

Bør det norske helsesystemet prioritere ressurssvake pasienter over ressurssterke?

En filosofisk analyse av et offentlig verdispørsmål

Ingvild Bergan

Veileder

Terje Mesel

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for Humaniora og pedagogikk

Institutt for Religion, filosofi og historie

INNHOOLD

	Forord	iii
DEL 1	PROBLEMSTILLING, MÅL OG BEGRUNNELSER	1
KAPITTEL 1	Et offentlig verdispørsmål	2
	Innledning	2
	Problemstilling.....	2
	Mål	3
	Begrunnelser	3
KAPITTEL 2	Teori og metode	8
	Valg av teori.....	8
	Valg av metode	9
KAPITTEL 3	Forslaget, reaksjonen og ulike politiske perspektiver	11
	Prioriteringsdebatten.....	11
	Et prioriteringsforslag.....	12
	Et spørsmål om rettferdig prioritering	15
KAPITTEL 4	Caset	19
	Diagnosene.....	19
	Røykeren Ole.....	19
	Astmatikeren Per.....	20
	Ressursene strekker ikke til	20
DEL 2	DEN FILOSOFISKE ANALYSEN	22
KAPITTEL 5	Fortjeneste og rettferdighet	23
	Den filosofiske rammen.....	23
	Begrepsdefinisjoner	24
	Fortjenestens natur – i korte trekk.....	25
	Rettferdighet – en av flere verdier	25
	Hva består rettferdigheten av?.....	26
	Hva kjennetegner fortjeneste?.....	32

	Hvordan etableres et fortjenestekrav?.....	37
	”Poetic justice”	42
	Oppsummering.....	45
KAPITTEL 6	Moralsk intuisjon og begrepet om flaks	46
	Flaks.....	46
	Fortjeneste og ansvar	47
	Å endre intuisjon	50
	Innsats eller flaks?	52
	Oppsummering.....	59
KAPITTEL 7	Klandrer vi røykeren Ole?	60
	Moralsk ansvar og klander	61
	Klanderpraksis	63
	Vår villighet til å klandre.....	67
	Incentiv til nedprioritering	70
	Oppsummering.....	72
DEL 3	KONKLUSJON OG UTBLIKK	73
KAPITTEL 8	Sammendrag og konklusjon	74
KAPITTEL 9	Utblikk	76
	Litteraturliste	80

FORORD

Ønsket om å skrive en masteravhandling av filosofisk karakter oppstod allerede under filosofistudier i Oslo i 2009. At den skulle dreie seg om rettferdighets spørsmål knyttet til prioriterings spørsmål i helsesektoren ble ikke klart før jeg kom over en artikkel i Aftenposten sommeren 2010 som refererte til et så dristig prioriteringsforslag at det var umulig å forsøke å ta stilling til det. *Ressurssvake pasienter bør prioriteres foran ressurssterke*. Gjennom samtaler med venner og bekjente ble det fort klart at dette var et forslag som både engasjerte og provoserte. Begreper som ”fortjeneste” og ”rettferdighet” forekom hyppig, og jeg har fortsatt til gode å treffe på noen som ikke på en eller annen måte har en mening å fare med i forbindelse med det aktuelle forslaget.

Jeg skjønnte imidlertid raskt at det ville være umulig å komme frem til et absolutt svar på om forslaget burde gjennomføres eller ei. Til det eksisterer det altfor mange faktorer å ta hensyn til. Likevel kunne jeg ikke dy meg på å gjøre et forsøk. Lysten til å gjennomføre økte i samsvar med den pågående prioriteringsdebatten, og følelsen av å kunne bidra i denne debatten har gjennom hele prosessen vært en sterk drivkraft.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til Terje Mesel for kritisk og ærlig veiledning når det gjelder både innhold og struktur av oppgaven. Uten deg ville jeg gjentatt meg selv i det uendelige og det ville vært bortimot umulig for ”en stakkars leser” å finne frem. Deretter ønsker jeg å takke min kjære Iver Andreas for en mengde kloke og oppmuntrende ord det siste året. Hodet mitt har vært avhengig av deg. Sist, men ikke minst, vil jeg rett en takk mot medstudenter og ansatte ved Universitetet i Agder som gjennom ulike fora har kommet med velmenende kritikk og gode forslag til forbedringer underveis.

