

Jens Anvik

Om personlig ansvar som prioriteringskriterium i helsevesenet

Mai 2023

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Det humanistiske fakultet

Institutt for filosofi og religionsvitenskap

Bacheloroppgave

2023



Jens Anvik

Om personlig ansvar som prioriteringskriterium i helsevesenet

Bacheloroppgave
Mai 2023

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Det humanistiske fakultet
Institutt for filosofi og religionsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Om personlig ansvar som prioriteringskriterium i helsevesenet

Forskning viser at kostnader knyttet til fysisk inaktivitet er høye på global basis, og de økonomiske byrdene som følge av dette er særlig høye i høyinntektsland (Ding, Lawson, Kolbe-Alexander, Finkelstein, Katzmarzyk, Mechelen & Pratt, 2016, s. 13). En rapport fra verdens helseorganisasjon viser hvordan en stor del av sykdomsbyrden i blant annet Nord-Amerika og Europa skyldes tobakk, alkohol, blodtrykk, kolesterol og overvekt (WHO, 2002, s. 180). Årsakene til sykdomsbyrden har endret seg siden 1990-tallet, fra smittsomme sykdommer til ikke-smittsomme sykdommer, hvor risikofaktorene for sykdom blant annet er høyt blodtrykk, alkohol, tobakk og høy kroppsmasseindeks (Lim, Vos, Flaxman, et al., 2015). Ikke-smittsomme sykdommer skyldes en kombinasjon av genetiske, fysiologiske og miljømessige faktorer, samt livsstilsvalg. Hvordan man velger å leve kan altså påvirke risikoen for å få ikke-smittsomme sykdommer. For eksempel skyldes 8 millioner årlige dødsfall tobakk, 1,8 millioner årlige dødsfall for høyt inntak av salt, og 830 000 årlige dødsfall skyldes fysisk inaktivitet (WHO, 2022). Samtidig fører et stadig økende tilbud i mulige behandlinger i helsevesenet til at det offentlige ikke lengre kan eller kanskje ikke vil dekke alle tilbud med dokumentert medisinsk effekt (Cappelen & Norheim, 2006, s. 2). Med disse økte helsekostnadene og det økende behandlingstilbudet må staten altså prioritere hvilke behandlinger som skal dekkes, og i hvilken grad pasienten selv må betale deler av behandlingen.

Kriteriene som det norske helsevesenet skal bruke for å vurdere prioriterings spørsmål er tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet (NOU 1997:18, s. 13). Dette betyr at hvorvidt behandlingen du som pasient får tilbud om prioriteres over andre pasienters tilbud bare handler om disse hensynene. Slike prioriteringer kan illustreres ved at man ser for seg at helsevesenet står ovenfor en situasjon hvor to pasienter trenger behandling for den samme sykdommen. Den ene pasienten er syk som følge av uflaks, mens den andre pasienten har et høyt forbruk av tobakk, over lengre tid. I slike tilfeller vil sykehusets kapasitet kunne føre til at kun én pasient kan få tilbud om behandling, for eksempel hvis behandlingen er dyr eller krever utstyr med begrenset tilgjengelighet. Man vil her kunne argumentere for at den første pasienten burde prioriteres framfor den andre, fordi han trolig har større nytte av behandlingen, gitt hensynene fra de tidligere nevnte kriteriene. Man kan også argumentere for at fordi den andre pasienten røyker, er vedkommendes tilstand mer

alvorlig og innebærer risiko for videre helsekomplikasjoner, ettersom røyking medfører en rekke helserisikoer, og derfor må prioriteres over den ikke-røykende pasienten.

En fellesnevner ved verdens helseorganisasjons liste over faktorer knyttet til risiko for ikke-smittsom sykdom, altså tobakk, alkohol, blodtrykk, kolesterol og overvekt, er at de alle i stor grad handler om livsstiler. Man velger ikke nødvendigvis å bli smittet av en bakterie som medfører sykehusinnleggelse, men hvis man røyker har man påført kroppen sin en risiko som følge av et valg man har tatt. Et prioriteringskriterium som ikke brukes i helsevesenet, og som er svært omdiskutert, er personlig ansvar. Dette kriteriet vektlegger hvorvidt du som pasient helt eller delvis har forårsaket ditt behov for behandling, og at dette skal være relevant for hvordan kostnadene fra behandlingen skal fordeles. Denne tanken kan være intuitivt forlokkende for flere grunner. I eksempelet over virker det kanskje ikke ved første øyekast rettferdig hvis den røykende pasienten skal behandles for sin mer eller mindre selvpåførte sykdom, mens den «uskyldige» pasienten må vente. Som John Harris påpeker kan dette synes urettferdig for mange, ettersom tilstanden til den ene pasienten er selvpåført (Harris, 1995, s. 2). En svensk undersøkelse viser at et flertall av leger og legfolk er mer tilbøyelig til å tilby en ikke-røykende pasient en dyr medisinsk behandling, framfor en pasient som røyker (Björk, Lynøe & Juth, 2015, s. 4). Slike holdninger eksisterer til tross for de svenske helsemyndighetenes prinsipp om at prioritering basert på hvorvidt sykdommen eller skaden var selvpåført ikke er tillatelig. Forskingen kan ikke helt spesifikt forklare den konkrete grunnen til hvorfor disse menneskene har disse holdningene, men det viser at personlig ansvar som prioritetskriterium har betydning for mange.

I denne teksten skal jeg se nærmere på personlig ansvar som et prioriteringskriterium. Jeg vil diskutere ulike måter denne tanken kan framstå som appellerende, samt redegjøre for og diskutere motargumenter. Videre vil jeg se nærmere på et bestemt argument for hvordan man kan holde et menneske personlig ansvarlig for sitt risikofylte valg, og hvordan dette argumentet holder i møte med motargumentene. I dette forslaget argumenterer Cappelen & Norheim for at mennesker bør holdes ansvarlig for sine risikofylte valg gjennom skatter og avgifter, fordi man på den måten må ta ansvar for valget sitt, samtidig som man får finansiert kostnadene ved behandlingen av helsekostnadene knyttet til disse valgene. Dette argumentet baserer seg på tanken om flaks-egalitarisme, en retning innen liberal egalitær teori, og handler om at ulikheter som oppstår som følge av et valg er rettferdige, mens ulikheter som følge av ren uflaks er urettferdige (Segall, 2009, s. 10). Derfor vil jeg også kort redegjøre for de grunnleggende elementene i liberal egalitær teori. Når jeg drøfter hvorvidt dette flaks-

egalitære argumentet for personlig ansvar lykkes med å unngå motargumentene, vil jeg peke på hvordan risikoen for at sårbare grupper straffes urimelig hardt kanskje er større en det som framkommer av forfatterens diskusjon. Jeg vil også peke på problemet ved å balansere skattesatsen på et nivå hvor du kan holde risikotakerne ansvarlig samtidig som du ikke blir gjenstand for innvendingene mot personlig ansvar. Diskusjonen skal ikke handle utelukkende om personlig ansvar fra individets perspektiv (selv om dette er et interessant tema), men mer i retning av hvorvidt en slik policy bør innføres fra et bredere samfunnsperspektiv. Til slutt vil jeg peke på hvordan motargumentene jeg diskuterer i teksten ikke nødvendigvis gir et svar på hvorfor det i prinsippet er galt å ansvarliggjøre mennesker i helsevesenet, men heller at motargumentene viser hvor vanskelig en slik policy i praksis vil være å gjøre på en rettferdig og uproblematisk måte.

