det altså brukes en kvalitativ metode ved vurdering av nytte/risiko. Og fordi det ikke foreligger noen absolutte forutsetninger, altså ikke en absolutt konklusjon, i forbindelse med vurderingen, må det utøves skjønn. Uten bruk av skjønn kunne vurderingen, eller «*oppgaven*», som Grimen og Molander (2008, s. 179) skriver, vært utført mer eller mindre mekanisk. Da hadde diskusjonen om hvilken profesjon(er) som skal ta vurderingen, vært helt meningsløs.

3.6 Oppsummering

Dette kapitlet omhandler skjønn og skjønnsmessige vurderinger. Det gikk nærmere inn på begrepet skjønn, på hvordan skjønn forstått som en praktisk resonneringsform er den forståelsen for skjønn som passer best i forhold til denne oppgavens problemstilling, på ulike forutsetninger for utøvelse av skjønn, og på normative rammer for utøvelse av skjønn. Det gikk også nærmere inn på kilder til variasjon i utøvelse av skjønn, og på utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og det viser seg at vurderingen krever en kvalitativ vurdering av nytte/risiko, altså en kvalitativ vurdering av om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke

Neste kapittel omhandler fireprinsippetikken som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn. Det går nærmere inn på fireprinsippetikken teoretiske grunnlag, på prinsippene som *prima facie* normer og på fireprinsippetikken som praktisk metode. Det går også, forholdsvis kort, nærmere inn på fireprinsippetikken styrker og svakheter.

Kapittel 4

Fireprinsippetikken

I tillegg til at skjønn, i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, må utøves i form av en praktisk resonneringsform, altså både epistemisk og strukturelt, må det utøves innenfor noen mer generelle og overordnede normative rammer. Og fireprinsippetikken påberoper seg å kunne fungere som normativ ramme for utøvelse av skjønn i medisinske sammenhenger. (Jf. kapittel 3.3). Med sine fire såkalt «grunnleggende» universelle prinsipper, fire prinsipper basert på allmenmoral, anses fireprinsippetikken som en sentral etisk normativ retning innen medisinsk etikk, og som en sentral etisk normativ ramme for vurderinger og vurderingsprosesser. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007).

Dette kapitlet omhandler derfor fireprinsippetikken som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn. Det går nærmere inn på fireprinsippetikken teoretiske grunnlag, på prinsippene som prima facie normer, og på fireprinsippetikken som praktisk metode. Det går også, forholdsvis kort, nærmere inn på fireprinsippetikken styrker og svakheter.

4.1 Fireprinsippetikken teoretiske grunnlag

Betegnelse *etikk* og *moral* anvendes ofte om hverandre i hverdagen, uten at det nødvendigvis har noe å si. Men faglig sett kan det likevel være hensiktsmessig å forstå forskjellen på dem. Mens *moral* ofte defineres som noe, som for eksempel handlinger, vaner eller holdninger, som fortrinnsvis uttrykkes i praksis, og gjerne som «rett» og «galt» i forhold til denne praksisen, defineres *etikk* ofte som «*moralens teoretiske grunnlag*», som «*refleksjoner over moralen*», eller som «*reglene*» og «*kjennetegnene*» som brukes i de moralske vurderingene. (Christoffersen 2005; Tranøy 1998, s. 18; Tranøy 2005, s. 18). Beauchamp og Childress (2009) skriver at alle mennesker som lever et moralsk liv griper

moralens kjerne, og at alle disse menneskene er inneforståtte med det uetiske ved å bryte de moralske normene. De skriver videre at alle mennesker som lever et moralsk liv forstår at det å bryte de moralske normene vil kunne resultere i anger, og at det vil kunne provosere frem moralsk fordømmelse fra andre mennesker som også lever et moralsk liv.

Allmenmoral anses som de moralske normene som deles av alle de menneskene som lever et moralsk liv (Beauchamp & Childress 2009). Tranøy (1998, s. 106; 2005, s. 17) omtaler *allmenmoral* som den moralen som «... stort sett styrer vårt felles hverdagsliv», som den moralen som «... er kilden til all moral og all etikk.», og som «... moralske verdier, normer og dyder – og de tilsvarende praksiser og institusjoner – som har bred aksept og er internalisert og respektert i en gitt kultur til en viss tid.». Beauchamp og Childress (2009) mener alle menneskers atferd med rette kan vurderes med utgangspunkt i allmenmoralens standarder, og omtaler mennesker som ikke bryr seg om allmenmoralen, eller som ikke identifiserer seg med dens moralske krav, som «amoraliske», «umoraliske» og som kun «delvis moralske».

Beauchamp og Childress (2009) anser allmenmoral som et universelt produkt av erfaring og historie, og de mener derfor at det er mulig å utvikle universelle prinsipper som etisk normative rammer for vurderinger og vurderingsprosesser. På bakgrunn av egne erfaringer fra et etikkprosjekt i 1976 definerer de, i boken *Principles of biomedical ethics*, som for øvrig ble gitt ut for første gang i 1979, følgende fire grunnleggende universelle prinsipper som etisk normative rammer for medisinsk etikk; *autonomiprinsippet* (fra eng.: «respect for autonomy»), *ikke-skade prinsippet* (fra eng.: «nonmaleficence»), *velgjørenhetsprinsippet* (fra eng.: «beneficence») og *rettferdighetsprinsippet* (fra eng.: «justice»).

4.1.1 Autonomiprinsippet

Betegnelsen *autonomi* kommer fra gresk og betyr «selvregulering», «selvstyre» eller «selvbestemmelse» (Slettebø & Nortvedt 2006, s. 193; Tranøy 2005). *Autonomi* forstås ofte på tre ulike måter; «som en egenskap», «som en rettighet», eller «som et prinsipp». Som *en egenskap* forstås autonomi som en pasients evne til å handle på bakgrunn av egne ønsker og behov. En pasients evne kan imidlertid variere i grad, blant annet i forhold til vedkommendes medisinske tilstand og alder. Som *en rettighet* forstås autonomi som en pasients rett til å få respekt for egne ønsker og behov, og i medisinsk sammenheng dreier denne retten seg

primært om en rett til å nekte, eller avvise noe. Som, for eksempel, en rett til å nekte, eller avvise en røntgendiagnostisk undersøkelse. Som *et prinsipp* forstås autonomi som respekt for en pasients ønsker eller behov. En pasienten bør, for eksempel, få vurdere hvilke diagnostiske undersøkelser vedkommende anser som akseptabel for seg selv. (Ruyter et al. 2007; Slettebø & Nortvedt 2006). Fireprinsippsetikken forstår autonomi som et prinsipp, så det er denne forståelsen for autonomi som vektlegges i denne oppgaven.

Beauchamp og Childress (2009) anser *autonomiprinsippet* som en norm for å respektere og støtte autonome beslutninger. Og med «å respektere og støtte autonome beslutninger» mener de å respektere, eller å anerkjenne, en pasients synspunkter, valg, verdier og tro. Kjørstad og Syse (1994) skriver at *informert samtykke* må anses som et middel for å styrke autonome beslutninger, og Pedersen et al. (2007) mener at et informert samtykke, i medisinsk sammenheng, må anses som en moralsk handling, en handling som ikke kan oppnås uten autonomi.

Det stiles ofte tre krav, eller vilkår, i forbindelse med autonomi; *tilstrekkelig forståelse*, *samtykkekompetanse* og *frivillighet* (Pedersen et al. 2007; Ruyter et al. 2007). Forutsetningen for *tilstrekkelig forståelse* er at en pasient må ha fått tilstrekkelig informasjon. Tilstrekkelig informasjon til å kunne forstå og overveie ulike aktuelle alternativer. Med det er vanskelig å definere hva som er tilstrekkelig når det gjelder informasjon, og det er et kjent problem at informasjon forstås og tolkes ulikt av ulike pasienter, og at ulike pasienter har ulikt informasjonsbehov. *Samtykkekompetanse* dreier seg, i grove trekk, om en pasients evne til å kunne uttrykke et valg, til å kunne forstå relevant informasjon, til å kunne anerkjenne informasjonen i forhold til egen situasjon, og til å kunne resonnerer i forhold til ulike aktuelle alternativer. Og i følge pasientrettighetsloven (§ 4-3) er det helsearbeiderne som skal beslutte om en pasient har samtykkekompetanse eller ikke. I følge Grisso og Appelbaum (1998), sitert i Pedersen et al. (2007, s. 1645), forutsetter vurderingen av samtykkekompetanse både grunnleggende kjennskap til autonomiprinsippet, og grunnleggende kjennskap til kravet om informerte samtykket. I tillegg forutsetter den både kunnskap om pasientens kliniske tilstand, og kunnskap om hvilke krav den aktuelle beslutningen som skal tas stiller. Pedersen et al. (2007) mener at det å basere en beslutning på informert samtykke, dersom en pasient ikke er samtykkekompetent, kan føre til forsømmelser, eller til feilbehandling, og Kjørstad og Syse (1994) skriver at informasjonen som gis til en pasient må gis på en meningsfull måte, dersom pasienten skal kunne ta en reell autonom beslutning. *Frivillighet* dreier seg om at en pasient

skal kunne ta et valg uten at noen andre, som for eksempel uten at helsearbeidere, familie, venner, eller bekjente, påvirker valget. Pasienten skal, med andre ord, kunne ta et valg ut fra sine egne ønsker og verdier. Men det er vanskelig å definere hva som er press, og i hvilken grad presset eventuelt innskrenker pasientens autonomi. (Ruyter et al. 2007).

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kan autonomi forstås som respekt for en pasients ønsker og/eller behov i forbindelse med en undersøkelse. Som respekt for en pasients egne vurderinger i forhold til aktuelle undersøkelser. Skjønn må, med andre ord, utøves innenfor autonomiprinsippets etisk normative ramme.

4.1.2 Ikke-skade prinsippet

Ikke-skade prinsippet innebærer å ikke påføre andre risiko for skade, så vel som å ikke skade. Prinsippet anses som en norm for å unngå å forårsake skade, og det fremheves at dersom påføring av skade er uunngåelig for å oppnå et mål, så må målet i hvert fall kunne rettferdiggjøre den påtvungne skaden. (Beauchamp & Childress 2009).

Beauchamp og Childress (2009, s. 152) definerer *skade* som «... *physical harms, especially pain, disability, suffering, and death, while still affirming the importance of mental harms and other setbacks to one's interests.*» i forbindelse med ikke-skade prinsippet. De skriver at mange etiske teorier inkluderer ikke-skade prinsippet, og at noen av dem slår ikke-skade prinsippet sammen med velgjørhetsprinsippet. Selv påpeker Beauchamp og Childress at en slik sammenslåing kan vær uheldig, både fordi normen om å ikke-skade noen ganger er strengere enn normen om velgjørhet, og fordi man ved å slå dem sammen kan risikere å redusere viktige forskjeller.

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kan ikke-skade prinsippet forstås som å ikke påføre verken pasienten eller befolkningen totalt sett, verken risiko for senskade eller senskade. Som å ikke gjennomføre en røntgendiagnostisk undersøkelse med mindre nytten av undersøkelsen kan rettferdiggjøre den økte risikoen for senskade undersøkelsen kan føre til. Skjønn må, med andre ord, utøves innenfor ikke-skade prinsippets etisk normative ramme.

4.1.3 Velgjørenhetsprinsippet

Velgjørenhetsprinsippet innebærer, i følge Beauchamp og Childress (2009), både «positiv velgjørenhet» og «nytte». Og mens *positiv velgjørenhet* krever at en helsearbeider må kunne fremskaffe nytte for andre, krever *nytte* at en helsearbeider må kunne balansere nytte, risiko og kostnader for å fremskaffe det totalt sett beste resultatet for pasienten. Velgjørenhetsprinsippet anses, med andre ord, som en gruppe normer som har til hensikt å fremskaffe nytte for andre.

Beauchamp og Childress (2009, s. 197) anvender begrepet *velgjørenhet* om «... *all forms of action intended to benefit other persons*», og de skriver at velgjørenhetsprinsippet krever mye mer av en helsearbeider enn det ikke-skade prinsippet gjør. For mens ikke-skade prinsippet krever at en helsearbeider unngår å forårsake skade, altså at en helsearbeider bare avstår fra å gjøre noe, krever velgjørenhetsprinsippet at en helsearbeider går aktivt inn for å fremskaffe nytte for andre, altså at en helsearbeider går aktivt inn for å gjøre noe.

Videre anses noe velgjørenhet som «ideell» (fra eng.: «ideal»), mens annen velgjørenhet anses som «absolutt» (fra eng.: «obligatory») (Beauchamp & Childress 2009). Velgjørenhetsprinsippet krever visstnok ikke verken voldsom oppofrelse eller ekstrem nestekjærlighet av en helsearbeider, og heller ikke at en helsearbeider til enhver tid fremskaffer nytte for andre. Denne typen velgjørenhet, som kanskje kan anses som litt ekstravagant i hverdagen, defineres av Beauchamp og Childress (2009, s. 198) som «*ideell velgjørenhet*». Men grensen for hva som er ekstravagant, altså for hva som er ideell velgjørenhet, og for hva som er absolutt velgjørenhet, er utydelig, og Beauchamp og Childress mener det alltid vil ligge en implisitt forventning om en absolutt velgjørenhet i en helsearbeiders arbeidshverdag.