Oslo 10. mai 2011
Ingvild Bergan

DEL 1

PROBLEMSTILLING, MÅL OG BEGRUNNELSER

KAPITTEL 1

ET OFFENTLIG VERDISPØRSMÅL

Befolkningens helse påvirkes av mange forhold som ligger utenfor helsesektoren som utdanning, jobb, inntekt, levevaner og etnisk bakgrunn. I Norge, som i de fleste andre land, er sammenhengen mellom sosial posisjon og helsetilstand betydelig og veldokumentert. Mennesker fra høyere sosiale lag lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag. Slike forskjeller er både et folkehelseproblem og et rettferdighetsproblem. (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2010).

Det er et helsepolitisk mål at alle i landet skal ha like gode muligheter til å ha god helse uavhengig av hvor de bor, hvor de kommer fra, hvilken alder og hvilket kjønn de har, om de tjener godt eller dårlig, og om de har høy eller lav utdanning. Derfor er det også et mål å utjevne helseforskjeller som kan tilskrives slike forhold. (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010).

INNLEDNING

20. mai 2010 skriver professor i sosialmedisin Bjørgulf Claussen i en lederartikkel i Tidsskrift for den norske Legeforening at ”vi bør være snarere med å legge inn en ressursfattig pasient i sykehus enn en vanlig, ressurssterk for samme medisinske tilstand.” Grunnlagt for denne påstanden ligger blant annet i forskning som viser at ulikhet i folks helse korrelerer med ulikhet i folks sosioøkonomiske situasjon (se under). Ressurssterke mennesker ser ut til å ta vare på egen helse i større grad enn ressursvake, og forslaget til Claussen blir blant annet av den grunn møtt med spørsmålet om det ikke er urettferdig å prioritere pasienter som tar dårlig vare på egen helse foran pasienter som gjør en innstas for egen helse. Direktøren i Folkehelse Geir Stene-Larsen, som er enig med Claussen i at forslaget hans bør gjennomføres, svarer i en artikkel i Aftenposten at en slik urettferdighet må vi leve med, da det å la være å gjennomføre forslaget vil koste samfunnet for dyrt. (Hornburg & Westerveld, 2010, 14. juni).

PROBLEMSTILLING

Utgangspunktet og hovedproblemstillingen for denne oppgaven lyder som følger:

Bør prioriteringsforslaget, som innebærer at ressursvake pasienter skal prioriteres foran ressurssterke ved sykehusinnleggelse (når de har samme medisinske tilstand), gjennomføres?

Det er selvsagt utallige faktorer som vil være viktige å ta stilling til i forbindelse med denne problemstillingen. Selv vil jeg imidlertid kun konsentrere meg om noen av de faktorene som knytter seg til den nevnte reaksjonen på forslaget: at det er urettferdig. For å gi en plausibel løsning på problemstillingen i denne sammenhengen er det derfor i mine øyne nødvendig å ta stilling til minst to relevante forskningsspørsmål:

1. Er det aktuelle prioriteringsforslaget rettferdig?
2. Innebærer et negativt svar på det overstående spørsmålet at forslaget ikke bør gjennomføres?

MÅL

Det overordnede målet med denne problemstillingen er å rette søkelyset mot de moralske spørsmålene om rettferdighet og fortjeneste som prioriteringsforslaget og forskningsfunnene det baserer seg på (se under) inviterer til. Ved hjelp av filosofiske teorier har jeg som mål å ta stilling til problemstillingen gjennom å analysere om forslaget er rettferdig eller ei. Dersom analysen viser at forslaget er urettferdig ønsker jeg ved hjelp av det andre forskningsspørsmålet å vise at det er mulig å referere til andre verdier enn rettferdighet for å argumentere for en gjennomføring av forslaget.