Hvorvidt liberal egalitær teori gir et godt svar på hvordan man bør fordele goder i samfunnet er et viktig og interessant spørsmål, men det faller utenfor denne tekstens avgrensning. Jeg vil derfor ikke diskutere om prinsippene om ansvar og likhet holder i møte med andre politisk-filosofiske teorier, men snarere akseptere de liberale egalitære premissene for å se hvordan Cappelen & Norheims argument for ansvarliggjøring holder i møte med motargumentene. En slik avgrensning vil være nyttig i diskusjonen om personlig ansvar som prioriteringskriterium ettersom argumentet kan problematiseres på sine egne liberale egalitære premisser, en teori som er godt representert og diskutert i litteraturen (Cappelen & Norheim, 2005; Voigt, 2007; Buyx, 2008; Segall, 2009; Davis, 2021; Fystro, Hofmann, Feiring, 2022). Det er heller ikke tekstens formål å forsøke å gi et overordnet svar på spørsmålet om personlig ansvar burde være en moralsk relevant faktor i helsevesenet, men heller å undersøke et bestemt argument som foreslår en moderat versjon av ansvarliggjøring som unngår mye av de mulige problematiske sidene ved personlig ansvar som prioriteringskriterium. Et slikt moderat argument er interessant i diskusjonen ettersom det virker mer plausibelt å innføre som policy, enn et mer drastisk forslag.

Hvorfor personlig ansvar?

Den svenske undersøkelsen viser altså at det for mange er noe forlokkende ved tanken om at personlig ansvar skal være relevant i spørsmålet om hvem som skal prioriteres i helsevesenet. En mulig grunn til hvorfor det virker intuitivt forlokkende å holde mennesker ansvarlig for deres helse kan være fordi vi tenker at vi er frie til å handle slik vi vil, og at vi derfor burde holdes ansvarlig for de valgene vi tar (Cappelen & Norheim, 2005, s. 1). Som Minkler peker på, betyr tanken om at mennesker har en rett til å handle fritt også at mennesker har en rett til

å ta helserelaterte valg (Minkler, 1999, s. 6). Man kan da utgå fra at ved å legge vekt på personlig ansvar i helsevesenet, vil menneskers frihet til å velge respekteres. Kanskje bør samfunnet kunne kreve at mennesker som nyter godt av helsetjenester som sykehus og legevaktjenester skal ha en plikt til å ta ansvarlige helsevalg for ikke å pådra seg sykdommer som kunne ha vært unngått (Denier, 2005, s. 5).

Ansvarliggjøring kan samtidig også sees på som en mulig måte å finansiere de tidligere nevnte økende kostnadene i helsevesenet, hvis man i større grad legger kostnadene av behandlingen på pasienten, gitt at man regner vedkommende ansvarlig for sin egen sykdom. Å vektlegge personlig ansvar kan også løse problemet ved å bestemme hvilke behandlingstilbud som skal dekkes av det offentlige (Buyx, 2008, s. 3). La oss si at staten står i en situasjon hvor de kan velge å dekke en av to mulige kosmetiske operasjoner. Den ene operasjonen skal fjerne tatoveringer, mens den andre skal fjerne overflødig hud. Hvis vi antar at begge behandlingene er rent kosmetiske operasjoner, og har den samme kostnaden, kan vi bruke personlig ansvar som grunnlag for å dekke kostnadene til operasjonen av overflødig hud, nettopp fordi tatoveringer er noe man velger å få, mens overflødig hud kan være genetisk. Med det samme nytteetiske perspektivet, altså hvor ansvarliggjøring rettferdiggjøres av konsekvensene, kan man også argumentere for at personlig ansvar i helsevesenet kan være en måte å skape insentiver til å ta sunne valg (Cappelen & Norheim, 2005, s. 2). Hvis mennesker som røyker må betale behandlingen sin selv, kan det tenkes at andel mennesker som røyker blir lavere, og at man på den måten kan rettferdiggjøre ansvarliggjøring, ettersom det kan føre til mindre sykdom og lavere økonomiske kostnader.

Innvendinger mot personlig ansvar

Et argument for hvorfor personlig ansvar ikke burde være en relevant faktor i prioriteringsspørsmål, er den humanitære og nytteetiske tanken om at hvis vi kan redusere noens lidelse, burde vi gjøre det, gitt at det ikke medfører uforholdsmessige negative konsekvenser for den som hjelper (Scanlon, 2009, s. 2). Hvis person A har det vondt, mens person B har det mye bedre, burde man allokere ressurser fra person B til person A, hvis vi mener det vil føre til mindre lidelse. Dette kan i beste fall føre til en slutt på lidelsen for person A, uten at det medfører urimelige ulemper for person B. Vi bør ifølge denne tankegangen hjelpe alle mennesker som lider, uansett om de kan klandres for å ha tatt et uansvarlig valg, gitt at det ikke fører til urimelige negative konsekvenser for helsevesenet (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 3). Å begrense noens tilbud til behandling for å stille dem til

ansvar vil derfor være å nekte et menneske den hjelpen hen har krav på, og vil derfor ikke være rettferdig.

Hvis en person som driver med basehopping utsettes for en ulykke som fører til alvorlige skader, oppstår det et svært trengende behov for behandling. Hvis ikke disse skadene behandles vil det kunne medføre at personen risikerer å miste viktige kroppslige funksjoner, og kanskje omkomme. Det virker da urimelig å ikke tilby basehopperen den hjelpen han trenger bare fordi skadene hans er selvforskyldt. Lidelsen pasienten opplever nå, og forverringen i tilstanden som risikeres, kan elimineres ved å bruke offentlige ressurser på behandling, og fordi dette ikke medfører ofre som står i proporsjon til basehopperens lidelser, bør vi tilby behandling. Med denne humanitære, nytteetiske tanken gjør man seg altså ikke moralsk fortjent til behandling ved å handle ansvarlig, så hvorvidt du selv er ansvarlig for skadene skal ikke avgjøre om du får behandling ettersom medisinsk hjelp bør være en grunnleggende rettighet (Segall, 2009, s. 76).