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kan velgjørenhetsprinsippet forstås som å fremskaffe den beste undersøkelsen for pasientene. Som å fremskaffe den totalt sett beste undersøkelsen etter at nytte, risiko og kostnader er tatt med i betraktning. Skjønn må, med andre ord, utøves innenfor velgjørenhetsprinsippetets etisk normative ramme.

4.1.4 Rettferdighetsprinsippet

Standarder for *rettferdighet* anses som nødvendige når menneskers nytte og/eller risiko skyldes vedkommendes spesielle egenskaper eller forhold. Og begrepet *rettferdig fordeling* (fra eng.: «distributiv justice») relateres til en rimelig, rettferdig og hensiktsmessig fordeling av rettigheter og ansvar. *Rettferdighetsprinsippet* anses som en gruppe normer for å fordele nytte, risiko og kostnader på en rettferdig måte. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007).

Beauchamp og Childress (2009) definerer flere *rettferdighetsprinsipper*, hvorav ett anses som et «formelt rettferdighetsprinsipp», mens de andre anses som «materielle rettferdighetsprinsipper». Det *formelle rettferdighetsprinsippet* omhandler et minimumskrav, tradisjonelt sett tilskrevet Aristoteles (2000, kap. V), om at likt skal behandles likt, og at ulikt skal behandles ulikt, og defineres som formelt fordi det ikke identifiserer verken noen spesielle henseender for *når* prinsippet gjelder, eller noen kriterier for å avgjøre *om* noe faktisk er likt eller ikke. De *materielle rettferdighetsprinsippene* spesifiserer derimot kriterier for likebehandling, i tillegg til at de identifiserer aktuelle kjennetegn på rettferdighet.

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kan rettferdighetsprinsippet forstås som en rettferdig fordeling av undersøkelser, både i forhold til nytte, risiko og kostnader. Som en rettferdig fordeling av undersøkelser, både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Skjønn må, med andre ord, utøves innenfor rettferdighetsprinsippets etiske normative ramme.

De fire ovennevnte prinsippene, altså autonomiprinsippet, ikke-skade prinsippet, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet er ikke ment som enerådende utgangspunkt for beslutninger, men som retningslinjer for formulering av mer spesielle regler (Beauchamp & Childress 2009).

4.2 Prinsippene som prima facie normer

Betegnelsen *prima facie* kommer fra latin og betyr «ved første betraktning». *Prima facie normer* betyr følgelig normer som ved første betraktning må anses som forpliktende, eller normer som, med mindre det foreligger konkurrerende overordnede normer, skal oppfylles. Beauchamp og Childress anser de fire prinsippene, altså autonomiprinsippet, ikke-skade prinsippet, velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet som prima facie normer. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007).

Når det finnes konkurrerende normer må normene avveies i forhold til hverandre. Når alt er tatt med i betraktning må det, med andre ord, lokaliseres en overordnet norm. Og den overordnede normen må kunne rettferdiggjøre tilsidesettingen av den, eller av de andre normene. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007). Beauchamp og Childress presenterer en metode for avveining av konkurrerende normer. En metode for å, i praksis, kunne lokalisere den mest overordnede normen.

4.3 Fireprinsippet som praktisk metode

Konkurrerende normer må altså avveies i forhold til hverandre. Avveies for at den mest overordnede normen skal kunne lokaliseres. Beauchamp og Childress (2009) trekker frem *spesifisering* og *balansering* som en metode for avveining, eller som to trinn i en fremgangsmåte for å løse problemer i praksis. Ruyter et al. (2007) skriver at hensikten med spesifisering og balansering er å komme frem til en etisk avveid løsning i forbindelse med en situasjon, eller å komme frem til hva som totalt sett er den beste konklusjonen i forbindelse med situasjonen.

4.3.1 Spesifisering

Spesifisering anses som en prosess der normenes omfang reduseres slik at normene blir mer spesifikke og mer handlingsorienterte. Richardson (2000, s. 289) skriver at normene reduseres «... by adding clauses spelling out where, when, why, how, by what means, to whom, or by whom the action is to be done or avoided.». Med spesifisering reduseres, med andre ord, normer til mer spesifikke beskrivelser, beskrivelser som sier noe om hva som *bør* gjøres i gitte situasjoner. (Beauchamp & Childress 2009).

Fireprinsippetikken inkluderer flere ulike typer normer, deriblant prinsipper, regler, forpliktelser og rettigheter. Prinsipper omtales som den mest generelle, og som den mest omfattende normen, men det skilles bare så vidt mellom prinsipper og regler. Og både prinsipper og regler anses som generelt forpliktende normer. Skillet mellom prinsipper og regler går i all hovedsak ut på at regler har et mer spesifisert innhold, og et mer begrenset omfang, enn det prinsipper har. Regler fungerer, med andre ord, bedre som praktiske retningslinjer, enn det prinsipper gjør. (Beauchamp & Childress 2009).

«Substansielle regler», «autoritetsregler» og «prosessuelle regler» trekkes frem som *regler* som spesifiserer prinsippene. Og mens *substansielle regler* omhandler regler i form av lover og forskrifter, omhandler *autoritetsregler* hvem som kan, og skal, ta vurderinger, og hvem som kan, og skal, utføre handlinger. *Prosessuelle regler* omhandler prosedyrer, og ofte tas prosessuelle regler i bruk når substansielle regler kommer for kort og/eller når autoritetsregler er ufullstendige og/eller resultatløse. (Beauchamp & Childress 2009; Ruyter et al. 2007).

4.3.2 Balansering

Balansering anses som prosessen for lokalisering av en overordnet norm, eller som prosessen for «... *finding reasons to support beliefs about which moral norms should prevail.*» (Beauchamp & Childress 2009, s. 20). Med balansering vurderes, med andre ord, aktuelle normer opp mot hverandre, før den beste, eller den mest overordnede normen velges.

Beauchamp og Childress (2009) påpeker at den mest overordnede normen må velges ut fra gode grunner, og ikke bare ut fra intuisjon. De presenterer seks vilkår de mener må være oppfylt dersom en norm med rette skal kunne tilsidesettes:

- ▶ Det må kunne begrunnes hvorfor den valgte normen ble foretrukket fremfor den, eller de andre normene.
- ▶ Situasjonen som krever at en norm må foretrekkes fremfor en, eller flere andre normer må være realistisk og oppnåelig.
- ▶ Tilsidesettingen av en, eller flere normer må være helt nødvendig, og forutsetter at det ikke finnes noen tilgjengelige alternativer som, når alt er tatt med i betraktning, etisk sett er å foretrekke i situasjonen.

- ▶ Den foretrukne normen må innebære en så liten tilsidesetting av den, eller de andre normene som mulig, og være i overensstemmelse med oppnåelse av situasjonens mål.
- ▶ Den som tilsidesetter en, eller flere normer må søke å minimalisere enhver negativ effekt av tilsidesettelsen.
- ▶ Den som tilsidesetter en, eller flere normer må handle upartisk i forhold til alle berørte parter.

Beauchamp og Childress (2009) påpeker at balanseringsprosessen ikke i seg selv kan løse uenigheter men at den, i de fleste tilfeller, vil kunne fremme enighet i konkrete situasjoner. De påpeker også at problemet i praksis ofte er å få til akkurat riktig spesifisering og balansering av prinsippene.

4.3.3 Moralsk rest

Med selv om en helsearbeider, etter en spesifiserings- og balanseringsprosess, tar en så velbegrunnet og uomstridt beslutning som over hodet mulig, vil en helsearbeider, som har måttet tilsidesette en eller flere normer, bli sittende igjen med en gjenværende forpliktelse, eller en *moralsk rest*. Den moralske resten oppstår fordi en prima facie norm ikke bare forsvinner av seg selv, selv om den tilsidesettes, men fordi den skaper nye forpliktelser. (Beauchamp & Childress 2009). Den helsearbeideren som har tilsidesatt en, eller flere prima facie normer vil, med andre ord, oppleve at det etableres en ny forpliktelse etter tilsidesettingen. En ny forpliktelse til «å gjøre opp for seg», eller til å gjøre opp for den forpliktelsen som ikke ble holdt.

4.4 Fireprinsippsetikkens styrker og svakheter

Fireprinsippsetikken er, som tilsynelatende alle etiske teorier er, mye omdiskutert. I dette avsnittet presenteres og drøftes derfor noen av hovedmomentene i forbindelse med diskusjonen, altså noen av fireprinsippsetikkens såkalte styrker og svakheter. Hensikten med avsnittet er å nansere fireprinsippsetikken som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Ruyter et al. (2007) skriver at fireprinsippetikken styrke blant annet er at den er enkel, lett gjenkjennelig, og at den ofte gir mulighet for å oppnå enighet i konkrete situasjoner. Som innvending mot at den er enkel, altså som en svakhet, skriver de at den mangler en overordnet etisk teori, og at den mangler klare prosedyreregler. Ruyter et al. (2007, s. 45) henviser til Clouser og Gert (1994, s. 251) når de skriver at slike mangler kan problematisere begrunnelsen for moralske handlinger, altså problematisere formuleringen av mer spesifikke regler.

Som normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må det at fireprinsippetikken er såkalt «enkel» og «lett gjenkjennelig», etter min mening, anses som en uvurderlig styrke. Mens det lett gjenkjennelige kanskje kan være den omstendigheten som får radiografer til å identifisere seg med fireprinsippsettets normer, kan det enkle kanskje være den omstendigheten som får radiografer til å anvende fireprinsippsettets normer som ramme for utøvelse av skjønn i praksis. At fireprinsippetikken «ofte gir mulighet for å oppnå enighet i konkrete situasjoner», eller som Gillon (1994) skriver, at fireprinsippetikken i de fleste tilfeller kan hjelpe en helsearbeider til å trekke en konklusjon, gjør den, etter min mening, til en hensiktsmessig normativ ramme for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Hensikten er jo i så måte nettopp å trekke en velbegrunnet konklusjon.

Beauchamp og Childress (2009) påpeker selv at de ikke forsøker å danne en generell etisk teori med prinsippene sine, og at prinsippene bare er ment som normative rammer for medisinsk etikk. Prinsippene er, med andre ord, ikke ment som klare prosedyreregler, men bare som et sparsomt utgangspunkt for ytterligere spesifisering. Etter min mening kan man derfor ikke bruke argumenter som at den «mangler en overordnet etisk teori», og at den «mangler klare prosedyreregler», som innvendinger mot at den er enkel, men man kan bruke dem som innvendinger mot fireprinsippsettets krav om spesifisering. Det at fireprinsippetikken mangler en overordnet etisk teori, og det at den mangler klare prosedyreregler, kan, med andre ord, sies å problematisere formuleringen av de mer spesifiserte reglene.

Ruyter et al. (2007, s. 45) skriver videre at fireprinsippsettets mangel på en overordnet etisk teori, og at dens mangel på klare prosedyreregler, anses å kunne bidra til en tåkelegging

av etiske konflikter. Altså til å kunne skjule moralsk uenighet, og til å kunne «... *gi grobunn for 'etiske overgrep'*». De mener, med andre ord, at mangelen på en overordnet etisk teori, og at mangelen på klare prosedyreregler, kan gjøre at en helsearbeider anvender prinsippene som et skalkeskjul, eller som en rettferdiggjørelse for sine valg i forbindelse med etiske utfordringer.

Som jeg ser det er det rett at fireprinsippsetikkens såkalte mangler vil kunne bidra til å skjule moralsk uenighet i praksis. Og i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser tenker jeg at en helsearbeider, ved manglende klare prosedyreregler, vil kunne komme til å rettferdiggjøre gjennomføringen av en uberettiget røntgendiagnostisk undersøkelse på bakgrunn av, for eksempel, ett tilfeldig utvalgt prinsipp. Dersom prinsippene skal kunne fungere i praksis må de derfor, som Beauchamp og Childress (2009) selv presiserer, spesifiseres slik at de mer spesifikt beskriver hva som *bør* gjøres. Men, etter min mening, må prinsippene, for å kunne fungere i praksis, i tillegg til å spesifiseres slik at de beskriver hva som *bør* gjøres, spesifiseres slik at beskrivelsene gjenspeiler det som *faktisk* gjøres. Beskrivelsene må, med andre ord, ikke idealisere handlinger som umulig kan realiseres i praksis.

Videre trekker Beauchamp og Childress (2009) selv frem et moment de er blitt mye kritisert for, nemlig at autonomiprinsippet foretrekkes fremfor de andre prinsippene. Eller, som Ruyter et al. (2007, s. 45) skriver, «... *fireprinsippsetikken fører til en underutvikling av velgjørhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet, til tross for at de fire prinsippene hevdes å være prima facie*». I følge Holm (1995) skyldes underutviklingen at enhver etisk teori som bygger på allmennmoral, slik fireprinsippsetikken gjør, bygger på en moral delt av et gitt samfunn, eller på en moral delt av en gitt gruppe i et gitt samfunn. Han mener fireprinsippsetikken bygger på en moral delt av det amerikanske samfunnet, eller i hvert fall på en moral delt av en gitt gruppe i det amerikanske samfunnet, og at denne moralen ikke uten videre kan overføres til verken andre samfunn eller til andre land. Wulff (1994) skriver at den amerikanske moralen, og at dens tolkninger og prioriteringer, ikke stemmer overens med den rådende moralen i de andre landene i den vestlige verdenen, og at fireprinsippsetikkens kraft derfor avhenger av dens samsvar med den amerikanske praksisen. Han skriver at de fire prinsippene kan være nyttige for, blant annet, forfattere, når de, for eksempel, ønsker å

forklare kompleksiteten i medisinsk etikk til ufaglærte lesere, men at de ikke kan fungere som fremgangsmåte for å løse problemer i praksis, med mindre prinsippene tolkes og rangeres.