Gjennom en analyse av rettferdighetsspørsmålet knyttet til problemstillingen har jeg også som mål å komme med et relevant og aktuelt filosofisk bidrag til dagens prioriteringsdebatt.

BEGRUNNELSER

Slik jeg ser det finnes det minst fem aktuelle grunner for hvorfor det er viktig å analysere og ta stilling til den aktuelle problemstillingen. De tre siste grunnene knytter seg sterkere enn de to første til målet om å analysere og forsøke å ta stilling til spørsmålet om urettferdighet i sammenheng med det prioriteringsforslaget.

Først og fremst er selve problemstillingen om ressursvake pasienter bør prioriteres foran ressurssterke viktig å diskutere fordi det blant annet viser seg at leger (som i dag har stor

grad av ansvar for prioriteringer) har ulike holdninger til hva slags rolle faktorer som en pasients økonomi og antatt ansvar for egen helse bør spille for deres prioriteringsavgjørelser.

En undersøkelse¹ gjort av Bringedal og Bærøe (2010) i 2008 viser riktignok at flertallet av norske leger ikke er påvirket av kjennskap til pasientens sosioøkonomiske livssituasjon i deres behandlingsmåte av pasienter.² Likevel svarte omlag 55 prosent av legene under et annet punkt at de er enige i påstanden om at "leger bør bidra til å utjevne helseforskjeller ved å yte ekstra hjelp til pasienter med lav økonomisk status."³ (Ibid.). Norske leger tar altså i praksis ikke hensyn til pasientenes sosioøkonomiske status i deres behandlingspraksis, likevel ser det ut som om omlag halvparten av dem har holdninger som tilsier at de bør ta dette hensynet.

Når det gjelder legens syn på pasientansvar i deres prioriteringer viser en undersøkelse gjort av Bringedal og Feiring (2011) at majoriteten av norske leger ikke anser personlig ansvar som et relevant prioriteringskriterium.⁴ Det viser seg likevel at en av fem er enige i påstander som er positive til å opprette en link mellom personlig ansvar og prioritering. På grunn av legenes prioriteringsansvar ønsker Feiring at vi skal ta på alvor deres ulike holdningstendenser når det gjelder villigheten til å foreta prioriteringer basert på kriterier som

¹ 1650 norske leger ble tilsendt et spørreskjema hvor de ble bedt om å svare på spørsmål angående deres hensynstakning til sosioøkonomiske forhold i deres behandling av pasienter. 70 prosent av legene svarte på skjemaet. (Bringedal & Bærøe, 2010)

² Disse opplysningene er konsistente med at 82,2 prosent av legene under et annet punkt er "helt eller delvis enig i påstanden om at pasienter med lik medisinsk status bør få nøyaktig den samme helsehjelpen, uavhengig av sosioøkonomiske livsbetingelser." (Bringedal & Bærøe, 2010).

³Bringedal og Bærøe (2010) peker på flere mulige årsaker til denne tilsynelatende inkonsistensen, blant annet ulike tolkninger av begreper, som for eksempel "ekstra hjelp" eller "lik medisinsk status." Om man tenker seg at andre faktorer, foruten de som ligger innenfor strengt medisinske (biologiske) forhold, kan påvirke en pasients helse/resultat av behandling, så er det i følge Bringedal og Bærøe grunn til å tro at tolkningen av "medisinsk status" også i denne sammenhengen inkluderer sosioøkonomiske faktorer. Gjennom en slik tolkning vil "pasienter med lav sosioøkonomisk status fremstå med et annet medisinsk behov enn pasienter med høyere sosioøkonomiske livsbetingelser, til tross for at den medisinske (biologiske) statusen i utgangspunktet vil være lik." (Bringedal & Bærøe, 2010).

⁴ Legeforeningens forskningsinstitutt jobber med et prosjekt som refereres til som "Individuelt ansvar og prioritering til helsetjenester. Prosjektet omhandler helsepersonells vurderinger av i hvilken grad pasientens eget ansvar for sykdom bør telle ved prioritering til helsetjeneste." Undersøkelsen er en del av dette prosjektet. (Legeforeningen, 2010).