En annen innvending mot ansvarliggjøring i helsevesenet er den liberale innvendingen. Der den humanitære innvendingen handler om å utjevne forskjeller i folks helse, handler den liberale om hvordan ansvarliggjøring som moralsk relevant kriterium kan begrense menneskers muligheter til å utøve sine liberale rettigheter (Cappelen & Norheim, 2005, s. 2). Hvis man har begrensede muligheter grunnet dårlig helse, kan det altså påvirke ens rettigheter. Har du de samme mulighetene til å delta på sosiale og politiske arenaer som friske mennesker, hvis du som følge av din livsstil ikke kan bevege deg utenfor døren? Og hvis man videre begrenser disse syke menneskenes tilbud til behandling, vil kanskje effekten forsterkes ytterligere. Man kan argumentere for at disse begrensningene ikke er sterkt gjeldende ettersom dagens digitale tilbud gir muligheter for å delta på ulike arenaer uten fysisk tilstedeværelse. Det er likevel andre faktorer enn hvorvidt du kan være fysisk til stede i samfunnet som kan begrense friheten din, for eksempel kroniske smerter som gjør at du makter lite. For mennesker med betydelig redusert helse vil det være ekstra vanskelig å ta en utdanning, og følgelig få godt lønnede jobber slik at man kan sikre seg å dekke behovene sine (Davis, 2021, s. 3). Har du kroniske smerter er det på ingen måte umulig å ta en utdanning eller å være kvalifisert til en godt betalt jobb, men du vil ha utfordringer som de du konkurrerer med ikke har, og det blir derfor vanskeligere å konkurrere på lik linje. Hvis du har forverret helse, kan det altså føre til at mulighetene dine begrenses. Hvordan påvirker da begrensede muligheter helsen din?

Som Ben Davis påpeker påvirkes helsen din av dine sosiale omstendigheter. Hvis du må jobbe ekstra lange dager, og kanskje ha flere jobber for å tjene nok til å overleve, vil du ha mindre overskudd til å ta sunnere valg (Davis, 2021, s. 3). Har man et stramt budsjett og begrenset fritid som følge av lange dager i en lavt lønnet jobb, er det lettere å velge et billig og raskt, prosessert alternativ, framfor et måltid med alle næringsstoffene du trenger, som kanskje er dyrere og mer tidkrevende. Her er du heller ikke dømt til å ta de usunne valgene, men det vil være lettere enn det dyrere og mer tidkrevende alternativet. Ifølge Segall er det generelt vanskeligere å opprettholde en sunn livsstil jo færre økonomiske ressurser du har, og hvis helsevesenet skal straffe deg for ukloke helsevalg, vil du i praksis bli straffet for å være straffet (Segall, 2009, s. 81). Det er altså en sammenheng mellom hvordan helsen din påvirker mulighetene dine, og hvordan mulighetene påvirker helsen din. Hvis man da holder et individ personlig ansvarlig for helseproblemet sitt ved å begrense mulighetene i behandlingstilbudet, vil det kunne føre til et forverringsproblem (Davis, 2021, s. 5). Denne innvendingen peker på hvordan kostnadene ved å holdes ansvarlig ved å ikke få behandling inkluderer dårligere helse, som igjen kan begrense dine muligheter til å velge de sunne valgene, ved å begrense ressursene du trenger. Da vil sannsynligheten for at individet tar usunne valg øke, noe som igjen fører til at man blir holdt ansvarlig ved helseproblemer og dermed får begrenset behandling, som potensielt kan føre til enda dårligere helse (Davis, 2021, s. 5).

For å illustrere denne negative spiralen, kan vi se for oss en såkalt sykkelig overvektig pasient som kommer til fastlegen med milde smerter i brystet, som forverres når hun er fysisk aktiv. Etter en blodprøve fastslår legen at pasienten har forhøyede kolesterolverdier, og som følge av dette har hun fått åreforkalkninger. Legen forklarer de ulike måtene dette kan behandles på, men er interessert i hvordan pasienten har endt opp med denne tilstanden. Pasienten forteller om sine vaner, som innebærer et lavt aktivitetsnivå og et usunt kosthold, og legen fastslår at helseproblemene hennes har oppstått som følge av disse valgene. Hvis legen videre nekter å behandle pasienten fordi vedkommende skal stilles til ansvar for valgene sine, vil det kunne føre til sterkere smerter og økt risiko for alvorlig sykdom. Denne risikoen er altså kostnadene av å ikke behandle pasienten, kostnader pasienten da selv må bære. Helsekostnadene fører til at hun kanskje ikke lengre kan arbeide, og får dermed mindre inntekt. Som det ble diskutert tidligere, gjør dette det vanskeligere å velge sunt. Dette poenget styrkes ytterligere hvis vi antar at pasientens overvekt skyldes for eksempel hennes dårlige psykiske helse, som kan tenkes å forverres når hun blir nektet behandling og ikke lengre kan jobbe. Ved å fortsette å ta usunne valg vil hun fortsatt nektes behandling og det er stor sannsynlighet for at spiralen

fortsetter å gå nedover. Davis' poeng er altså at et individs mulighet til å ta et ansvarlig valg vil begrenses hvis man skal gjøre individet ansvarlig for et første valg (Davis, 2021, s. 5).

Eksempelet ovenfor illustrerer et ekstremtilfelle, hvor en pasient med et livstruende helseproblem ikke får behandling, selv etter gjentatt forverring. Ikke alle forslag om ansvarliggjøring er så strenge at de innebærer å nekte en pasient behandling. Davis argumenterer likevel for at risikoen for å havne i dette forverringsproblemet er til stede i alle former for ansvarliggjøring som legger betingelser på et individs adgang til behandling (Davis, 2021, s. 5). La oss si at den overvektige fra eksempelet hadde fått tilbud om stentbehandling, men for å gjøre pasienten ansvarlig for de usunne valgene vil hun prioriteres under andre som skal motta samme behandling. I dette tilfellet reduseres kostnadene på hennes helse, fordi hun etter hvert faktisk får behandling, som reduserer plagene og gjør at hun kan arbeide som normalt, slik at hun ikke opplever de samme tapene i helsa si og i inntektene. Fordi ansvarliggjøringen medfører at behandlingen forsinkes, vil det likevel fortsatt være en periode hvor hun ikke får behandlingen hun ellers kunne ha fått, og forverringsmekanismene kan oppstå. Senere i teksten skal jeg redegjøre for et argument for ansvarliggjøring gjennom skatter og avgifter. Ifølge Davis vil ikke ansvarliggjøring gjennom skatter føre til risiko for forverring, ettersom dette virkemidlet ikke begrenser behandlingstilbudet. Jeg vil likevel diskutere hvorvidt et slikt forslag vil kunne kritiseres av forverringsproblemet.

En annen innvending mot personlig ansvar som moralsk relevant faktor er hvordan sykdom og helseplager ofte preges av ulik grad av flaks, og at det derfor ikke er rimelig å holde et individ ansvarlig for konsekvensene av deres handling (Cappelen & Norheim, 2005, s. 2). Mennesker som tar de samme valgene vil ikke nødvendigvis møte de samme konsekvensene, fordi forhold utenom individets kontroll, som for eksempel genetikk, spiller en stor rolle i hvor sannsynlig det er at du blir syk. For å bruke et individs personlige ansvar som et prioriteringskriterium må vi vite at behovet for behandling har oppstått som en følge av et valg, noe som er enkelt i noen tilfeller, for eksempel ved uansvarlig bilkjøring, men svært vanskelig når det gjelder ikke-smittsomme sykdommer, nettopp fordi genetikk spiller en viktig rolle (Buyx, 2008, s. 3). Man kan se for seg to pasienter, pasient A og B, som begge har røkt en pakke sigaretter hver dag i ti år. Pasient A utvikler lungekreft samt milde respirasjonsproblemer som behandles med en enkel medisin. Pasient B får også de samme respirasjonsproblemene som pasient A, men ikke lungekreften ettersom han mangler den genetiske disposisjonen. I dette tilfellet fører det samme valget til to helt forskjellige

helsekostnader, og det vil derfor være urimelig å stille pasient A til ansvar ved å nekte han behandling eller legge de økonomiske kostnadene på han, bare fordi han hadde uflaks. Det vil altså være urimelig å holde individet ansvarlig for enkelte konsekvenser av sine valg (Cappelen & Norheim, 2005, s. 2).