Som et svar på denne kritikken skriver Beauchamp og Childress (2009) at alle prinsippene er prima facie normer, og at ingen av prinsippene, og ikke engang autonomiprinsippet, har forrang fremfor de andre prinsippene. De skriver at oppfatningen om at prinsippene må rangeres kan være villedende, og at det er bedre å anerkjenne prinsippenes begrensninger, og behov for å bli gitt ytterligere innhold, i forbindelse med lokaliseringen av den mest overordnede normen, enn å begynne å rangere dem. Prinsippene må, med andre ord, aldri forstås som «... *trumps that allow them alone to determine a right outcome*» (Beauchamp & Childress 2009, s. viii).

For egen regning vil jeg, til slutt, trekke frem en aktuell svakhet ved fireprinsippsetikken. Nemlig den at fireprinsippsetikken, nettopp ved å redusere alt til fire prinsipper, kanskje utilsiktet kan komme til å skjule, eller til å tilsidesette, noen viktige hensyn. Det kan, for eksempel, hende at det finnes pliktetiske prinsipper radiografer må ta hensyn til, pliktetiske prinsipper nedfelt i, for eksempel, retningslinjer eller prosedyrer, som radiografer må følge, selv om de ikke inngår i fireprinsippsetikkens fire grunnprinsipper. Pliktetiske prinsipper i form av, for eksempel, røntgendiagnostiske undersøkelser radiografer plikter å gjennomføre, selv om fireprinsippsetikken ikke tar høyde for forpliktelsen med sine prinsipper.

Men til tross for at den er omdiskutert, og til tross for at den har sine svakheter, anvender jeg altså fireprinsippsetikken som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn i denne oppgaven. Fireprinsippsetikken anses, tross alt, som en sentral etisk retning innen medisinsk etikk, og som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn, kan den kanskje frembringe ny innsikt i forhold til denne oppgavens problemstilling.

4.5 Oppsummering

Dette kapitlet omhandler fireprinsippsetikken som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn. Det gikk nærmere inn på fireprinsippsetikkens teoretiske grunnlag, på hvordan fire prinsipper basert på allmenmoral fungerer som normativ ramme for utøvelse av skjønn, på

prinsippene som prima facie normer, og på fireprinsippsetikken som praktisk metode. Kapitlet gikk også, forholdsvis kort, nærmere inn på fireprinsippsetikkens styrker og svakheter.

Neste kapittel er oppgavens drøfting. Der tydeliggjøres det, via argumentasjon, hvilke synspunkter som støttes av de beste eller mest overbevisende grunnene. Neste kapittel går, med andre ord, nærmere inn på hvilke muligheter radiografer har, og på hvilke muligheter radiografer bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte dette skjønnet eventuelt bør kunne utøves.

Kapittel 5

Drøfting

Teoridelen, det vil si kapittel 2, 3 og 4, beskrev hva allerede eksisterende litteratur frembringer av grunner som taler for eller imot hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og grunner som taler for eller imot på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves. *Strålevernloven, strålevernforskriften*, Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*, og Norsk radiologisk forening sine retningslinjer *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling*, ble brukt som dokumentasjon på gjeldende bestemmelser i forhold til hvilke muligheter radiografer har, og i forhold til hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. I tillegg ble Norsk radiografforbund sine *Yrkesetiske retningslinjer for radiografer* trukket frem som dokumentasjon på radiografers selvregulering i forbindelse med vurderingen. Videre ble Harald Grimen og Anders Molander sin forståelse av skjønn som en *praktisk resonneringsform* brukt som forståelse for utøvelse av skjønn i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og Tom L. Beauchamp og James F. Childress sin *fireprinsippsetikk* brukt som etisk normativ ramme for utøvelsen av dette skjønnnet.

Men hensikten med denne oppgaven er, som beskrevet i kapittel 1, å forsøke å frembringe *ny* innsikt i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Både i forhold til hvilken profesjon(er) som skal være ansvarlig for vurderingen, og i forhold til om vurderingen skal tas med hensyn til den enkelte pasient, og/eller med hensyn til befolkningen totalt sett. I dette kapitlet tydeliggjøres derfor, via argumentasjon, hvilke synspunkter som støttes av de

beste eller mest overbevisende grunnene. Dette kapitlet går, med andre ord, nærmere inn på hvilke muligheter radiografer har, og på hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves.

Drøftingen består, som problemstillingen, av to deler. Og i den første delen drøftes første del av problemstillingen, altså hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og i den andre delen drøftes andre del av problemstillingen, altså på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves.

5.1 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser anses som et grunnleggende internasjonalt prinsipp i forbindelse med strålevern, og i Norge reguleres vurderingen gjennom: *strålevernloven*, *strålevernforskriften* og Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. I tillegg har Norsk radiologisk forening gitt ut retningslinjene *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling*, retningslinjer som ikke er absolutte, men som hevdes å være retningsgivende nok til at det bør foreligge gode grunner dersom de ikke følges. (Jf. kapittel 2.3). Og mens reguleringene, i tillegg til å bestemme at røntgendiagnostiske undersøkelser skal være berettigede, blant annet bestemmer hvilken profesjon(er) som skal kunne vurdere berettigelse (jf. kapittel 2.3.1, 2.3.2 og 2.3.3), skisserer retningslinjene, i tillegg til aktuelle henvisningskriterier, hovedårsaker til unødvendig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser (jf. kapittel 2.3.4).

I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser er hensikten, i all hovedsak, og som beskrevet i kapittel 3.2, å komme frem til en konklusjon i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse, med utgangspunkt i en pasients situasjon, bør gjennomføres eller ikke. Og både med hensyn til den enkelte pasient, og med hensyn til befolkningen totalt sett (jf kapittel 2.3). Men, som beskrevet videre i

kapittel 3.2, er konklusjoner sjelden gitt, i tillegg til at det som regel finnes flere alternative konklusjoner for en og samme situasjon. Det må, med andre ord, som regel utøves skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Som beskrevet i kapittel 1.1 og 3.1 anser jeg skjønn forstått som en praktisk resonneringsform som den forståelsen for skjønn som passer best i forhold til denne oppgavens problemstilling. Videre drøfter jeg derfor aller først, altså før jeg drøfter radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, hvordan og hvorfor vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser krever utøvelse av skjønn forstått som en praktisk resonneringsform.

5.1.1 Hvordan og hvorfor vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser krever utøvelse av skjønn forstått som en praktisk resonneringsform

Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser omtales, som beskrevet i kapittel 2.3, som prosessen der det besluttes om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke. Og prosessen kan, som beskrevet i kapittel 3.1, anses som en praktisk resonneringsform, altså som et praktisk resonnement frem til et handlingsvalg, basert på en situasjonsbeskrivelse i kombinasjon med en norm. Normen, eller garantisten, har til hensikt å skulle rettferdiggjøre overgangen fra en situasjonsbeskrivelse til et handlingsvalg, altså til hensikt å skulle rettferdiggjøre overgangen fra visse premisser til en viss, mer eller mindre bestemt, konklusjon. Som for eksempel til en konklusjon i forbindelse med om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. En garantist anses å kunne variere i styrke, og det er når en garantist er svak, og kanskje nesten helt fraværende, at det anses som nødvendig å utøve skjønn. (Jf. kapittel 3.1.1).

I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser mener jeg, som beskrevet i kapittel 3.2, at hypotetiske imperativer fungerer som aktuelle bindinger, eller som aktuelle anbefalinger, for hvilke midler som bør velges for å oppnå bestemte mål. Jeg mener, med andre ord, at det er den empiriske forbindelsen mellom

«midler» og «mål», eller mellom «hvis» og «så», som fungerer som garantist i forbindelse med vurderingen. Garantistens styrke avhenger derfor, i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, av hvor velbekreftet den empiriske forbindelsen mellom «hvis» og «så» er. Altså av hvor absolutt forutsetningen for å gjennomføre en røntgendiagnostisk undersøkelse er. Men absolutte forutsetninger anses altså bare som et uopnåelig ideal, og som vanskelig, eller umulig, å få til, og i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser må derfor beslutningen i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke, tas ut fra hvor velbekreftet den empiriske forbindelsen mellom pasientens situasjon og den røntgendiagnostiske undersøkelsen er. Og fordi forbindelsen altså ikke er absolutt, og fordi absolutte forutsetninger bare anses som et uopnåelig ideal, må det utøves skjønn i forbindelse med vurderingen. Skjønn i form av en praktisk resonneringsform.

Det er altså når det ikke foreligger en gitt konklusjon, eller en absolutt forutsetning, altså når en garantist er svak, at det må utøves skjønn i forbindelse med en situasjon. Og i hvilken grad det må utøves skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, avhenger altså av hvor velbekreftet den empiriske forbindelsen mellom «hvis» og «så» er. Intuitivt kan det kanskje virke som om det foreligger velbekreftede empiriske forbindelser mellom «hvis» og «så» i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Altså kanskje virke som om det foreligger gitte konklusjoner, eller absolutte forutsetninger, i forbindelse med vurderingen av om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Men nærmere ettertanke viser at den intuitive tanken blir for enkel når alt tas med i betraktning, og særlig når, for eksempel, en helhetsvurdering tas med i betraktning.

Som beskrevet i kapittel 2.4 hevdes det at det er moralsk uforsvarlig av helsearbeidere å vurdere medisinske saksforhold, eller medisinske tilfeller, dersom ikke alle relevante medisinske fakta er tatt med i betraktning. I tillegg hevdes det, i samme kapittel, at helsearbeidere må ha så mye kunnskap om en aktuell og konkret situasjon som mulig, dersom de skal kunne ta en så god berettigelsesvurderingen som mulig. Helsearbeidere må, med andre ord, og i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kunne foreta en helhetsvurdering av en situasjon, altså kunne foreta en såkalt kvalitativ analyse av situasjonen (jf. kapittel 3.5). En kvalitativ analyse av om

nyttan av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Og for å tydeliggjøre hvordan helhetsvurderinger, og for øvrig også hvordan den empiriske forbindelsen mellom «hvis» og «så» påvirker vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, går jeg videre litt nærmere inn på både «hvis» og «så» hver for seg, og litt nærmere inn på «hvis-så» sammenhengen.

«Hvis» kan sies å utgjøre forutsetningen, altså situasjonsbeskrivelsen som ligger til grunn for vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og fordi en situasjonsbeskrivelse omfatter en helhetsvurdering, og fordi den, som beskrevet i kapittel 3.4.2, kan være både ubestemt og omstridt, og avhengig både av helsearbeiderens og pasientens evne til å kunne ordlegge seg, vil «hvis» kunne påvirke vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Når er, for eksempel, en beskrivelse kompleks og/eller utfyllende nok eller ikke? I tillegg kan en situasjonsbeskrivelse, som beskrevet videre i kapittel 3.4.2, inneholde normative elementer av moralsk og/eller politisk art. Den kan, med andre ord, vise seg å ikke være rent beskrivende. «Hvis» kan derfor ikke utgjøre en absolutt forutsetning for om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Men den kan, kanskje, fungere godt som et generelt utgangspunkt for vurderingen. I utgangspunktet kan man, for eksempel, på et generelt grunnlag, og for å spinne litt videre på eksemplet fra kapittel 3.2, beslutte at en pasient med indikasjoner på lungebetennelse bør henvises til en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse av lungene. Men så fort situasjonsbeskrivelsen inkluderes i vurderingen kan det hende at helhetsvurderingen avdekker individuelle forhold som taler imot gjennomføringen av nettopp en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse av lungene. Pasienten kan, for eksempel, og som beskrevet i kapittel 2.3.4, kanskje allerede ha utført undersøkelsen på et annet sted. Pasienten kan altså kanskje allerede ha tatt de diagnostiske bildene på et annet sykehus, på poliklinikken, eller på akuttmottaket. Eller pasienten kan, for eksempel, kanskje allerede ha tatt den diagnostiske undersøkelsen for kort tid siden. Altså for så kort tid siden at sykdommen kanskje ikke har rukket å utvikle seg enda, eller kanskje ikke rukket å trekke seg tilbake enda. Og det kan, for eksempel, også godt hende, at helhetsvurderingen avdekker forhold som at pasienten er gravid, eller som at pasienten nekter, eller avviser å gjennomføre en, eller flere av de aktuelle undersøkelsene. Alle disse forholdene, og mange fler, er det vanskelig, og kanskje til og med umulig å ta høyde for i et generelt «hvis», eller i en absolutt forutsetning.