å ta vare på egen helse. (Sletbak-Akerø, 2011).⁵

Den andre grunnen er knyttet til den rollen analysen av forslaget har som en del av en større debatt rundt hvem som har og bør ha ansvar for prioriterings spørsmål.⁶ Et interessant bidrag i denne sammenhengen kommer fra den norske legen Vegard Bruun Wyller. Han hevder at det er viktig at vi utvikler et system som gjør det mulig at leger ikke spiller noen andre roller enn leger, det være seg økonomer, politikere eller moralfilosof, i sin yrkesutøvelse. I *Tidsskrift for Den norske legeforening* argumenterer Wyller (2000) for at ”samfunnsetiske refleksjoner først og fremst tilhører den politiske arena, og at leger bør søke å unngå (...) slike refleksjoner (...)” Han hevder at det er politikernes oppgave å ivareta disse refleksjonene og de ”dertil hørende politiske veivalg” (Ibid.).⁷ Samfunnsetikken tilhører dermed politikerne i følge Wyller.

Selv er jeg enig med Wyller, men det er lite som tyder på at politikerne ivaretar og utfører disse etiske refleksjonene når det gjelder flere av prioriterings spørsmålene i helsesektoren.⁸ Ifølge Aftenposten svarer de fleste politikerne i Stortingets helsekomité blant annet “ingenting” på spørsmålet om hvilke områder i helsesektoren de vil prioritere mindre

⁵ Basert på den overstående forskningen er det likevel liten grunn til å tro at den delen av norsk lege standen som stiller seg positive til en link mellom personlig ansvar og prioritering ønsker å nedprioritere pasienter med såkalte livsstilssykdommer fordi de helt grunnleggende mener at disse pasientene ikke fortjener behandling på lik linje med andre pasienter. Det ser derimot ut som om de ønsker å bruke dette som et virkemiddel i sin behandling av pasienter som ikke følger rådene som legen. Legen Kåre Reiten hevder at vi må tørre å ta en diskusjon om pasientansvar, og ikke alltid snakke om pasientrettigheter. Han har sett seg lei på pasienter med livsstilssykdommer som ikke bidrar aktivt til å bedre sin helsemessige situasjon, og hevder at dette bilde kan endre seg dersom legene kan benytte sterkere virkemidler som for eksempel å nedprioritere disse pasientene. (Aktuelt, 2011).

⁶ De ulike holdningene hos norske leger gir for eksempel grobunn for å sette spørsmålstegn ved det ansvaret de har i dag for prioriteringer.

⁷ Om dette ikke er gjeldene praksis vil det i følge Wyller (2000) føre til at “[m]akt overføres fra politisk til teknokratisk nivå”, noe som i hans øyne ville føre til et ansvars-vakuum, der “[p]olitikere ikke [blir] konfrontert med konsekvensene av sine bevilgninger.” Denne maktoverførselen fører i følge Wyller til det man kan referere til som et ”demokratisk underskudd” som innebærer at “[p]asientene kan velge andre politikere, men de kan ikke velge andre leger. Dermed oppstår et teknokrati, der eksperter tar beslutninger som i sitt vesen tilhører oss alle.” (Ibid.).

⁸ Når det gjelder for eksempel spørsmålet om pasientene selv har et slags moralsk ansvar for egen helse, så er dette et emne de fleste styrer unna i debatter om prioritering. (Wikler, 2004).

enn andre. (Rugland, 2010)⁹ Svaret er ifølge professor i helseøkonomi ved UiO, Terje Hagen, ikke overraskende da politikerne er på valg og av den grunn er redd for å støte velgergrupper fra seg ved å sette pasientgrupper opp mot hverandre. (Ibid.). Lederen for helsekomiteen Bent Høie, hevder riktignok i samme artikkel at han prioriterer, til tross for at han ikke vil nedprioritere enkeltgrupper. Dette mener han er en oppgave som ikke tilkommer politikere. Han hevder likevel at man i større grad må sette pasientgrupper opp mot hverandre, men at dette bør skje etter faglige råd. Det er uklart hvilken fagkrets Høie her ønsker råd fra, men jeg velger å tolke ham dit hen at for eksempel denne oppgaven kan anses som et faglig bidrag til ett av prioriteringsspørsmålene.