Man kan likevel argumentere for at det finnes enkelte tilfeller hvor man kan klandres for konsekvensene av valget sitt, selv om man har uflaks. I eksempelet med pasientene som røyker, kan det være fruktbart å se på pasient B som heldig, framfor å påstå at pasient A hadde uflaks. Den høye helserisikoen ved røyking, til og med i moderate mengder er rimelig velkjent, også blant røykere. Alle som engasjerer i en slik aktivitet, burde derfor vite hvilke konsekvenser som kan følge. Hvis en røyker plutselig får kreft på grunn av en ukjent genetisk disposisjon, vil nok ikke det komme som et sjokk for legen, selv om legen ikke kjente til pasientens genetik. Hvis vi sammenligner røykeren med en annen lungekreftpasient som ikke røyker, er vi kanskje mer tilbøyelig til å gi sistnevnte status som uheldig, framfor røykeren, fordi risikoen av røyking er såpass velkjent at røykeren burde ha vært føre var i det tilfelle genetikken hans skulle vise seg å være ufordelaktig. Selv om andre røykere ikke får lungekreft, er risikoen såpass stor og kjent at man kanskje ikke intuitivt vil regne pasienten for uheldig, og at det derfor vil være rimelig å holde han ansvarlig.

En mulig grunn til denne intuisjonen er kanskje nettopp at røykerens helseplager kunne ha vært unngått, hvis han ikke hadde røyket i utgangspunktet. Hva det vil si å kunne ha unngått en risiko, såkalt «avoidability», blir også brukt som en innvending mot ansvarliggjøring. Som Bærøe og Cappelen peker på, virker tanken om at mennesker som kunne ha unngått en risiko burde stilles til ansvar forlokkende, men hva det vil si å kunne ha unngått en risiko er ikke alltid klart (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 3). I røykerens tilfelle kan man argumentere for at han kunne ha unngått den første sigaretten, men den svært avhengighetsskapende effekten røyking har tatt i betraktning, hvor hardt kan han klandres for å ikke klare å unngå å fortsette å røyke? Kanskje lider han av psykiske helseplager med røtter i en traumatisk opplevelse, og bruker sigaretter til å takle stresset. I så fall er det ikke strengt tatt åpenbart at røykeren kunne ha unngått røykingen. Det er kanskje ikke alltid rimelig å tro at folk konsumerer farlige goder av ren fri vilje (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 2). Det samme poenget gjelder i tilfellet med den overvektige pasienten fra eksempelet med forverringsproblemet. Hvor rimelig er det å forvente at hun skulle ha unngått valgene som førte til sykdommen hvis hun var delvis sosialt determinert til det? Som Fystro påpeker, er frivillige valg neppe hele forklaringen på ikke-smittsomme sykdommer når det finnes så store ulikheter på gruppenivå (Fystro, 2021, s. 2).

Poenget med denne innvendingen er at hvis du skal holde noen personlig ansvarlig for valget sitt, må man undersøke hvorvidt pasienten faktisk kunne ha handlet annerledes (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 2).

Det finnes også en rekke praktiske innvendinger som kritiserer ansvarliggjøring på bakgrunn av hvordan en slik policy faktisk lar seg gjennomføre i praksis (Cappelen & Norheim, 2005, s. 2). Hvis pasientens tidligere valg skal være relevant for hvorvidt han skal holdes til ansvar, krever det at legen får all relevant informasjon om pasienten. Legen går da fra å ha en omsorgsrolle til en slags straffeinstans, og skaper en asymmetri mellom pasient og lege, ettersom legen nå sitter på kunnskap som pasienten vanligvis har (Segall, 2009, s. 77). Denne asymmetrien kan sette pasient-lege-forholdet på spill, og føre til at legen ikke lengre kan utføre sin rolle som omsorgsperson. Dette kan føre til at pasienter som burde oppsøke helsevesenet heller holder seg hjemme og går potensielt glipp av viktig behandling.

Et annet problem med denne informasjonsinnhenting er at det kan sette pasientens privatliv på spill, hvis man skal sikre at informasjonen om pasientens fortid skal være rett. For eksempel kan en svært kritisk utspørring oppleves påtrengende og skamfull (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 3), noe som igjen kanskje undergraver legens mål om å være en omsorgsinstans. Ansvarliggjøring kan også her kritiseres for hvor vanskelig det er å påpeke en direkte, klar sammenheng mellom en sykdom og pasientens valg, når flaks-baserte faktorer utenfor individets kontroll spiller en såpass sentral rolle. Skyldes hjerteinfarkt at du ikke hadde en tilstrekkelig sunn livsstil, eller at du var genetisk disponert for det. Hvis man skal kunne tilskrive en pasient personlig ansvar må man påvise en kausal sammenheng, som ikke alltid er lett (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 3), fordi det vil være urimelig å holde noen til ansvar for en sykdom man ikke kan påvise en direkte sammenheng til et selvstendig valg.

Hvis vi skal legge personlig ansvar til grunn i spørsmålet om hvordan kostnadene skal fordeles må vi også finne ut hvilken type oppførsler vi vil straffe (Cappelen & Norheim, 2005, s. 3). Hvor da går grensen mellom moralistiske dommer og berettiget straff? Hvis helserisikoen skal være av relevans vil ikke bare røyking, men et inaktivt liv på sofaen, som også øker risikoen for alvorlig sykdom måtte gjøres ansvarlig. Som Cappelen og Norheim peker på, medfører også enkelte seksuelle preferanser en viss risiko når det gjelder kjønnssykdom, noe som er et svært sensitivt tema i samfunnsdebatten. Det ville nok derfor ha vært svært kontroversielt å ansvarliggjøre mennesker som velger å delta i ubeskyttet seksuell omgang med mange forskjellige mennesker, ved å for eksempel legge kostnadene ved behandlingen av kjønnssykdommer på dem selv. Spørsmålet om hvilke livsstiler man med rett

kan holdes ansvarlig for, og hvilke man skal akseptere må derfor også undersøkes hvis man gjennomfører en personlig ansvarspolitik i helsevesenet. Denne innvendingen gir oss ikke en prinsipiell grunn for hvorfor ansvarliggjøring av risikofylte helsevalg er galt, og diskusjoner om de enkelte kontroversielle livsstilene kan kanskje gi oss fruktbar innsikt i hvordan man kan løse disse problemene.