«Så» kan sies å utgjøre konklusjonen, altså beslutningen, i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Men en konklusjon er sjelden gitt, delvis fordi forutsetningen, altså fordi «hvis», er så ubestemt, og delvis fordi det som regel finnes flere alternative beslutninger, altså flere alternative «så», for en og samme situasjon. «Så» kan derfor heller ikke utgjøre en absolutt forutsetning for om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Men den kan, som «hvis», kanskje fungere godt som et generelt utgangspunkt. I utgangspunktet kan man, for eksempel, på et generelt grunnlag, og for å spinne enda litt videre på eksemplet fra kapittel 3.2, beslutte at en pasient med indikasjoner på lungebetennelse bør henvises til en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse av lungene. Men så fort situasjonsbeskrivelsen inkluderes i vurderingen kan det hende at helhetsvurderingen avdekker individuelle forhold som taler imot gjennomføringen av nettopp en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse av lungene. Alle de forholdene som gjør det vanskelig å etablere et generelt «hvis» vil, for eksempel, kunne forplante seg, slik at det også blir vanskelig å etablere et generelt «så». For så lenge forutsetningen for om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke er uklar, er det også vanskelig å etablere en gitt konklusjon i forhold til om en undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Og i tillegg finnes det, som regel, flere aktuelle undersøkelser for en og samme situasjon. Så selv om forutsetningen skulle vise seg å være klare, er ikke nødvendigvis konklusjonen det samme. Det kan, for eksempel, godt hende at det finnes flere aktuelle undersøkelser for en og samme forutsetning, som for eksempel flere aktuelle undersøkelser i forhold til indikasjoner på lungebetennelse. Alle disse forholdene, og mange fler, er det vanskelig, og kanskje til og med umulig å ta høyde for i et generelt «så», eller i en absolutt forutsetning.

Og fordi verken «hvis» eller «så» hver for seg kan utgjøre en absolutt forutsetning i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke, kan heller ikke «hvis-så» sammenhengende utgjøre en absolutt forutsetning. Da kan det altså ikke foreligge en absolutt forutsetning mellom en pasients situasjon og om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko må derfor skilles fra hverandre, i tråd med et epistemisk forstått skjønn, før det kan tas en beslutning i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke (jf. kapittel 3.1.1). Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser krever, med andre ord, utøvelse av et epistemisk forstått skjønn.

Men også strukturelt forstått krever vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser utøvelse av skjønn. For vurderingen må, som beskrevet i kapittel 3.1.2, tas innenfor gitte grenser av standarder fastsatt av en myndighet. Vurderingen må, med andre ord, kunne defineres i forhold de standardene som er fastsatt.

Dersom vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser ikke hadde krevd utøvelse av skjønn, hadde diskusjonen om hvilken profesjon(er) som skal utføre vurderingen vært helt meningsløs. Da kunne vurderingen, i og for seg, blitt tatt av hvem som helst, og like gjerne blitt tatt av en datamaskin som av et menneske. (Jf. kapittel 3.5). Men, som beskrevet i kapittel 2.4, viser det seg at hvilken profesjon(er) som skal utføre vurderingen har noe å si. Det kommer jeg nærmere tilbake til senere, etter at jeg først har drøftet hvilke regulerte muligheter radiografer har til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og hvordan utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser fungerer i praksis.

5.1.2 Radiografers regulerte muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Reguleringene, altså *strålevernloven* (jf. kapittel 2.3.1), *strålevernforskriften* (jf. kapittel 2.3.2) og Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. (jf. kapittel 2.3.3) bestemmer, blant annet, at faglig ansvarlige for en undersøkelse, altså at radiologer, skal vurdere berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Reguleringene bestemmer også at den enkelte pasients individuelle forutsetninger skal vurderes i forbindelse med en røntgendiagnostisk undersøkelse, altså at radiologer skal vurdere hver enkelt henvisning til radiologiske avdelinger i forhold til berettigelse i forkant av en undersøkelse. Radiografer bestemmes å skulle betjene faste røntgeninstallasjoner, og å, på lik linje med andre ansatte tilknyttet virksomheten, skulle ha tilstrekkelige kvalifikasjoner, eller kunnskaper, om strålevern og sikker bruk av stråling. Men de bestemmes ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, å skulle ha noe ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Norsk radiologisk forening sine retningslinjer *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling* har, som beskrevet i kapittel 2.3.4, til hensikt å skulle bidra i vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, slik at unødvendig bruk av radiologiske avdelinger unngås. Og retningslinjene fungerer, tilsynelatende, og selv om de primært er formulert for henvisende leger, også som retningslinjer for radiologiske avdelinger. Retningslinjene skisserer, i tillegg til aktuelle henvisningskriterier, hovedårsaker til unødvendig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og de anbefaler, som beskrevet i kapittel 2.4, at radiologer og henvisende leger sammen, gjennom dialog, skal ta en avgjørelse, dersom det oppstår usikkerhet i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Radiografer, som for øvrig ikke nevnes i retningslinjene i det hele tatt, anbefales, med andre ord, heller ikke her, i hver fall ikke så vidt jeg kan se, å skulle ha noe ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse.

I *Yrkesetiske retningslinjer for radiografer* pålegges radiografer, som beskrevet i kapittel 2.4, å påse at henvisninger til røntgendiagnostiske undersøkelser inneholder tilstrekkelig informasjon som grunnlag for den undersøkelsen det henvises til, å tilpasse anvendelsen av en prosedyre til den aktuelle kliniske situasjonen, og å praktisere strålevern i tråd med gjeldene regler og prinsipper. De pålegges, med andre ord, mye ansvar i forbindelse med omstendighetene rundt vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, men ikke noe ansvar for at de undersøkelsene de gjennomfører faktisk er berettigede.

Verken gjeldende reguleringer, eller gjeldende yrkesetiske retningslinjer, gir altså radiografer noe bestemt ansvar for å vurdere berettigelse. Radiografer har, med andre ord, ingen regulerte muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Radiologer gis alt ansvar for å vurdere berettigelse, og henvisende leger anses tilsynelatende som radiologenes samarbeidspartnere dersom det skulle oppstå usikkerhet i forbindelse med vurderingen.

Men, som beskrevet i kapittel 2.3.4, hevdes det at vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser ikke fungerer tilfredsstillende i praksis, til tross at det blant annet foreligger retningslinjer for hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling.

Videre drøfter jeg derfor hvordan utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser faktisk fungerer i praksis.

5.1.3 Hvordan utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser fungerer i praksis

Reguleringene gir altså radiologer alt ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og de gir ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, radiografer noe ansvar i forbindelse med vurderingen. Men, som beskrevet i kapittel 2.4, viser det seg altså at radiografer, til tross for bestemmelsene, vurderer berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser likevel. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene.

Norsk radiologisk forening uttalte nylig, og som beskrevet i kapittel 2.4, at det er umulig for radiologer å vurdere hver enkelt henvisning til radiologiske avdelinger i forhold til berettigelse i forkant av en undersøkelse. Uttalelsen uttrykker at radiologer vurderer alle henvisninger til CT-undersøkelser, men at radiografer, i utstrakt praksis, vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Så i følge Norsk radiologisk forening vurderer altså radiografer allerede, per i dag, berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Og selv om stråledosen per undersøkelse generelt sett er lavere ved konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser enn ved CT-undersøkelser, stråledosen fra CT-undersøkelser utgjør tross alt hele 59 prosent av den totale befolkningsdosen til tross for at CT-undersøkelser kun utgjør 14 prosent av de røntgendiagnostiske undersøkelsene, så er det antatt at enhver stråledose vil kunne føre til en liten økt helserisiko på sikt (jf. kapittel 2 og 2.1). Risikoen for stokastiske skader anses tross alt, og som beskrevet i kapittel 2.2, å gjøre seg gjeldene selv lave stråledoser, altså å gjøre seg gjeldende selv ved konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Og så lenge det antas at enhver stråledose vil kunne føre til en liten økt helserisiko på sikt, kan ikke risikoen for stokastiske skader i forbindelse med konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser, etter min mening, ignoreres.

Radiografer vurderer altså, per i dag, og i utstrakt praksis, berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Til tross for at de ikke har det som et

bestemt ansvar. Men, som beskrevet i kapittel 2.4, er radiografers rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser problematisk, og tilsynelatende blant de mest sentrale etiske utfordringene radiografer har stått overfor de siste årene. Videre drøfter jeg derfor det problematiske ved at radiografer i praksis utøver en vurdering de ikke har et bestemt ansvar for å utøve.

5.1.4 Det problematiske ved at radiografer utøver en vurdering de ikke har et bestemt ansvar for å utøve

Radiografer vurderer altså per i dag, og til tross for bestemmelsene, berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Men for radiografer oppleves vurderingen av berettigelse, som beskrevet i kapittel 2.4, problematisk på flere ulike måter.

Radiografer føler, for eksempel, at de ikke har nok kunnskap og rutine til å kunne bestride henvisende legers vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser (jf. kapittel 2.4). Og henvisende leger har, tross alt, med sine seks års medisinutdanning, dobbelt så lang utdanning som radiografer. I tillegg anbefales henvisende leger, som beskrevet i kapittel 2.4, å samarbeide med radiologer dersom det oppstår usikkerhet i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Henvisende leger har, med andre ord, kanskje ikke verken erfaring fra, eller forståelse for, det å skulle samarbeide med radiografer i praksis.

Men, som beskrevet i kapittel 2.1, hevdes det at omlag 30 prosent av henvisningene til radiologiske avdelinger rapporteres som unødvendige, og at hele 97 prosent av legene vurderer både stråledosene som gis i forbindelse med de røntgendiagnostiske undersøkelsene, og den påfølgende helserisikoen stråledosene kan utgjøre på sikt. Få leger har, med andre ord, kunnskap om hvilke stråledoser pasienter faktisk utsettes for i forbindelse med røntgendiagnostiske undersøkelser. Og, som beskrevet videre i kapittel 2.1, påpekes det at en pasient, dersom en lege har liten interesse for stråling og strålevern, kan risikere å få lite, eller ingen informasjon om den helserisikoen vedkommende utsettes for i forbindelse med en røntgendiagnostisk undersøkelse. Så selv om henvisende leger har dobbelt så lang utdanning som radiografer, er det altså ikke sikkert at de dermed har mer kunnskap om strålevern og sikker bruk av stråling, enn det radiografer har. Radiografer har, kanskje, og med andre ord, nok

kunnskap til å kunne bestride henvisende legers vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser likevel.

Problemet er heller, etter min mening, at radiografer ikke har et bestemt ansvar i forbindelse med vurderingen. Altså ikke et bestemt ansvar for å vurdere berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og fordi ansvaret ikke er bestemt, foreligger det heller ikke, som beskrevet i kapittel 1, en felles definert forståelse for verken hva skjønn er, eller for når og hvordan radiografer eventuelt skal og/eller bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Når radiografer da likevel utøver vurderingen, en vurdering de altså ikke har et bestemt ansvar for å utøve, utøver de, med andre ord, en vurdering de ikke har en bestemt rett til å ta. En vurdering det i utgangspunktet er bestemt at radiologer skal ta. Og uten en bestemt rett til å ta vurderingen kan de heller ikke, etter min mening, regne med at, for eksempel, henvisende leger skal kunne forstå hvorfor de eventuelt skal samarbeide med radiografer, eller hvorfor radiografer eventuelt skal kunne bestride deres vurderinger. Uten et bestemt ansvar, og uten en felles definert forståelse for både hva skjønn er, og for når og hvordan radiografer eventuelt skal og/eller bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen, blir det problematisk, både for henvisende leger, for radiologer, og for øvrig også for radiografer selv, å drøfte både hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og problematisk å drøfte på hvilken måte dette skjønnet eventuelt bør kunne utøves.

Videre opplever radiografer seg, for eksempel, og som beskrevet i kapittel 2.4, som varslere hvis de påpeker uforsvarlig praksis i forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig hvis det ikke foreligger noen prosedyrer i forbindelse med vurderingen. Men, etter min mening, har ikke radiografer, så lenge de ikke har et bestemt ansvar for å vurdere berettigelse, noen annen mulighet enn å varsle om uforsvarlig praksis hvis de opplever det. Uten et bestemt ansvar har de, med andre ord, ikke en bestemt rett til å ta vurderingen selv, og dermed bare en rett til å påpeke at de eventuelt er uenige i den vurderingen som blir tatt av henholdsvis henvisende leger eller av radiologer.

Men Norsk radiologisk forening stiller altså nå, i forbindelse med uttalelsen til det foreliggende forslaget til ny strålevernforskrift, og som beskrevet i kapittel 2.4, spørsmålstegn ved om radiologer må vurdere alle henvisninger til radiologiske avdelinger, eller ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Norsk radiologisk forening åpner nå, med andre ord, for å gi radiografer *noe* ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. De påpeker, som beskrevet videre i kapittel 2.4, at det skal foreligge prosedyrer for hvordan vurderingen skal foregå, dersom radiografer skal ta den. De påpeker, med andre ord, at radiografer ikke skal kunne være ansvarlige for vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser på lik linje med radiologer, men at radiografer skal kunne ta beslutninger innenfor fastsatte grenser, altså at de skal kunne utøve et svakt skjønn i forbindelse med vurderingen (jf. kapittel 3.1.2).