For det tredje er analysen viktig for å ta stilling til hvor mye en følelse eller reaksjon på urettferdighet bør veie i en debatt om prioritering. Innebærer for eksempel opplevelsen av urettferdighet den ressurssterke føler ved ikke å bli prioritert et krav om at noe bør gjøres med forslaget, eller er det sånn at den ressursvake faktisk fortjener å bli prioritert, uavhengig av andres opplevelse eller følelse av urettferdighet? På samme måte som man gjør økonomiske og medisinske vurderinger og analyser i forhold til prioriteringsvalg, så gir denne type analyse en mulighet for en moralsk innfallsvinkel.

Det fjerde forholdet henger sammen med det første. Dette dreier seg om at politiske avgjørelser kan risikere å være et produkt av å tilfredsstille velgernes ønsker. Å ta stilling til velgernes ønsker er kanskje lettere når det er snakk om økonomiske eller medisinske vurderinger enn moralske. Det vil for eksempel være lettere å argumentere økonomisk for at vi må foreta prioriteringer, da ressursene faktisk ikke strekker til, men hvordan og hva man skal sette som kriterier for prioritering er vanskeligere.¹⁰

Sist, men ikke minst er spørsmålet om rettferdighet i forbindelse med prioriteringsforslaget viktig å ta stilling til da det er en sjanse for at argumenter mot at

⁹ Løsningen på konflikten mellom ressursmangel og manglende vilje til å foreta prioriteringer viser seg derfor for noen politikere å være et ønske om å spare inn penger, for eksempel i helsesystemets byråkrati, som så skal brukes på en slik måte at prioriteringer ikke er nødvendig. Tanken er selvsagt god, og ingen vil si at det er negativt om man klarer å spare inn penger som ikke blir brukt effektivt i byråkratiet, men Hagen hevder likevel at forslaget i forbindelse med prioriteringsdebatten har lite for seg. Til Aftenposten sier han blant annet at "[i] den store sammenhengen vil det være lite å hente på å kutte i byråkratiet, kanskje litt her og der." (Rugland, 2010).

¹⁰ Å ta hensyn til velgernes ønsker i den aktuelle sammenhengen kan for eksempel føre til at det aktuelle prioriteringsforslaget ikke får gjennomslag fordi "mannen i gata" umiddelbart opplever dette som en urettferdig prioritering, til tross for at de kanskje ser den samfunnsøkonomiske gevinsten et slikt forslag muligens innebærer.

ressurssvake skal få snike i køen er av typen “slippery slope”.¹¹ Det er derfor viktig at man forsøker å gjøre seg kjent med fenomenet og hva det faktisk er slik at man i fremtiden kan unngå en argumentasjon som ikke er gjennomtenkt og som beveger seg i en “slippery slope”.

¹¹ Dette vil med andre ord si at det er vanskelig å stoppe argumentasjonen, og det kan fort utvikle seg til at man argumenterer for at ressurssvake ikke skal likestilles med ressurssterke pasienter, men faktisk nedprioriteres.

KAPITTEL 2

TEORI OG METODE

VALG AV TEORI

Slik jeg ser det er det i hovedsak tre disipliner som fremstår som logiske å ta utgangspunkt i når det gjelder å analysere og ta stilling til den aktuelle problemstillingen: økonomi, medisin og filosofi. Selv har jeg valgt filosofien. At oppgaven er filosofisk betyr i denne sammenhengen at bør-spørsmålet som problemstillingen stiller ikke vil bli forsøkt besvart ved hjelp av økonomiske eller medisinske teorier, men derimot basere seg på filosofiske. Det betyr imidlertid ikke at ikke medisinske eller økonomiske fakta vil spille en rolle hva gjelder rammene for den filosofibaserte analysen.