Det liberale egalitære argumentet

I denne delen skal jeg se på et forslag til hvordan man kan holde mennesker personlig ansvarlig for helsa si, nemlig Cappelen og Norheims argument for å holde mennesker ansvarlig for usunne valg gjennom skatter og avgifter. Dette argumentet baserer seg på en variant av liberal egalitær teori, nemlig såkalt flaks-egalitarisme. Liberal egalitær teori får navnet sitt fra prinsippene om frihet og likhet, og handler om hvordan vi bør fordele ressurser på en rettferdig måte. Flaks-egalitære teorier sier at det er urettferdig at et menneske skal ha det verre enn et annet på grunn av faktorer som er utenfor hans kontroll (Segall, 2009, s. 10). Målet for en rettferdig omfordeling vil derfor være å utjevne forskjeller som oppstår som følge av slike forhold. Er det for eksempel rettferdig at røykeren fra det tidligere eksempelet får lungekreft, mens den andre pasienten bare får milde plager, når de har gjort akkurat det samme? Fordi forskjellen mellom de to er et resultat av flaks, vil dette være en urettferdig ulikhet, ifølge flaks-egalitær teori.

Som jeg diskuterte tidligere er spørsmålet om hvorvidt røykeren har fått kreft på grunn av en faktor som er utenom hans kontroll ikke helt klart. Han hadde ikke fått lungekreft om han ikke hadde tatt valget om å røyke, men på grunn av hans genetiske disposisjon innebar røykingen en større risiko enn det andre røykere opplevde. Fordi røykerens kreft (sammenlignet med andre pasienter som ikke fikk kreft) oppsto som følge av den genetiske disposisjonen vil dette være en ulikhet med røtter i faktorer utenfor individets kontroll. Hadde han vært klar over sin genetiske disposisjon, hadde saken vært annerledes ettersom det opprinnelige valget om å røyke vel vitende risikoen var innenfor hans kontroll.

Videre sier teorien om flaks-egalitarianisme at ulikheter som oppstår som følge av faktorer som er innenfor individets kontroll er rettferdige (Segall, 2009, s. 100). Her gjøres det altså et skille mellom omgivelser, som ikke er rettferdige grunner til ulikheter, og valg, som er rettferdige. Hvis jeg velger å kjøre langt over fartsgrensen, som fører til at jeg havner i en ulykke hvor jeg kolliderer med en annen bil, vil en konsekvens kunne bli at det oppstår en ulikhet i helsa mi. Kanskje brekker både jeg og personen i bilen jeg kolliderte med beinet.

Fordi jeg valgte å kjøre fort er det derfor rettferdig at jeg må ta ansvar for ulikhetene i helsa mi. Ettersom personen i den andre bilen ikke tok uansvarlige valg, men heller ble utsatt for grov uflaks, er hans skade urettferdig i tråd med flaks-egalitær teori.

Den flaks-egalitære teorien Cappelen og Norheim anvender består av to prinsipper. Ansvarsprinsippet, som sier at mennesker burde holdes ansvarlig for valgene sine, og likhetsprinsippet, som sier at mennesker som tar de samme valgene burde møte de samme utfallene (Cappelen & Norheim, 2005, s. 3). Overført til helsevesenet betyr dette at mennesker som tar de samme valgene burde behandles som om de er identiske med tanke på alle faktorer utenom deres kontroll. Dette betyr at både røykeren med den genetiske disposisjonen og røykeren uten, burde bli behandlet som om de begge har den samme risikoen, og får dermed det samme tilbudet om behandling.

Hvis vi husker tilbake til motargumentene, baserte deler av kritikken seg på det faktum at det er urettferdig å holde noen ansvarlig for konsekvensene av valget sitt, ettersom disse ofte preges av ting som personen ikke kan noe for, eller som ikke står i forhold til valgets alvorlighetsgrad. Hvis jeg for eksempel velger å gå over gaten selv om det ikke er grønn mann, kan konsekvensen av det være at jeg blir alvorlig og varig skadet, en straff mange nok vil tenke ikke står i forhold med hvor alvorlig valget mitt var. Risikoen for å bli hardt skadd var forutsigbar, men det virker intuitivt som en hardere straff enn jeg kanskje fortjener. Cappelen og Norheim argumenterer for at deres versjon av den liberale egalitære teorien ikke innebærer at mennesker skal holdes ansvarlig for konsekvensene av valget sitt, men valget i seg selv (Cappelen & Norheim, 2005, s. 3). De mener altså at det ikke er slik at hvis et individ kunne ha unngått konsekvensene, da burde de holdes ansvarlig ved for eksempel å nektes behandling. Fordi jeg kunne ha unngått å bli påkjørt ved å ikke ha gått over gaten på feil tidspunkt, vil skaden som konsekvens være for mye å holde meg ansvarlig for, og behandling burde derfor fortsatt tilbys. Hvis det er urimelig å holde noen ansvarlig for konsekvensene av sine handlinger, hvordan kan man da bruke en slik teori til å vektlegge den moralske relevansen av personlig ansvar?

I utarbeidelsen av det liberale egalitære forslaget til ansvarliggjøring spør Cappelen og Norheim seg hvordan kostnadene for behandling bør fordeles i en situasjon hvor alle pasienter behandles likt uavhengig av sine valg. Først antar de at enkelte, skattbare goder kan sees i sammenheng med behovet for behandling av sykdommer (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). For eksempel viser forskning en sammenheng mellom konsumering av sigaretter og helseproblemer, slik jeg nevnte innledningsvis. Den liberale egalitære løsningen på hvordan

man kan ansvarliggjøre risikofylte valg, blir dermed å skattlegge disse godene i stedet for å legge begrensninger på pasientens tilgang på behandling (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Da må man heller ikke finansiere behandlingen ved å få pasienten til å betale for behandlingen selv, men heller gjennom skattene og avgiftene på selve godene. Alle som røyker vil da møte de samme kostnadene, nemlig den økte prisen på sigarettene, uavhengig av om røykingen faktisk fører til konsekvenser som øker kostnadene enda mer, for eksempel hvis man får lungekreft. Følgelig betyr dette også at egenandeler ved videre behandling ikke er rettferdige, nettopp fordi de er et resultat av uflaks.

Argumentet i møte med motargumentene

Cappelen og Norheim starter utarbeidelsen av sitt argument for ansvarliggjøring gjennom skatter med å påstå at deres liberale egalitære respons på spørsmålet om personlig ansvar unngår det meste av kritikken til motargumentene. De humanitære bekymringene vil ikke være relevante, ettersom alle som trenger behandling får det tilbudet de trenger selv om de har foretatt usunne eller andre risikofylte valg (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Det er vanskelig å se for seg hvordan skatter på farlige goder kan bryte prinsippet om at alle som trenger behandling dermed også fortjener behandling. Bærøe og Cappelen argumenterer for hvordan det kan være fruktbart å se på de forskjellige fasene i sykdomsforløpet og hvor ulike forslag til ansvarliggjøring ligger (Bærøe og Cappelen, 2015, 3). Ved å skattlegge risikofylte goder legger man ansvaret på den innledende risikofasen, altså før personens sykdom har oppstått. Dette betyr at når sykdommer oppstår og pasienten tar kontakt med helsevesenet har vedkommende allerede blitt stilt til ansvar for valget sitt, og valget vil derfor ikke være av moralsk relevans i spørsmålet om pasientens tilbud til behandling eller fordeling av kostnader. Det liberale egalitære forslaget om skattelegging bryter altså ikke med det humanitære prinsippet, ettersom pasienten får det samme tilbudet om behandling.