For radiografer oppleves altså vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser problematisk på flere ulike måter. Videre vil jeg derfor drøfte hvilke muligheter radiografer bør ha til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Jeg vil også drøfte om de gjeldende bestemmelsene bør endres, slik at de kan realiseres i praksis, og slik at de stemmer overens med eksisterende praksis, eller om praksisen bør endres, slik at den stemmer overens med de gjeldende bestemmelsene.

5.1.5 Hvilke muligheter radiografer bør ha til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Norsk radiologisk forening stilte altså nylig spørsmålstegn ved om ikke det må være tilstrekkelig at radiografer vurderer berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Men flere forhold må tas med i betraktning når hvilke muligheter radiografer bør ha til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser skal drøftes.

Det er, som beskrevet i kapittel 2.1, vanskelig å vite hva som er bruk og hva som er overforbruk, men det advares nå mot et generelt overforbruk av røntgendiagnostiske

undersøkelser. Og det hevdes det at det totale antallet røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge fint kunne vært redusert med 20 prosent uten tap av viktige i funn, og at andre, og nyere diagnostiske undersøkelser, kommer i tillegg til, heller enn i stedet for, de røntgendiagnostiske undersøkelsene. Som beskrevet videre i kapittel 2.1 anses bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge å ligge på nivå med bruken i andre sammenlignbare vest-europeiske land, der overforbruk er et erkjent problem. Det virker derfor nærliggende å anta at også bruken av røntgendiagnostiske undersøkelser i Norge involverer et generelt overforbruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Overforbruk utgjør, tilsynelatende, den mest bekymringsverdige årsaken til unødvendig bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og økte muligheter til bruk av ny teknologi, sammen med folks økte krav til sikker kunnskap om egen helse, trekkes frem som hovedårsaker til overforbruket. Men det at det kanskje kan være lettere for leger å henvise pasienter til røntgendiagnostiske undersøkelser, enn å forklare dem undersøkelsenes forventede nytte/risiko, trekkes også frem som en mulig årsak. (Jf. kapittel 2.3.4). Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser trekkes derimot *ikke* frem i forbindelse med diskusjonen om overforbruk. I hvert fall ikke så vidt jeg har funnet ut. Og et interessant spørsmål må jo, etter min mening, nettopp være om det å gi radiografer muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse kan bidra til å redusere overforbruket. I hvert fall til å redusere noe av det. Det er, tross alt, radiografer som møter pasientene i forbindelse med undersøkelsene, og radiografer som gjennom det møtet har muligheten til å få en oppdatert situasjonsbeskrivelse. Det er, med andre ord, radiografer, som gjennom å møte pasientene ansikt til ansikt, kan komme til å få ny informasjon av pasienten. Informasjon som kanskje endrer helhetsvurderingen av situasjonen. I så måte bør kanskje radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser tas med i fremtidige diskusjoner om overforbruk, og kanskje særlig i forbindelse med diskusjoner om reduksjon av overforbruket.

Ellers viser det seg at den totale befolkningsdosen i Norge økte med 40 prosent fra 1993 til 2002 (jf. kapittel 2.1), og at det estimerte antallet årlige stråleinduserte kreftdødsfall økte parallelt med den økte befolkningsdosen (jf. kapittel 2.2). Mens det i 1993 ble estimert henholdsvis 77 og 100 ekstra årlige stråleinduserte kreftdødsfall, ble det altså i 2002 estimert

248 ekstra årlige stråleinduserte kreftdødsfall. Med et stort antall mennesker som årlig utfører en røntgendiagnostisk undersøkelse, forvandles altså den tilsynelatende ubetydelige risikoen for senskader, til et betydelig antall årlige krefttilfeller. Så selv om den individuelle estimerte risikoen for senskader i form av stråleindusert kreft er liten, så anses den stadig økende befolkningsdosen som bekymringsverdig, og som et potensielt folkehelseproblem (jf. kapittel 2.2). Og når det da trekkes frem, som beskrevet i kapittel 2.1, at inntil en tredjedel av alle røntgendiagnostiske undersøkelser er helt, eller delvis, unødvendige, og at det er legers uvitenhet om risiko som er det virkelige problemet i forbindelse med vurderingen av berettigelse, virker det åpenbart, for meg, at vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, som beskrevet i kapittel 2.3.4, ikke fungerer tilfredsstillende i praksis. Åpenbart at det må vurderes om bestemmelsene, i forbindelse med vurderingen av berettigelse, bør endres. Kanskje radiografer, med andre ord, bør få en bestemt rett til å vurdere berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. For, som drøftet tidligere, er det ikke sikkert at henvisende leger har mer kunnskap om strålevern og sikker bruk av stråling enn det radiografer har. Og det kan derfor godt hende at radiografer, dersom de gis muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og med sin kunnskap om strålevern og sikker bruk av stråling, kan bidra til å redusere befolkningsdosen. I hvert fall til å redusere noe av den. Det kan, med andre ord, godt hende at radiografers kunnskap om berettigelse, og om at berettigelse må vurderes både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett, kan bidra til å redusere den totale befolkningsdosen.

Men selv om det kan virke som om radiografer kanskje har nok kunnskap til å kunne bestride henvisende legers vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og kanskje nok kunnskap til å kunne vurdere berettigelse, har radiologer, som beskrevet i kapittel 2.4, minst fem års spesialistutdanning innen radiologi, i tillegg til seks års medisinstudium. Altså minst elleve års utdanning totalt. Radiologer har, med andre ord, en solid utdannelse innen strålevern og sikker bruk av stråling, i tillegg til medisinstudiet sin. Som jeg ser det er det derfor ikke rart at radiologer tradisjonelt sett er blitt ansett som faglig ansvarlige på radiologiske avdelinger i Norge, og dermed som ansvarlige for vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og som jeg ser det kan det heller ikke være tvil om at radiologer også i fremtiden må anses som faglig ansvarlige på radiologiske avdelinger. Men, som beskrevet i kapittel 2.4, har ikke radiologer anledning til å vurdere alle henvisninger til radiologiske avdelinger i forkant av en

undersøkelse, og Norsk radiologisk forening stiller altså nå spørsmålstegn ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Nå viser det seg, for så vidt, og som beskrevet videre i kapittel 2.4, at radiografer, i utstrakt praksis, allerede vurderer berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Altså at radiografer allerede er gitt muligheter til kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Så når Norsk radiologisk forening nå stiller spørsmålstegn ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene, kan det virke som om radiologene nå bare ønsker å tilpasse bestemmelsene slik at de kan realiseres i praksis, og slik at de stemmer overens med allerede eksisterende praksis. Spørsmålet til Norsk radiologisk forening handler, med andre ord, og som jeg ser det, strengt tatt ikke om i hvilken grad radiografer skal gis muligheter til å kunne vurdere berettigelse eller ikke, men om i hvilken grad muligheten skal bestemmes eller ikke. Eller, nærmere bestemt, om i hvilken grad radiografer skal ha et bestemt ansvar for å kunne vurdere berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser eller ikke.

Ellers foreligger det ikke, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, noe diskusjon i forhold til om radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av andre røntgendiagnostiske undersøkelser, enn i forbindelse med bruken av de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Det foreligger, for eksempel, ikke noe diskusjon i forhold til om radiografer bør kunne vurdere berettigelse og berettiget bruk av CT-undersøkelser eller ikke. Og fordi jeg, som allerede diskutert, mener at radiologer må anses som faglig ansvarlige på radiologiske avdelinger, mener jeg også at radiologer i stor grad må kunne sette grenser for radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Radiologer må, med andre ord, kunne sette standarder radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn må kunne defineres i forhold til. (Jf. kapittel 3.1.2). Og det er for så vidt også det Norsk radiologisk forening gjør når den stiller spørsmålstegn ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene, og når de uttaler at det skal foreligge prosedyrer for hvor hvordan vurderingen skal foregå, dersom radiografer skal kunne ta vurderingen.

Men selv om Norsk radiologisk forening setter grenser for radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, gir de, likevel, ved å gi radiografer muligheter til å kunne vurdere berettigelse, radiografer en valgfrihet. En valgfrihet i situasjoner hvor det ikke foreligger en gitt konklusjon. Radiografer bør derfor, hvis de gis muligheter til å kunne utøve skjønn innenfor gitte grenser, altså muligheter til kunne utøve et strukturelt forstått skjønn, også kunne skille forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko fra hverandre. Radiografer bør altså, i tillegg til kunne utøve et strukturelt forstått skjønn, kunne utøve et epistemisk forstått skjønn.

Men det å skulle skille noe fra noe annet, som for eksempel det å skulle skille forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko fra hverandre, kan være vanskelig. Og det kan, for eksempel, og som beskrevet i kapittel 3.1.1, hende at det som skal vurderes ikke kan innordnes under entydige beskrivelser. Forholdene som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko kan, for eksempel, ha motstridende normative virkninger, uheldige sidevirkninger, eller en uklar målestokk. Radiografer bør derfor, hvis de gis muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser, kunne trekke en konklusjon, eller kunne ta en beslutning, i forhold til om en konvensjonell røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke, på bakgrunn av egne vurderinger i forhold til skillet mellom forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko.

Hittil har forholdene som er tatt med i betraktning mer eller mindre indikert at radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Og at radiografer bør kunne utøve både et strukturelt og et epistemisk forstått skjønn. Men det finnes også forhold som indikerer at radiografer kanskje *ikke* bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Forhold som, dersom radiografer gis ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser, kan resultere i at radiografer bare risikerer å bli enda en kilde til variasjon i forbindelse med vurderingen.

Forhold, eller kilder som *kasuistikk*, *beskrivelsers ubestemthet*, *førstepersonserfaring*, og *ikke-eliminerbare tilfeldigheter* trekkes, som beskrevet i kapittel 3.4, frem som kilder til variasjon i forbindelse med utøvelse av skjønn. Som kilder som, selv om skjønn utøves så omhyggelig og så samvittighetsfullt som over hodet mulig, vil kunne resultere i at det trekkes ulike konklusjoner. *Kasuistikk* bygger, som beskrevet i kapittel 3.4.1, på en analogisk resonnering. Altså på en vurdering av konkret likhet til, eller ulikhet fra, tidligere situasjoner. Og i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser virker det åpenbart at kasuistikk kan utgjøre en sentral kilde til variasjon i utøvelse av skjønn. Radiografer vil, for eksempel, dersom de skal kunne vurdere berettigelse, kunne komme til å vurdere den nåværende situasjonens konkrete likhet til, eller ulikhet fra, tidligere situasjoner, på en annen måte enn det radiologer gjør. Radiografer vil, med andre ord, kunne komme til å anvende kasuistikk annerledes enn radiologer. Kasuistikk må derfor ikke, som beskrevet videre i kapittel 3.4.1, brukes ukritisk. *Beskrivelsers ubestemthet* åpner, som beskrevet i kapittel 3.4.2, for at lokale tradisjoner og kulturer, på for eksempel et sykehus eller en avdeling, vil kunne påvirke utøvelse av skjønn. Lokale tradisjoner og kulturer for om, for eksempel, en situasjonsbeskrivelse, som konklusjonen skal trekkes ut fra, er kompleks og/eller utfyllende nok eller ikke. *Beskrivelsers ubestemthet* utgjør derfor også en sentral kilde til variasjon i utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse, fordi radiografer, dersom de skal kunne vurdere berettigelse, antakelig vil ha andre tradisjoner og kulturer for å vurdere om en situasjonsbeskrivelse er kompleks og/eller utfyllende nok eller ikke, enn det radiologer har. Radiografer kan, med andre ord, ha andre tradisjoner og kulturer i forbindelse med beskrivelser enn det radiologer har. *Førstepersonserfaring* anses, som beskrevet i kapittel 3.4.3, som et uunngåelig element i forbindelse med utøvelse av skjønn, fordi erfaringsmengden, som varierer fra helsearbeider til helsearbeider, vil kunne påvirke beslutningene som tas. Førstepersonserfaringer er, i tillegg, erfaringer gjort av gitte helsearbeidere i gitte situasjoner, og en gitt helsearbeider kan derfor ikke byttes ut uten at vurderingsprosessen også, i hvert fall til en viss grad, byttes ut. Førstepersonserfaringer er derfor en uunngåelig kilde til variasjon i forbindelse med utøvelse av skjønn, fordi radiografer, dersom de skal kunne vurdere berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kanskje har gjort seg andre erfaringer gjennom sin utdannelse, og gjennom sin arbeidshverdag, enn det radiologer har. Radiografer har, med andre ord, kanskje andre første-personserfaringer enn det radiologer har. *Ikke-eliminerbare tilfeldigheter* anses, som beskrevet i kapittel 3.4.4, som kilder til variasjon ved at de påvirker og styrer fornuften. Ikke-eliminerbare tilfeldigheter, som for eksempel det at selv når det er enighet om hvilke

synspunkter som er relevante i en situasjon, så vil det kunne være uenighet om hvordan synspunktene skal vektes, eller som at det ofte vil kunne finnes normative synspunkter med ulik styrke på begge sider i et tilfelle, vil kunne utgjøre en kilde til variasjon i utøvelse av skjønn. Det vil kunne utgjøre en kilde til variasjon i utøvelse av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser fordi radiografer, dersom de skal kunne vurdere berettigelse, antakelig vil påvirkes og styres av de ikke-eliminerbare tilfeldighetene på en annen måte enn det radiologer gjør.