I mitt forsøk på å løse problemstillingen på en tilfredsstillende måte har jeg valgt å se på den i lys av to ulike filosofiske teorier eller forståelser som jeg i denne sammenhengen anser som hensiktsmessige. De to teoriene vil dermed bli brukt som et analyseverktøy for å ta stilling til problemstillingen. Begge teoriene vil etter mine bedømmelser karakteriseres som pragmatiske. Bakgrunnen for dette er at de begge behandler fenomener som rettferdighet, fortjeneste, klander og flaks fra et ståsted som i hovedsak er praktiskorientert og ikke teoretisk.

Den første teorien jeg har valgt å benytte meg av, og som kommer til å dominere store deler av analysen, er Kristján Kristjánssons forståelse av fortjenestens natur. Denne forståelsen har han beskrevet i kapittelet "The nature of Desert" i boken *Justice and Desert-Based Emotions*. Det finnes selvsagt mange filosofiske teorier som forsøker å beskrive fenomenet fortjeneste.¹² En av grunnene for at jeg har valgt nettopp Kristjánssons teori er at jeg opplever at hans forståelse av rettferdighet og fortjeneste på en god og tilfredsstillende måte er med på å forklare og klargjøre hva som egentlig ligger i det rettferdighetsspørsmålet som prioriteringsforslaget inviterer til. Jeg opplever spesielt hans forståelse av forholdet mellom fortjeneste og rettferdighet og rettferdighet og moralsk retthet som nyttige i sammenheng med den aktuelle problemstillingen, samt de to fenomenene han viser til som "poetic justice" og "a baseline of expectations". (Se under).

Den andre teorien jeg vil benytte meg av er Marion Smiley og hennes nytenkning rundt forståelsen av begrepet "klanderverdighet" ("blameworthiness"). Slik jeg ser det så er

¹² Se blant annet Pojman (2001) og McLeod (1999).

det mulig å se en link mellom det å klandre og det å hevde at noen ikke fortjener en tilstand. Smileys pragmatiske tilnærming til fenomenet fungerer også godt sammen med Kristjánssons forståelse av fortjeneste. Også Smileys forståelse av det hun refererer til som "fairness" vil spille en begrepsmessig rolle i et kort utblikk etter konklusjonen. Jeg vil senere i oppgaven gi en kort introduksjon av de to filosofers syn.

I en del av analysen vil jeg benytte meg av begrepet "flaks" og dets forhold til fenomenet innsats for å ta stilling til om dette kan være med å endre en foreløpig konklusjon om fortjeneste. Jeg vil ikke gå inn i en teoretisk diskusjon av flaks-begrepet i den forbindelse, men teoretikere som Bernard Williams og Thomas Nagel blir selvsagt nevnt i denne delen.

VALG AV METODE

Første del av oppgaven består i hovedsak av bakgrunnsstoff som jeg mener er relevant for å forstå hvilken sammenheng problemstillingen har blitt til i. Dette er med for å kontekstualisere oppgaven og problemstillingen. Her fremstilles blant annet tanker og empiriske undersøkelser som både kan sies å ligge til grunn for det aktuelle prioriteringsforslaget, samt den umiddelbare reaksjonen om at en gjennomføring av forslaget ikke er rettferdig.

Jeg har også valgt å konstruere et case. Først og fremst fordi jeg opplever det som leservennlig, men også fordi det etter min mening er med på å illustrere problemstillingene rundt å la ressursvake pasienter prioriteres. Dette er i hovedsak casets funksjon. Caset er konstruert slik at prioriteringsforslaget faktisk gjelder, og situasjonen er fremstilt på en slik måte at den prioriteringen som skjer oppleves som urettferdig av den ressurssterke personen. Etter mitt skjønn vil mange av leserne umiddelbart kunne dele, eller i det minste forstå, denne opplevelsen.