Ved å legge ansvaret på situasjonen før sykdommen oppstår unngås også mange av de andre motargumentene. Hvis du har helseplager som følge av for høyt inntak av tobakk vil ikke legen nødvendigvis trenge all informasjonen om hvordan du havnet i den helsetrengende situasjonen, fordi han ikke skal bedømme om du skal holdes til ansvar eller ikke (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Pasienten kan derfor være trygg på at de opplysningene som legen vil ha, er nødvendige for å stille en diagnose, og ikke for å bruke mot pasienten. Derfor vil heller ikke pasientens privatliv stå på spill, og forholdet mellom lege og pasient er ikke truet slik man kanskje risikerer ved andre måter å ansvarliggjøre på. Man trenger heller ikke å påvise noen direkte kausal sammenheng mellom pasientens sykdom og deres valg, fordi

ansvarliggjøringen er rettferdig hvis man påviser at handlingen skyldes risikofylte valg (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Å bruke skattelegging som et virkemiddel for ansvar virker ifølge Segall som en åpenbar måte å unngå disse praktiske problemene som oppstår hvis legen får ansvaret for helsevesenet (Segall, 2009, s. 78). Denne kritikken vil altså ikke være treffende for Cappelen og Norheims argument.

Når det kommer til den liberale innvendingen, påstår Cappelen og Norheim at en moderat skattlegging ikke vil redusere noens helsemessige og sosiale muligheter, og at det tvert imot sikrer at ikke-røykeres muligheter skal være upåvirket (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Når det gjelder ikke-røykere, er det klart at skattlegging på sigaretter ikke begrenser deres muligheter, fordi man flytter kostnadene for behandling av røykerelaterte sykdommer fra det offentlige og over på røykerne, som er risikotakere. Når det gjelder de som faktisk konsumerer godene, og dermed bærer ansvaret, er svaret ikke like klart. Som vi husker fra tidligere i teksten, tar noen mennesker usunne valg grunnet avhengighet. Mange alkoholikere har alkohol øverst på handlelisten fordi de lider av en avhengighet og dermed prioriterer dette godet foran andre. Hvis vi da innfører en helseskatt på alkohol, slik det liberale egalitære forslaget lyder, vil det gjøre alkoholen dyrere. Det er likevel ikke gitt at en økt pris på alkohol fører til at alkoholikere drikker mindre. For denne gruppen er alkohol et uelastisk gode, altså et gode hvor du kan øke prisen uten at etterspørselen går særlig ned (Begg, Vernasca, Fischer & Dornbusch, 2020, s. 58). Med et gitt budsjett vil da dyrere alkohol ikke føre til mindre konsum hos den sårbare gruppen, men kanskje heller et lavere konsum av andre matvarer med viktige næringsstoffer (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 3). Fordi alkoholen står øverst på handlelista kan det altså hende at du ikke lengre har råd til å kjøpe mat, siden alkoholen har blitt dyrere. Uten andre sosiale virkemidler som beskytter de sårbare gruppene vil da en slik skatt kunne føre til begrensninger i mulighetene for disse menneskene, og den liberale innvendingen vil derfor være relevant, i hvert fall for slike sårbare grupper.

En slik risiko for begrensninger i muligheter gir ved første øyekast også en risiko for forverringsproblemet. Hvis du er avhengig av alkohol vil en økning i priser føre til at du får mindre penger til viktige matvarer. Det blir altså vanskeligere å ta et sunt valg, som igjen fører til at du kan få verre helse. Det er likevel viktig å påpeke at du fortsatt vil få tilbud om behandling i helsevesenet når disse nye helseproblemene oppstår, og at du derfor faktisk ikke vil bli rammet av en særlig sterk forverringseffekt. Begrensningene i muligheter for den sårbare gruppen kan likevel være et relevant problem som følge av det liberale egalitære forslaget om skattlegging som virkemiddel for ansvar. Dette poenget styrkes ytterligere av det

faktum at sårbare og sosialt vanskeligstilte mennesker blir sykere og dør tidligere enn mennesker i høyere sosiale posisjoner, mye fordi de har en høyere sjans til å eksponeres mot risikofylte varer som alkohol og tobakk (WHO, 2022).

Hvor hardt en skatt vil ramme (uten andre sosiale virkemidler som motvirker dette), er altså avhengig av hvor stor skattesatsen er, ettersom høyere skattesats fører til høyere pris, som igjen kan føre til mindre budsjett for essensielle varer for mennesker som er syke. Cappelen og Norheim mener at skattlegging ikke begrenser antall helserelaterte muligheter, hvis satsen ikke er overdrevent høy (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). De mener også at en slik skatt på godene som forårsaker livsstilssykdommene skal finansiere behandlingen, slik at mennesker som ikke deltar i denne risikofylte aktiviteten ikke skal få sine muligheter begrenset ved å måtte betale risikotakernes kostnader. Harmoniserer disse målene? La oss anta at behandlingen av lungekreft på landsbasis er dyrt. Hvis man da skal kunne finansiere behandlingen av for eksempel tobakksrelaterte sykdommer som lungekreft, utelukkende ved hjelp av en skatt på tobakk, vil det være mulig uten en overdrevent høy skatt? En mulig følge av den overdrevne høye skatten er begrensninger i helsemulighetene til de tidligere diskuterte sårbare gruppene, og kritikken fra den liberale innvendingen vil være gjeldende.

En slik tolkning av Cappelen og Norheims argument er kanskje ikke en veldig velvillig og rettferdig tolkning, ettersom gapet mellom kostnadene knyttet til konsekvensene av røyking og inntektene fra skatter og avgifter på enkeltgoder er relativt åpenbar. Forslaget er kanskje heller at kostnadene skal fordeles i større del på risikotakerne, men ikke utelukkende på disse. Det kan likevel være interessant å stille spørsmål ved hvor høyt man kan øke skattesatsen før den begynner å begrense mulighetene til å leve frie og gode liv hos de sårbare gruppene. Og hvis det foreslåtte skattenivået er på et nivå som ikke er særlig høyt, dukker spørsmålet om man faktisk tar ansvar for valget sitt gjennom en slik skatt opp, ettersom man får det samme behandlingstilbudet. Her er det også viktig å påpeke at forfatterens argument ikke baserer seg på tanken om insentiver, altså idéen om at ansvarliggjøring er ønskelig fordi det gir insentiver til å handle på en viss måte (Cappelen & Norheim, 2005, s. 1). Dette er viktig å påpeke ettersom et argument basert på insentiver er avhengig av hvorvidt en skatt faktisk fører til mindre konsum og dermed mindre sykdommer, mens Cappelen og Norheims argument står selv om dette ikke skulle være tilfelle, fordi de mener prinsipielt at det er rettferdig at folk som deltar i risikofylte aktiviteter i større grad skal finansiere behandlingen (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Argumentet brister altså ikke selv om det er et gap mellom kostnadene av behandling og inntektene ved skattene, fordi man ifølge dette forslaget stilles ansvarlig når

man må betale høyere pris for valget sitt. Likevel vil jeg argumentere for at man står ovenfor et problem, nemlig hva et rettferdig skattenivå innebærer. Hvis skatten settes veldig høyt vil kostnadene fra behandlingen av livsstilssykdommene i større grad finansieres av risikotakerne, men faren for at de sårbare gruppene får sine muligheter begrenset er høyere. På den andre siden vil en for lav sats føre til at den liberale innvendingen vil være mindre relevant, ettersom disse gruppene ikke vil rammes like hardt økonomisk, men da må kostnadene for behandlingen i større del finansieres av alle, og ikke bare risikotakerne. Her kan man stille spørsmålet om hvorvidt risikotakerne faktisk holdes ansvarlig, siden de betaler en så lav pris for valget sitt samtidig som de får fullt tilbud om behandling.