Å gi radiografer muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser vil altså, tilsynelatende, kunne resultere i at det trekkes enda flere ulike konklusjoner i forbindelse med en situasjon. Radiografer kan, med andre ord, risikere å bare bli enda en kilde til variasjon i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Et sentralt spørsmål i forbindelse med om radiografer bør ha muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser er derfor, etter min mening, om det er et problem at radiografer eventuelt blir enda en kilde til variasjon, og om det problemet eventuelt er stort nok til at radiografer ikke bør gis muligheter til å kunne vurdere berettigelse. Og som jeg ser det, er det ikke det. Ettersom kilder til variasjon, som beskrevet i kapittel 3.2, anses som grunnleggende, og som innebygde i skjønnsutøvelse, er det altså noe som alltid vil foreligge. Noe som alltid, og selv om skjønn utøves så omhyggelig og så samvittighetsfullt som over hodet mulig, vil resultere i at det trekkes ulike konklusjoner. Og selv om radiografer kanskje kan komme til å anvende kasuistikk annerledes enn det radiologer gjør, komme til å ha andre tradisjoner og kulturer i forbindelse med beskrivelser enn det radiologer har, ha andre førstepersonserfaringer enn det radiologer har, og/eller påvirkes og styres av de ikke-eliminerbare tilfeldighetene på en annen måte enn det radiologer gjør, så har jeg vanskelig for å se at radiografer vil kunne komme til å utøve skjønn så annerledes enn radiologer at det blir et problem. Og i hvert fall at de kommer til å utøve skjønn så annerledes at problemet er stort nok til at radiografer ikke bør gis muligheter til å kunne vurdere berettigelse.

Som jeg ser det bør altså radiografer gis muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Jeg mener, med andre ord, at det bør bestemmes at radiografer bør ha muligheter til å kunne vurdere

berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Og at bestemmelsene bør etablere en definert forståelse for på hvilken måte radiografer bør kunne utøve dette skjønnet. På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser skal jeg drøfte videre nå, i drøftingens andre del.

5.2 På hvilken måte radiografer eventuelt bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Det viser seg altså at radiografer allerede utøver skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Til tross for at de ikke har det som et bestemt ansvar. Og nettopp fordi ansvaret ikke er bestemt, foreligger det heller ikke, som drøftet i kapittel 5.1.4, en felles definert forståelse for verken hva skjønn er, eller for når og hvordan radiografer eventuelt skal og/eller bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen. Men, som drøftet i kapittel 5.1.5, mener jeg altså at radiografer bør gis muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Og jeg mener at bestemmelsene bør etablere en definert forståelse for på hvilken måte radiografer bør kunne utøve dette skjønnet.

Men skjønn kan både forstås på ulike måter, og utøves innenfor ulike normative rammer. Og, som beskrevet i henholdsvis kapittel 3 og 4, forstår jeg skjønn som en praktisk resonneringsform, som må utøves innenfor fireprinsippsetikkens etisk normative rammer, i denne oppgaven. På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor fireprinsippsetikkens etisk normative rammer kommer jeg nærmere tilbake til senere, etter at jeg først har drøftet på hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn forstått som en praktisk resonneringsform, eller som et praktisk resonnement, og under hvilke forutsetninger radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

5.2.1 På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn forstått som et praktisk resonnement i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, eller prosessen der det besluttes om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke kan altså, og som drøftet i kapittel 5.1.1, anses som et praktisk resonnement. Som et praktisk resonnement frem til et handlingsvalg. Forstått som et praktisk resonnement inkluderes ikke følelser i vurderingen av berettigelse i det hele tatt, og jeg anser derfor, som beskrevet i kapittel 3.1, skjønn forstått som et praktisk resonnement som den forståelsen for skjønn som passer best i forhold til denne oppgavens problemstilling. Etter min mening bør radiografer altså kunne utøve skjønn forstått som et praktisk resonnement i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Men forstått som et praktisk resonnement kan skjønn, som beskrevet videre i kapittel 3.1, og som drøftet i henholdsvis kapittel 5.1.1 og 5.1.5, forstås både epistemisk og strukturelt. Og ved å skulle kunne utøve skjønn som et praktisk resonnement bør radiografer altså kunne utøve både et epistemisk, og et strukturelt forstått skjønn, i forbindelse med vurderingen av berettigelse. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett.

Epistemisk forstått mener jeg at radiografer, ved hjelp av en helhetsvurdering, bør kunne skille forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko fra hverandre, for å komme frem til en begrunnet konklusjon om hva som bør gjøres i situasjoner preget av manglende entydige konklusjoner. Med berettigelse som målestokk bør radiografer, med andre ord, og når konklusjonen ikke er gitt, kunne ta en beslutning i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. *Strukturelt forstått* mener jeg at radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor gitte grenser av standarder fastsatt av en myndighet. Altså innenfor gitte grenser trukket av, for eksempel, de regulerte bestemmelsene, eller av radiologene. Jeg mener at radiografer bør kunne redegjøre for, og begrunne sin utøvelse av skjønn, overfor de som har laget standardene, altså overfor for eksempel radiologene, og at radiografer må anse standardene som bindende. Etter min mening bør radiografene altså kunne utøve et svakt strukturelt skjønn.

5.2.2 Under hvilke forutsetninger radiografer bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgen-diagnostiske undersøkelser

Forutsetninger for utøvelse av skjønn anses, som beskrevet i kapittel 3.2, som betingelser som gjør utøvelse av skjønn uomgjengelig, eller uunngåelig, i forbindelse med et praktisk resonnement. Og som beskrevet i kapittel 3.1.1 er det altså når garantisetene som skal rettferdiggjøre overgangen fra en situasjonsbeskrivelse til et handlingsvalg er svake, og kanskje nesten helt fraværende, at skjønn i det hele tatt må utøves. Det er, med andre ord, og som beskrevet i kapittel 3.2, når det ikke foreligger noen absolutte forutsetninger i forbindelse med en situasjon, altså når det ikke foreligger noen entydig konklusjon i forbindelse med en situasjon, at det må utøves skjønn.

Som beskrevet i kapittel 3.2, og som drøftet i kapittel 5.1.1, mener jeg altså at hypotetiske imperativer fungerer som aktuelle bindinger, eller som aktuelle anbefalinger, for hvilke midler som bør velges for å oppnå bestemte mål. Jeg mener, med andre ord, at det er den empiriske forbindelsen mellom «midler» og «mål», eller mellom «hvis» og «så», som fungerer som garantist i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgen-diagnostiske undersøkelser. Og fordi garantistens styrke avhenger av hvor velbekreftet den empiriske «hvis-så» sammenhengen antas å være, må altså beslutningen om en røntgen-diagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke tas ut fra hvor velbekreftet den empiriske forbindelsen mellom pasientens situasjon og den diagnostiske undersøkelsen er. Så hvis den empiriske forbindelsen mellom «hvis» og «så» er velbekreftet, eller hvis det, med andre ord, foreligger en absolutt forutsetning for å gjennomføre en undersøkelse, trenger ikke radiografer å kunne utøve skjønn. Da er konklusjonen gitt. Men hvis den empiriske forbindelsen mellom «hvis» og «så» derimot *ikke* er velbekreftet, eller hvis det med andre ord *ikke* foreligger en absolutt forutsetning for å gjennomføre en undersøkelse, trenger radiografer å kunne utøve skjønn. Da bør radiografer altså, innenfor gitte grenser, kunne skille forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko fra hverandre, for å kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Både med hensyn til den enkelte pasient, og med hensyn til befolkningen totalt sett.

5.2.3 På hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor fireprinsippsetikken som etisk normativ ramme i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Fireprinsippsetikken påberoper seg, som beskrevet i kapittel 3.3 og 4, å kunne fungere som etisk normativ ramme for utøvelse av skjønn i medisinske sammenhenger. Og selv om den, som andre etiske teorier, er mye omdiskutert (jf. kapittel 4.4), så anses den altså som en sentral etisk normativ retning innen medisinsk etikk (jf. kapittel 1 og 4). Det virker derfor åpenbart at radiografer bør kunne utøve skjønn, både epistemisk og strukturelt, innenfor fireprinsippsetikkens etisk normative rammer.

Fireprinsippsetikken definerer, som beskrevet i kapittel 4.1, fire grunnleggende universelle prinsipper som etisk normative rammer for utøvelse av skjønn. Prinsippene anses som universelle fordi de bygger på allmenmoral, og fordi allmenmoral anses som et universelt produkt av erfaring og historie. I hvilken grad allmenmoral kan anses som universell eller ikke er for øvrig omdiskutert, men jeg går ikke nærmere inn i den diskusjonen i denne oppgaven. Jeg anser bare, og som beskrevet i kapittel 4.1, allmenmoral som de moralske normene som deles av alle de menneskene som lever et moralsk liv, og som den moralen som gir opphav til all moral og all etikk. Og fordi alle menneskers atferd, som beskrevet videre i kapittel 4.1, anses å med rette kunne vurderes med utgangspunkt i allmenmoralens standarder, vil ikke en helsearbeider, i forbindelse med medisinsk etikk, og ut fra denne forståelsen av allmenmoral, kunne bryte allmenmoralens normer uten å samtidig risikere å føle anger, eller å samtidig risikere å provosere frem moralsk fordømmelse, fra andre mennesker som også lever et moralsk liv.

De fire etisk normative prinsippene i fireprinsippsetikken er; *autonomiprinsippet*, *ikke-skade prinsippet*, *velgjørenhetsprinsippet* og *rettferdighetsprinsippet*. I hvilken grad de fire prinsippene er formålstjenelige eller ikke kan diskuteres, om med det hvilken rolle de kan og/eller bør ha som normative rammer for utøvelse av skjønn. I kapittel 4.4 drøftet jeg fireprinsippsetikkens styrker og svakheter, og der kom jeg frem til at fireprinsippsetikken kanskje kan frembringe ny innsikt i forhold til denne oppgavens problemstilling. Jeg anser fireprinsippsetikken som en velegnet etisk normativ ramme radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor, og videre drøfter jeg derfor på hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor hvert av de fire prinsippenes rammer.

Autonomiprinsippet innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.1, at en pasients ønsker og/eller behov skal respekteres i forbindelse med en undersøkelse. Altså at en pasients egne vurderinger i forhold til en undersøkelse skal respekteres. Og *tilstrekkelig forståelse*, *samtykkekompetanse* og *frivillighet* trekkes gjerne frem som vilkår, eller som krav, i forbindelse med autonomi. *Tilstrekkelig forståelse* innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.1, at en pasient må ha fått tilstrekkelig informasjon. Tilstrekkelig informasjon til å kunne forstå, og til å kunne overveie, ulike alternativer. I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser bør derfor radiografer kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forhold til om en pasient har fått tilstrekkelig informasjon eller ikke. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en pasient har fått tilstrekkelig informasjon til å kunne forstå undersøkelsens forventede nytte/risiko eller ikke, og tilstrekkelig informasjon til å kunne overveie ulike alternative undersøkelser eller ikke. Men fordi det, som beskrevet videre i kapittel 4.1.1, er vanskelig å definere hva som er «tilstrekkelig» når det gjelder informasjon, og fordi det er et kjent problem at informasjon forstås og tolkes ulikt av ulike pasienter, og at ulike pasienter har ulikt informasjonsbehov, bør radiografer i tillegg ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen. De bør, med andre ord, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor kravet om tilstrekkelig forståelse. *Samtykkekompetanse* dreier seg, derimot, og som beskrevet i kapittel 4.1.1, om en pasients evne til å kunne uttrykke et valg, forstå relevant informasjon, anerkjenne informasjonen i forhold til egen situasjon og resonnere i forhold til ulike aktuelle alternativer. I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser bør radiografer derfor kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forhold til om en pasient har samtykkekompetanse eller ikke. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en pasient evner å kunne uttrykke et valg, forstå relevant informasjon, anerkjenne informasjonen i forhold til egen situasjon og resonnere i forhold til ulike aktuelle alternativer. Men fordi vurderingen, som beskrevet videre i kapittel 4.1.1, forutsetter kunnskap om en pasients kliniske tilstand, og kunnskap om hvilke krav den aktuelle beslutningen som skal tas stiller, bør radiografer i tillegg ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen. De bør, med andre ord, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor kravet om samtykkekompetanse. *Frivillighet* innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.1, at en pasient skal kunne ta et valg uten at noen andre, som for eksempel uten at helsearbeidere, familie, venner eller bekjente, påvirker valget. En pasienten skal, med andre ord, kunne ta et valg ut fra sine egne ønsker og verdier. I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgen-

diagnostiske undersøkelser bør radiografer derfor kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forhold til om en pasient tar et frivillig valg eller ikke. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en pasient tar et valg ut fra sine egne ønsker og verdier eller ikke. Men fordi det, som beskrevet videre i kapittel 4.1.1, er vanskelig å definere hva som er press, og i hvilken grad presset eventuelt innskrenker en pasients autonomi eller ikke, bør radiografer i tillegg ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen. De bør, med andre ord, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor kravet om frivillighet.