En annen svakhet ved teorien som Cappelen og Norheim selv påpeker, er at ikke alle livsstiler kan skattlegges (Cappelen og Norheim, 2005, s. 4). Røyking er et fruktbart eksempel på et gode med klar sammenheng med risiko for sykdom, og som kan skattlegges. Det finnes et hav av risikofylte aktiviteter som ikke henger sammen med konsumeringen av et spesifikt gode. Sykelig overvekt er en helsetilstand hvor risikoen medfører for eksempel hjerte- og karsykdom, og kreft. Samtidig er det mange måter å bli sykkelig overvektig på. Et høyt inntak av f.eks. prosessert mat med høyt energiinnhold er én faktor som kan bidra, og dette er et konsum som man kan forsøke å regulere gjennom skatter. En gruppe man ikke kan stille til ansvar med det liberale egalitære forslaget er mennesker som er sykkelig overvektig som følge av inaktivitet. Dette er en livsstil som er vanskelig å ansvarliggjøre ved hjelp av skatter og avgifter. Andre mer direkte risikofylte aktiviteter som for eksempel basehopping eller svømming i farlige omgivelser er også vanskelig å skattlegge. Man må derfor anerkjenne at forslaget om skattlegging ikke er perfekt, fordi det ikke kan dekke all risiko (Bærøe & Cappelen, 2015, s. 4). Spørsmålet om hvilke livsstiler man kan ansvarliggjøre ved Cappelen og Norheims forslag er derfor begrenset ettersom mange risikofylte aktiviteter ikke kan skattlegges. Det er ikke bare spørsmål om hvilke livsstiler man kan ansvarliggjøre som er viktig, vi må også undersøke hvilke risikofylte livsstiler som bør straffes. Som tidligere diskutert, vil ansvarliggjøring av enkelte risikofylte seksuelle livsstiler være mer kontroversiell enn skatt på tobakk. Det liberale egalitære argumentet vil derfor ikke komme fordi denne innvendingen, og man møter utfordringen ved å balansere mellom rettferdig ansvarliggjøring og moralisme, noe forfatterne selv vedkjenner seg.

Når det gjelder argumentet om at det er urettferdig å holde noen ansvarlig for faktorer som ligger utenfor deres kontroll, mener Cappelen og Norheim at dette ikke vil treffe deres forslag, ettersom denne kritikken er ment for retninger innen liberal egalitær teori hvor et

individ skal stilles til ansvar for de faktiske konsekvensene (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). Ved å legge ansvaret til før helseproblemene (konsekvensene) oppstår, vil man unngå å måtte straffes for ting man ikke kan styre, for eksempel at man utvikler sykdom som følge av genetikk. Forfatterne lykkes derfor med sitt forslag om en måte å stille folk til ansvar på som kommer seg unna denne kritikken, men det tidligere spørsmålet om hvorvidt man kanskje burde holdes ansvarlig for enkelte konsekvenser svarer ikke teorien på. Kritikken av hvilke konsekvenser man burde ha forutsett er heller ikke treffende ettersom konsekvensene ikke er av relevans i Cappelen og Norheims forslag. Diskusjonen om hvorvidt konsumet av de risikofylte godene faktisk er et valg innenfor individets kontroll står fortsatt som en viktig utfordring for det liberale egalitære forslaget, noe forfatterne også her anerkjenner som et problem (Cappelen & Norheim, 2005, s. 4). På den ene siden anerkjenner man at det er urimelig å ansvarliggjøre mennesker som har en usunn livsstil som følge av svært uheldige sosiale omstendigheter, for eksempel en traumatisk oppvekst. Dette gjør man fordi man kan på bakgrunn av denne informasjonen argumentere for at det usunne valget faktisk ikke var et frivillig valg. På den andre siden vil vi stille mennesker som har en usunn livsstil som følge av sitt faktiske frivillige valg til ansvar. Da vil ikke skatter og avgifter på tobakk kunne skille mellom disse to sistnevnte gruppene, noe som er problematisk for argumentet. Dette problemet er i stor grad et praktisk problem, som ikke nødvendigvis påpeker en svakhet ved personlig ansvar som moralsk relevant kriterium i seg selv, men viser hvordan skatter og avgifter som en versjon av ansvarliggjøring ikke vil klare å skille mellom disse gruppene.

Kritikken av personlig ansvar som moralsk relevant kriterium er nettopp preget av at det er vanskelig å gjennomføre en slik policy, og andre nytteetiske bekymringer om uønskede konsekvenser. Som jeg har diskutert, må en rekke krav dekkes før man kan ansvarliggjøre noen på en uproblematisk måte, ifølge flaks-egalitær teori. Vi må vite at pasientens behov for behandling er et følge av et usunt valg, og ikke et resultat av ren uflaks. Vi må passe på at pasientens muligheter til å leve et like fritt og godt liv som andre ikke begrenses, og at ansvarliggjøringen ikke straffer de som allerede har det kjipt, og heller ikke sender pasienter inn i en forverringssyklus. En annen bekymring som jeg diskuterte tidligere er at ansvarliggjøringen kan føre til uforholdsmessige harde straffer for de som trenger behandling, for eksempel hvis jeg får alvorlige, permanente skader som følge av et øyeblikk uforsiktighet når jeg skulle gå over gaten. Man må også kartlegge hvorvidt pasienten kunne ha unngått det usunne valget, finne all relevant informasjon om pasientens helsevalg, finne noen til å finne denne informasjonen, samt bestemme hvilke livsstiler som skal straffes. Disse hensynene gjør

det vanskelig å innføre personlig ansvar som prioriteringskriterium på en måte som ikke er problematisk ifølge motargumentene.

Hva om vi antar en situasjon hvor alle disse hensynene ikke er relevante, kan vi da holde noen ansvarlig for sitt valg? For å forsøke å illustrere dette kan vi se for oss en rik person som velger å stå på ski ned et fjell i ruspåvirket tilstand. Den rike personen er vel vitende om risikoen som denne aktiviteten medfører, men velger å ta sjansen, ettersom løypen han skal stå ned er eid av han, og risikoen for å skade andre alpinister er dermed null. Fordi sansene hans er sløvet fra alkoholen han har drukket mister han kontrollen og kjører inn i et tre, noe som gjør at han brekker flere bein.

Hvis vi antar en situasjon hvor personlig ansvar blir brukt som et moralsk relevant kriterium, kan vi se for oss at den rike personen blir nektet behandling i helsevesenet fordi han var uansvarlig. Han må derfor betale for behandlingen sin helt selv hos en privat klinikk. Det er ingen tvil om at skadene til vedkommende er en direkte årsak av hans uansvarlige og frivillige valg, et poeng som styrkes ved at personen var klar over risikoen på forhånd. Man kan argumentere for at ulykker på ski kan preges av uflaks, men gitt alpinistens ruspåvirkede tilstand var risikoen så høy at utfallet ikke var usannsynlig. Vi antar også at personen kunne ha handlet annerledes, ettersom han ikke var sosialt determinert til valget om å stå på ski i ruspåvirket tilstand. På grunn av hans økonomiske situasjon er det ingen fare for at de høye kostnadene han nå må betale vil føre til en begrensning i muligheter. Man kan argumentere for at fordi kostnadene ved å dekke operasjonene som pasienten må ha er så høye, er dette en urimelig straff sammenlignet med hans risikofylte valg, men ettersom kostnadene utgjør en ubetydelig del av rikingsens økonomi er ikke denne kritikken treffende. Er det da urimelig å straffe den rike pasienten på denne måten?

Ifølge flaks-egalitær teori vil det være rettferdig at kostnadene ved behandling av den rike alpinisten skal betales av han selv, og ikke av fellesskapet, ettersom behovet for behandling har oppstått som følge av et selvstendig, fritt og uansvarlig valg. Et argument jeg har sett på i denne teksten er tanken om at mennesker har rett på behandlinger i helsevesenet (Segall, 2009, s. 76). Ansvarliggjøring vil derfor ikke ha noen plass i helsevesenet, ettersom helsevesenets instruks etter det humanitære prinsippet vil være å hjelpe mennesker som trenger behandling, uansett om det er selvpåført eller ikke. Man vil kanskje også kunne argumentere for at helsevesenet som statlig institusjon skal bidra til å oppdra samfunnets mennesker til å handle ansvarlig og å ta vare på sin egen helse, noe ansvarliggjøring kan eller ikke kan bidra til. Denne diskusjonen faller utenfor denne oppgavens omfang, men poenget er

at selv om det oppstår praktiske og konsekvensetiske problemer ved Cappelen & Norheims argument for ansvarliggjøring, og andre versjoner for øvrig, betyr ikke det at personlig ansvar som prioriteringskriterium bør forkastes med det første. Det betyr tvert imot at spørsmålet kan angripes fra andre normative etiske teorier, som kanskje gir andre svar enn de som kommer frem i denne teksten.

I denne oppgaven har jeg altså sett på personlig ansvar som et mulig moralsk relevant kriterium for prioritering i helsevesenet. Dette temaet er svært relevant ettersom forskning viser hvordan de økende kostnadene i helsevesenet i stor grad kommer fra ikke-smittsomme sykdommer, blant annet som følge av usunne livsstilsvalg som røyking og inaktivitet. Personlig ansvar er ikke et kriterium som vektlegges i det norske helsevesenet, ettersom prioriteringer skal tas etter hensyn om tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Likevel viser en svensk undersøkelse at svenske leger og legfolk vektlegger personlig ansvar i spørsmålet om hvem som skal prioriteres for behandling. Personlig ansvar som relevant prioriteringskriterium kan være forlokkende for en rekke grunner, for eksempel som en måte å finne ut hvilke behandlinger staten skal dekke, eller som en måte å respektere menneskers frihet på. Det finnes en rekke motargumenter som kritiserer personlig ansvar som prioriteringskriterium, og de fleste jeg har diskutert i denne teksten har handlet om mulige uønskede konsekvenser, som for eksempel en begrensning i muligheter hos sårbare grupper, samt praktiske utfordringer som å kartlegge hvilke livsstiler man skal holdes ansvarlig for. Et argument for å holde mennesker personlig ansvarlig er Cappelen & Norheims liberale egalitære forslag til å holde mennesker ansvarlig gjennom skatter og avgifter på risikofylte goder. I denne teksten har jeg sett på hvordan dette argumentet holdt i møte med de tidligere diskuterte innvendingene. Argumentet unngår store deler av kritikken, men har sine problematiske sider, blant annet spørsmålet om hvordan man skal balansere en skattesats slik at den ikke gir urettferdige konsekvenser for sårbare grupper, men samtidig er høy nok til å stille mennesker til ansvar og bidrar til finansiering av behandlinger i helsevesenet. Til slutt pekte jeg på hvordan motargumentene jeg diskuterte i teksten er preget av nytteetiske hensyn, og ikke nødvendigvis sier noe om hvorvidt personlig ansvar som prioriteringskriterium i prinsippet er galt eller ikke. Konklusjonen i teksten er at de nytteetiske motargumentene peker på hvor vanskelig det vil være å innføre en rettferdig måte å holde mennesker ansvarlig for sine risikofylte helsevalg i praksis, men at de ikke gir et grunnlag for å si at personlig ansvarliggjøring er galt på et prinsipielt grunnlag, hvis man ser bort fra alle nytteetiske bekymringer.

Referanser

Begg, D., Vernasca, G., Fischer, S. & Dornbusch, R. (2020). *Economics* (12. utgave). McGraw-Hill Education.

Björk, J., Lynøe, N., Juth, N. (2015). 'Are smokers less deserving of expensive treatment? A randomised controlled trial that goes beyond official values'. *BMC Medical Ethics*, 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0019-7>

Buyx, A. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *Journal of medical ethics*, 34(12), 871–874. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.024059>

Bærøe, K. & Cappelen, C. (2015). Phase-dependent justification: the role of personal responsibility in fair healthcare. *Journal of medical ethics*, 41(10), 836–840. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102645>

Cappelen, A. W. & Norheim, O. F. (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of medical ethics*, 31(8), 476–480. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.010421>

Cappelen, A. W. & Norheim, O. F. (2006). Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health policy*, 76(3), 312–319. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.013>

Davies, B. (2022). Responsibility and the recursion problem. *Ratio*, 35, 112– 122. <https://doi.org/10.1111/rati.12327>

- Dennier, Y. (2005). On personal responsibility and the human right to healthcare. *Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, 14(2), 224–234. <https://doi.org/10.1017/s0963180105050309>
- Ding, D., Lawson, KD., Kolbe-Alexander, TL., Finkelstein, EA., Katzmarzyk, PT., Mechelen, W., Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016; 388:1311-24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- Fystro, J. (2021). Mellom ansvar og skyld: Personlig ansvar i fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 89. 36-8.
- Fystro, J. R., Hofmann, B. & Feiring, E. (2022). On the person in personal health responsibility. *BMC medical ethics*, 23(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00802-y>
- Harris, J. (1995). Could we hold people responsible for their own adverse health? *The Journal of contemporary health law*, 12(1), 147-153.
- Lim, SS., Vos, T., Flaxman, AD., et. al. (2015). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2224-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 26(1), 121–140. <https://doi.org/10.1177/109019819902600110>
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/?ch=1>
- Scanlon, T. M. (2009). The diversity of objections to inequality. I Scanlon, T. M., *The Difficulty of Tolerance*. Cambridge University Press.
- Segall, S. (2009). *Health, Luck, and Justice*. Princeton University Press.
- Voigt, K. (2007). The Harshness Objection: Is Luck Egalitarianism Too Harsh on the Victims of Option Luck?. *Ethic Theory Moral Prac*, 10, 389-407. <https://doi.org/10.1007/s10677-006-9060-4>

World Health Organisation. (2002). *The world health report: Reducing risks, promoting healthy life*. WHO.

World Health Organisation. (2022, 16. september). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>