Ellers anses *informert samtykke* som et middel for å styrke autonome beslutninger, eller som en moralsk handling som ikke kan oppnås uten autonomi (jf. kapittel 4.4.1). Men når det, som beskrevet i kapittel 2.1, samtidig hevdes at pasienter kan ha liten forståelse for den helse- risikoen røntgenstråling kan utgjøre på sikt, og at en pasient, dersom legen har liten interesse for stråling og strålevern, kan risikere å få lite, eller ingen informasjon om den helserisikoen vedkommende utsettes for i forbindelse med en røntgendiagnostisk undersøkelse, kan det kanskje stilles spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er å kreve informert samtykke. Eller ved hvor reell en autonom beslutning egentlig kan bli. Og når vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser i tillegg, som beskrevet i kapittel 2.3, omtales som en nytte-/risikovurdering, kan det i kanskje i tillegg stilles spørsmålsteget ved i hvilken grad vurderingen av berettigelse åpner opp for autonomi i det hele tatt.

Ikke-skade prinsippet innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.2, at en helsearbeider ikke skal påføre verken den enkelte pasient, eller befolkningen totalt sett, verken risiko for skade, eller skade. Og *skade* defineres, i forbindelse med ikke-skade prinsippet, som «fysisk skade», og nærmere bestemt som «smerter», «uførhet», «lidelse» og «død». Det fremheves, som beskrevet videre i kapittel 4.1.2, at dersom påføring av skade er uunngåelig for å oppnå et mål, så må målet i hvert fall kunne rettferdiggjøre den påtvungne skaden. I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser bør derfor radiografer kunne utøve et epistemisk forstått skjønn for komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om nytten av en undersøkelse rettferdiggjør den påtvungne risikoen for skade undersøkelsen vil kunne føre til på sikt eller ikke. Både i forhold til den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. For, som beskrevet i kapittel 2.2, viser det seg,

at selv om senskader ikke oppstår spesielt ofte, så oppstår de stadig oftere, og spesielt i forbindelse med langvarige og/eller kompliserte røntgendiagnostiske undersøkelser. Og at selv om den relative risikoen for senskader anses som ubetydelig i forhold den nytten den enkelte pasient regnes å ha av en sikker diagnose, så anses risikoen som høyst aktuell dersom befolkningen totalt sett tas med i betraktning. Og hvis det da, som beskrevet i kapittel 2.3, ikke skilles mellom om nytte/risiko vurderes i forhold til den enkelte pasient, eller i forhold til befolkningen totalt sett, så kan noen kanskje forledes til å tro at den tilsynelatende ubetydelige risikoen som gjelder i forhold til den enkelte pasient, også gjelder i forhold til befolkningen totalt sett. Men, som drøftet i kapittel 5.1.5, viser det seg altså at den estimerte risikoen for senskader øker parallelt med befolkningsdosen, så den tilsynelatende ubetydelige risikoen som gjelder i forhold til den enkelte pasient ikke blir fullt så ubetydelig når befolkningen totalt sett tas med i betraktning. Men for å kunne si noe mer om på hvilken måte radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor ikke-skade prinsippets rammer, går jeg først litt nærmere inn på hva en nytte-/risikovurdering faktisk omfatter.

Strålevernloven bestemmer at enhver bruk av strålekilder skal være forsvarlig så det ikke oppstår risiko for verken utøverne av virksomheten, eller for andre personer. Den bestemmer også at det ved vurdering av berettigelse, blant annet, skal vektlegges om virksomhetens nytte totalt sett overstiger den risikoen strålingen vil kunne føre til, og om virksomhetens innretning er slik at risikoen for senskader holdes så lav som mulig. (Jf. kapittel 2.3.1). Statens strålevern påpeker at undersøkelser som vurderes til ikke å være berettiget ikke bør gjennomføres (jf. kapittel 2), og at en røntgendiagnostisk undersøkelse først er berettiget dersom den i overveiende grad er til nytte for pasienten, sett i forhold til den helserisikoen røntgenstrålingen kan utgjøre på sikt (jf. kapittel 2.3.3). Nytte-/risikovurderingen omtales altså som en prosess der det besluttes om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke. Som en prosess der det, med andre ord, og som beskrevet i kapittel 3.5, besluttes om nytten av en sikker diagnose overstiger undersøkelsens risiko for stråleskader, i form av senskader, eller ikke. Et nytte-/risikoforhold anses, for øvrig, og som beskrevet videre i kapittel 3.5, som forholdet mellom sannsynligheten for, og omfanget av, en forventet nytte, og sannsynligheten for, og omfanget av, en forventet skade. Og beregningen av sannsynlighet, altså nytte-/risikovurdering, anses å kunne gjøres på flere ulike måter. Kvantitative måter, eller metoder, anses ofte som akseptable, men det hevdes samtidig at kvantitative metoder ofte er omdiskuterte, og at de er omgitt av moralske utfordringer. Kvantitative metoder anses derfor bare å kunne brukes i forbindelse med nytte-/risiko-

vurderinger når all usikkerhet kan tallfestes. (Jf. kapittel 3.5). Men fordi vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser omfatter hensyn til den enkelte pasients nytte av undersøkelsen, i tillegg til hensyn til den enkelte pasients individuelle forutsetninger for undersøkelsen, altså forhold som ikke kan tallfestes på en meningsfull måte, anses det som mer rasjonelt å anvende en kvalitativ metode i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Men fordi en kvalitativ metode, som beskrevet i kapittel 3.5, omfatter en helhetsvurdering av tilgjengelig informasjon, gode grunner og subjektive preferanser, bør radiografer ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen. De bør, med andre ord, og i tillegg til å kunne utøve et epistemisk forstått skjønn, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor ikke-skade prinsippets rammer.

Ellers ligner ikke-skade prinsippets krav om at en påtvunget skade må kunne rettferdiggjøres av den forventede nytten, veldig på det internasjonalt anerkjente prinsippet om berettigelse. Altså på prinsippet om at nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett skal overstige undersøkelsens risiko. Så i så måte kan det kanskje sies at ICRP kun fokuserer på ett av fireprinsippetikkens fire prinsipper i sin etiske forståelse av berettigelse. Men spørsmålet er om det fungerer i praksis. Altså om ikke-skade prinsippet kan fungere som et enerådende utgangspunkt for vurdering av berettigelse i praksis, eller om det finnes flere forhold som må tas med i betraktning i forbindelse med vurderingen. Og etter min mening må flere forhold tas med i betraktning ved vurdering av berettigelse. Etter min mening må, med andre ord, radiografer kunne utøve skjønn innenfor alle de fire prinsippenes rammer, og ikke bare under ikke-skade prinsippets rammer.

Velgjørhetsprinsippet innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.3, at en helsearbeider skal kunne fremskaffe nytte for en pasient. Fremskaffe den totalt sett beste undersøkelsen for en pasient, etter at nytte, risiko og kostnader er tatt med i betraktning. I forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser bør derfor radiografer kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forhold til hva som er den totalt sett beste undersøkelsen for en pasient. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til hva som er den totalt sett beste undersøkelsen etter at nytte, risiko og kostnader er tatt med i betraktning. Men velgjørhetsprinsippet krever ikke, som beskrevet videre i kapittel 4.1.3, verken voldsom oppofrelse, eller ekstrem nestekjærighet av

en helsearbeider, og heller ikke at en helsearbeider til enhver tid fremskaffer nytte for andre. I tillegg er grensen for hva som er ideell velgjørenhet og hva som er absolutt velgjørenhet utydelig. Radiografer bør derfor ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse. De bør, med andre ord, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor velgjørenhetsprinsippets rammer.

Rettferdighetsprinsippet innebærer, som beskrevet i kapittel 4.1.4, at undersøkelser skal fordeles på en rettferdig måte. Både i forhold til nytte, risiko og kostnader, og i forhold til både den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. I forbindelse med vurdering av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser bør derfor radiografer kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forhold til om en undersøkelse er rettferdig eller ikke. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en undersøkelse er rettferdig eller ikke, både i forhold til nytte, risiko og kostnader, og i forhold til både den enkelte pasient, og i forhold til befolkningen totalt sett. Men fordi det kan være vanskelig å vite hva som er rettferdig bør radiografer, i tillegg, ha grenser for utøvelsen av skjønn i forbindelse med vurderingen. De bør, med andre ord, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn innenfor rettferdighetsprinsippets rammer.

Men de fire prinsippene er ikke, som beskrevet i kapittel 4.1.4, ment som enerådende utgangspunkt for beslutninger. De er ment som retningslinjer for formulering av mer spesielle regler (jf. kapittel 4.1.4), og som utgangspunkt for å løse problemer i praksis (jf. kapittel 4.3). Og i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, tenker jeg, at de først og fremst fungerer som en ramme for utøvelse av skjønn i problematiske situasjoner. Altså i situasjoner hvor konklusjonen ikke er gitt.

De fire prinsippene anses som *prima facie* normer. Som normer som ved første betraktning må anses som forpliktende, eller normer som, med mindre det foreligger konkurrerende overordnede normer, skal oppfylles. (Jf. kapittel 4.2). Men normene kommer tidvis i konflikt med hverandre, og det er ikke alltid mulig å oppfylle alle de fire normene samtidig. Og når normene kommer i konflikt med hverandre, må de, som beskrevet i kapittel 4.2, avveies i forhold til hverandre. Når alt er tatt med i betraktning må det, med andre ord, lokaliseres en overordnet norm. Og den overordnede normen må kunne rettferdiggjøre tilsidesettingen av den, eller de andre normene. *Spesifisering* og *balansering* trekkes frem som metode for å avveie

konkurrerende normer i praksis (jf. kapittel 4.3). Altså som metode for å komme frem til en etisk avveid beslutning, for eksempel i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke.

Spesifisering anses, som beskrevet i kapittel 4.3.1, som prosessen der normenes omfang reduseres slik at normene blir mer spesifikke, og mer handlingsorienterte. Som prosessen der normene reduseres til mer spesifikke beskrivelser, som sier noe om hva som bør gjøres i gitte situasjoner. Radiografer bør derfor, dersom de skal kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kunne spesifisere normene. Men normene er, som beskrevet i kapittel 4.1.4, og som drøftet tidligere, ikke ment som enerådende utgangspunkt, men, som beskrevet i kapittel 4.4, som et sparsomt utgangspunkt for ytterligere spesifisering. Så for å unngå at spesifiseringen tåkelegger etiske konflikter (jf. kapittel 4.4), og for å få til akkurat riktig spesifisering, tenker jeg, at det bør foreligge grenser for hvordan radiografer skal kunne redusere normenes omfang. Grenser for på hvilken måte radiografer bør kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forbindelse med reduseringsprosessen. *Balansering* anses, som beskrevet i kapittel 4.3.2, som prosessen for lokalisering av en overordnet norm. Som prosessen der aktuelle normer vurderes opp mot hverandre før den beste, eller den mest overordnede normen, velges. Det presiseres at balanseringsprosessen ikke i seg selv anses å kunne løse uenigheter, men at den i de fleste tilfeller vil kunne fremme enighet i konkrete situasjoner. Men den mest overordnede normen må velges ut fra såkalte gode grunner, og ikke bare ut fra intuisjon, og det er ikke sikkert at det er åpenbart hvilken norm som er overordnet. Det er, med andre ord, ikke sikkert det er så lett å få til akkurat riktig balansering i praksis. Etter min mening bør det derfor også i forbindelse med balanseringsprosessen, dersom radiografer skal kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, foreligge grenser for på hvilken måte radiografer bør kunne utøve et epistemisk forstått skjønn.

Og selv om spesifiserings- og balanseringsprosessen foretas så omhyggelig og samvittighetsfullt som over hodet mulig, og selv om beslutningen som tas er så velbegrunnet og så uomstridt som over hodet mulig, så vil en helsearbeider som har måttet tilside sette en, eller flere normer, bli sittende igjen med en moralsk rest (jf. kapittel 4.3.3). En moralsk rest i form av en gjenværende forpliktelse. Den gjenværende forpliktelsen oppstår fordi en prima facie norm som tilsidesettes ikke bare forsvinner av seg selv, men fordi den skaper nye for-

pliktelser. Radiografer bør derfor, dersom de skal kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, både kunne lokalisere, og gjøre opp for, den forpliktelsen som eventuelt ikke ble holdt.

Som jeg ser det bør altså radiografer kunne utøve både et epistemisk og et strukturelt forstått skjønn innenfor fireprinsippsetikkens etisk normative rammer i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Radiografer bør, med andre ord, kunne komme frem til en etisk avveid løsning i forbindelse med en situasjon, på bakgrunn av å utøve skjønn innenfor fireprinsippsetikkens fire prinsipper, og på bakgrunn av å bruke fireprinsippsetikkens metoder for avveining av prinsipper i praksis.

Kapittel 6

Avslutning

I håp om å klare å frembringe ny innsikt i forbindelse med en samfunnsaktuell etisk utfordring for radiografer, nemlig i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, kombinerte jeg de to samfunnsaktuelle temaene *skjønn og skjønnsmessige vurderinger og berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser* i denne oppgaven. Og med utgangspunkt i disse temaene valgte jeg følgende problemstilling:

«Hvilke muligheter har radiografer, og hvilke muligheter bør de ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og på hvilken måte bør dette skjønnnet eventuelt kunne utøves?»

Med en *systematisk-argumentativ metode* undersøkte jeg først hvilke grunner som taler for eller imot ulike synspunkter, før jeg argumenterte for i hvilken grad disse grunnene er gode eller overbevisende i forhold til problemstillingen. Jeg undersøkte, med andre ord, først hva allerede eksisterende litteratur frembringer av grunner som taler for eller imot hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og for eller imot på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves. Deretter tydeliggjorde jeg, via argumentasjon, hvilke synspunkter som støttes av de beste eller mest overbevisende grunnene. Jeg analyserte, med andre ord, de grunnene som taler for eller imot ulike synspunkter kritisk.

Drøftingen består, som problemstillingen, av to deler. Og når jeg nå skal avslutte oppgaven, ved å oppsummere drøftingen i forhold til om den har frembrakt ny innsikt i forhold til opp-

gavens problemstilling eller ikke, deles også avslutningen inn i to deler. I den første delen oppsummeres drøftingens første del, og med den problemstillingens første del, altså hvilke muligheter radiografer har, og hvilke muligheter de bør ha, til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og i den andre delen oppsummeres drøftingens andre del, og med den problemstillingens andre del, altså på hvilken måte dette skjønnnet eventuelt bør kunne utøves. Og helt til slutt, altså etter avslutningens andre del, kommer en konklusjon. En helt kort slutning i forhold til oppgavens problemstilling.

6.1 Radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser anses som et grunnleggende internasjonalt prinsipp i forbindelse med strålevern, og i Norge reguleres vurderingen gjennom: *strålevernloven*, *strålevernforskriften* og Statens strålevern sin *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. I tillegg har Norsk radiologisk forening gitt ut retningslinjene *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling*, retningslinjer som hevdes å være retningsgivende nok til at det bør foreligge gode grunner dersom de ikke følges, men som altså ikke er absolutte. Men verken gjeldende bestemmelser, eller retningslinjene, gir, tilsynelatende, radiografer noe ansvar i forbindelse med vurderingen av berettigelse, så radiografer har altså *ikke* per i dag, i hvert fall ikke så vidt jeg kan se, noen bestemte muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Men det viser seg altså at radiografer, til tross for bestemmelsene, vurderer berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser likevel. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Norsk radiologisk forening uttalte nylig at det ikke er mulig for radiologer å vurdere hver enkelt henvisning til radiologiske avdelinger i forhold til berettigelse i forkant av en undersøkelse, og de stilte spørsmålsteget ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer vurderer henvisningene til de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene. Altså ved om det ikke er tilstrekkelig at radiografer utøver

skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Det kan, med andre ord, virke som om radiologene nå ønsker å tilpasse bestemmelse slik at de kan realiseres i praksis, og slik at de stemmer overens med allerede eksisterende praksis.

Og, som jeg ser det, viser denne oppgaven at radiografer bør gis muligheter til kunne vurdere berettigelse. At de bør ha muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelsene De bør, med andre ord, og gjennom et praktisk resonnement, kunne komme frem til en begrunnet konklusjon, eller beslutning, i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres ikke.

6.2 På hvilken måte radiografer eventuelt bør kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser

Vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser omtales som prosessen der det besluttes om nytten av en røntgendiagnostisk undersøkelse totalt sett overstiger undersøkelsens risiko eller ikke, og prosessen kan anses som en praktisk resonneringsform. Altså som et praktisk resonnement frem til et handlingsvalg, basert på en situasjonsbeskrivelse i kombinasjon med en norm. Og i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser viser denne oppgaven at radiografer nettopp, med utgangspunkt i en pasients situasjon, bør kunne skille forhold som henholdsvis fremmer og/eller hemmer nytte og/eller risiko fra hverandre, for å komme frem til en begrunnet konklusjon i forhold til om en røntgendiagnostisk undersøkelse bør gjennomføres eller ikke. Radiografer bør, med andre ord, kunne utøve et epistemisk forstått skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Videre må radiologer anses som faglig ansvarlige på radiologiske avdelinger, og dermed som ansvarlige for vurderingen av berettigelse. Radiologer må derfor kunne sette grenser for radiografers muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse

og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Radiografer bør derfor kunne utøve skjønn innenfor gitte grenser fastsatt av radiologene. De bør, med andre ord, og i tillegg til å kunne utøve et epistemisk forstått skjønn, kunne utøve et strukturelt forstått skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

I tillegg til å utøves som et praktisk resonnement, må skjønn utøves innenfor noen mer generelle og overordnede normative rammer. Og til tross for at fireprinsippetikken har sine svakheter, anses den altså som en sentral etisk retning innen medisinsk etikk. Det virker derfor åpenbart at radiografer bør kunne utøve skjønn innenfor fireprinsippsettets etisk normative rammer. Radiografer bør, med andre ord, kunne utøve både et epistemisk, og et strukturelt forstått skjønn, innenfor fireprinsippsettets etisk normative rammer i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser. Radiografer bør kunne komme frem til en etisk avveid løsning i forbindelse med en situasjon på bakgrunn av å utøve skjønn innenfor fireprinsippsettets fire prinsipper, og på bakgrunn av å bruke fireprinsippsettets metoder for avveining av prinsipper i praksis.

6.3 Konklusjon

Denne oppgaven frembrakte, ved å kombinere de to samfunnsaktuelle temaene *skjønn og skjønnsmessige vurderinger* og *berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser*, ny innsikt i forbindelse med radiografers problematiske rolle i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser.

Undersøkelsen viste at radiografer, per dag, ikke har noen bestemte muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse, men at de, til tross for bestemmelsene, gjør det likevel. Og særlig i forbindelse med de konvensjonelle røntgendiagnostiske undersøkelser. Undersøkelsen viste også at radiografer bør gis muligheter til å kunne utøve skjønn i forbindelse med vurderingen av berettigelse og berettiget bruk av røntgendiagnostiske undersøkelser, og at de bør kunne utøve både et epistemisk, og et strukturelt forstått skjønn, innenfor fireprinsippsettets etisk normative rammer, i så måte.

Kapittel 7

Litteraturliste

- Aristoteles. (2000). *Nicomachean Ethics* Cambridge: Cambridge University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Berrington de González, A. & Darby, S. (2004). Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet*, 363 (9406): 345-351.
- Braut, G. S. (1998). Risikoanalysar - verktøy for å finne det som er sikkert nok? *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 118 (6): 860-860.
- Børretzen, I., Lysdahl, K. B. & Olerud, H. M. (2006). *Radiologi i Noreg: undersøkingsfrekvens per 2002, tidstrender, geografisk variasjon, befolkningsdose*. Strålevern-rapport, 2006:6. Østerås: Statens strålevern.
- Christoffersen, S. A. (red.). (2005). *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Corbett, R. H. & Faulkner, K. (1998). Justification in radiation protection. *The British Journal Of Radiology*, 71 (849): 905-907.
- Corbett, R. H. (2008). Ethical issues, justification, referral criteria for budget limited and high-dose procedures. *Radiation Protection Dosimetry*, 130 (2): 125-132.
- Dworkin, R. (1977). *Taking rights seriously*. London: Duckworth.
- European Commission. (2000). *Referral guidelines for imaging*. Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/energy/nuclear/radioprotection/publication/doc/118_en.pdf (lest 15.08.2010).

- Feiring, E. (2004). Skjerper kravene til bruk av røntgen. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 9 – 6 (124): 1223.
- Galligan, D. J. (1986). *Discretionary powers: a legal study of official discretion*. Oxford: Clarendon.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309 (6948): 184.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I: Molander, A. & Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gruppetta, E. (2009). Ethical issues for radiographers: general observations and a pilot qualitative study. *Radiation Protection Dosimetry*, 135 (2): 88-89.
- Hall, E. J. & Brenner, D. J. (2008). Cancer risks from diagnostic radiology. *The British Journal Of Radiology*, 81 (965): 362-378.
- Hansson, S. O. (2007). Ethics and radiation protection. *Journal Of Radiological Protection: Official Journal Of The Society For Radiological Protection*, 27 (2): 147-156.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Høring av utkast til ny forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2009/horing-av-utkast-til-ny-forskrift-om-str/horingsbrev.html?id=570319> (lest 15.08.2009).
- Hobbes, T. (1973). *Leviathan*. London: Dent.
- Holm, S. (1995). Not just autonomy--the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics*, 21 (6): 323-324.
- ICRP. (2007). The 2007 recommendations of the International Commission on Radiological Protection. I: *Annals of the ICRP: ICRP publication 103*. Orlando: Elsevier.
- Kant, I. (1970). *Morallo og frihet: moralfilosofiske skrifter*. Oslo: Gyldendal.
- Kjønstad, A. & Syse, A. (1994). *Helserettslige emner: rett til helsehjelp, taushetsplikt og informert samtykke, sinnslidende og psykisk utviklingshemmete*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. ([2010]). *Utdanning.no*. Tilgjengelig fra: <http://utdanning.no/> (lest 07.04.2010).

- Lysdahl, K. B. & Hofmann, B. M. (2009). What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC Health Services Research*, 9: 155-155.
- Lysdahl, K. B., Hofmann, B. M. & Espeland, A. (2009). Radiologists' responses to inadequate referrals. *European radiology*.
- Malone, J. F. (2008). New ethical issues for radiation protection in diagnostic radiology. *Radiation Protection Dosimetry*, 129 (1-3): 6-12.
- Norsk radiografforbund. (2007). *Radiografutdanningen*. Tilgjengelig fra: http://www.radiograf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=29&I=80&mids=23 (lest 04.12.2009).
- Norsk radiografforbund. (2009). *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: http://www.radiograf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=12&I=39&mids=11a32 (lest 04.12.2009).
- Norsk radiologisk forening. (2003). *Hensiktsmessig bruk av en radiologisk avdeling: Retningslinjer for leger*. Tilgjengelig fra: <http://www.radiologforeningen.no/external/guidelines/forord.htm> (lest 15.08.2009).
- Norsk radiologisk forening. (2009). *Høring vedrørende ny strålevernforskrift*. Tilgjengelig fra: http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=338 (lest 10.10.2010).
- Nortvedt, P. (2006). Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. I: Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (red.) *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Otero, H. J., Ondategui-Parra, S., Nathanson, E. M., Erturk, S. M. & Ros, P. R. (2006). Utilization management in radiology: basic concepts and applications. *Journal Of The American College Of Radiology: JACR*, 3 (5): 351-357.
- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*.
- Pedersen, R., Hofmann, B. & Mangset, M. (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 127 (12): 1644-1647.
- Picano, E. (2004a). Informed consent and communication of risk from radiological and nuclear medicine examinations: how to escape from a communication inferno. *BMJ*, 329 (7470): 849-851.

- Picano, E. (2004b). Sustainability of medical imaging. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328 (7439): 578-580.
- Rawls, J. (1973). *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, J. (2005). *Political liberalism*. New York: Columbia University Press.
- Richardson, H. S. (2000). Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles. *J Med Philos*, 25 (3): 285-307.
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Førde, R. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rørtveit, G. & Strand, R. (2001). Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 121 (11): 1382-1386.
- Schmidt, U. (2006). Metoder i etikkforskningen: utfordringer og muligheter. I: Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (red.) *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Shiralkar, S., Rennie, A., Snow, M., Galland, R. B., Lewis, M. H. & Gower-Thomas, K. (2003). Doctors' knowledge of radiation exposure: questionnaire study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327 (7411): 371-372.
- Sia, S. (2009). Justification and radiology: some ethical considerations. *Radiation Protection Dosimetry*, 135 (2): 128-133.
- Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (2006). Autonomi som utfordring. I: Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (red.) *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statens strålevern. (2005a). *Om Statens strålevern* Tilgjengelig fra: <http://www.nrpa.no/om-statens-straalevern> (lest 01.10.2010).
- Statens strålevern. (2005b). *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR apparatur underlagt godkjenning: Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling*. Østerås: Statens strålevern.
- Statens strålevern. ([2009]). *Radiologi: Røntgen*. Tilgjengelig fra: <http://www.nrpa.no/radiologi/rontgen> (lest 21.01.2010).
- Strålevernforskriften. *Forskrift om strålevern og bruk av stråling av 21. november 2003 nr. 1362*.
- Strålevernloven. *Lov om strålevern og bruk av stråling av 12. mai 2000 nr. 36*.

- The Royal College of Radiologists. (2003). *Making the best use of a department of clinical radiology: Guidelines for doctors*. Tilgjengelig fra: <http://qmc.nhs.uk/radguide/index.html> (lest 08.02.2010).
- Thelle, D. S. (1996). Hvordan oppfatter vi risiko? *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 116 (30): 3590-3591.
- Toulmin, S. (2003). *The uses of argument*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tranøy, K. E. (1998). *Det åpne sinn: moral og etikk mot et nytt årtusen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wulff, H. R. (1994). Against the four principles: a nordic view. I: Gillon, R. & Lloyd, A. (red.) *Principles of health care ethics*. Chichester: Wiley.