Hoveddelen i oppgaven vil være en analyse av rettferdighetsspørsmålet som det aktuelle prioriteringsforslaget inviterer til. Analysen vil kunne karakteriseres som en filosofisk analyse av et offentlig verdispørsmål som er av allmenn interesse. Helt konkret vil analysen komponeres som en fortløpende komparasjon mellom teoriene og caset, og intensjonen bak dette er å sette teoriene inn i en kontekst og på den måten høste verdiene av deres forståelser gjennom en praktisk (tenkt) situasjon. I og med casets funksjon baserer ikke analysen seg med nødvendighet på det konkrete caset, men spørsmålet om denne type prioritering blir derimot belyst gjennom en slik analyse av caset.

Siden jeg ikke benytter meg av en eller flere tradisjonelle konkrete etiske teori for å analysere problemstillingen, men snarere filosofiske forståelser av etiske fenomener, betyr det

at ingen av de to teoriene som blir brukt i analysen konkret vil kunne hjelpe meg hva gjelder å finne et svar på problemstillingen som er “rett” i henhold til det teoriene sier. Det vil være rettere å si at teoriene bidrar med forståelser som er med på å forme det svaret jeg kommer frem til.

Jeg vil i liten grad diskutere de to teoriene opp mot andre teorier som omhandler de samme fenomenene, men jeg vil mot slutten av avhandlingen forsøke å etablere en slags syntese av deler av innholdet. Teoriene vil bli brukt som et analyseverktøy, noe som betyr at analysen, og dermed også løsningen på den aktuelle problemstillingen, vil være sterkt preget av de to filosofenes syn, og den ville selvsagt sett annerledes ut dersom analysen tok utgangspunkt i andre eller kontrære syn.

KAPITTEL 3

FORSLAGET, REAKSJONEN OG ULIKE POLITISKE PERSPEKTIVER

I dette kapitlet er målet å sette den aktuelle problemstillingen inn i en kontekst. Jeg ønsker å vise hva som ligger til grunn for prioriteringsforslaget og den reaksjonen som forslaget får, samt hva slags argumenter de ulike aktørene benytter seg av. Det er interessant å merke seg at både forslaget og reaksjonen benytter seg av den samme forskningen som grunnlag for sine påstander, men at de bruker dette forskjellig når det gjelder å fremme hva som påstås som rettferdig eller fortjent.

PRIORITERINGSDEBATTEN

I Aftenposten lørdag 5. juni 2010 kunne vi lese en melding fra Helsedirektøren Bjørn-Inge Larsen som omhandlet at vi i Norge ikke har nok ressurser til å gi alle den behandlingen vi ideelt ønsker eller kan gi, og at dette får som konsekvens at det blir nødvendig med tøffere prioriteringer i forhold til hvem og hva disse ressursene skal brukes på. (Hornburg & Westerveld 2010, 5. juni). Direktøren hevder selv i samme avis at "[t]øffere prioriteringer kommer. Uansett." (Stenersen, 2010). I avisen kan vi også lese at Larsen mener at diskusjonen rundt prioriteringer er "den vanskeligste og mest ufullendte diskusjonen i helsetjenesten" og at "[v]i må begynne å snakke høyt om at vi ikke kan behandle alle med alt som er tilgjengelig." (Hornburg & Westerveld, 2010, 5. juni).

Debatten om prioriteringer i forhold til helsetjenester er selvsagt ikke ny¹³, men Helsedirektørens utspill var i denne omgang startskuddet for en artikkelserie i Aftenposten som skulle ha fokus på ulike aspekter ved debatten. Oppslaget fikk stor oppmerksomhet og høstet respons fra ulike miljøer og personer som figurerte i både lokal- og rikspresse.

I sitt utspill i Aftenposten drar Helsedirektøren frem KOLS-pasienter som en gruppe som vil måtte belage seg på å få nei til livsforlengende behandling i fremtiden fordi pasientgruppen er for stor og behandlingsformen (respirator) for dyr, til at vi har råd til å gi en slik behandling uten at det koster helsesektoren for mye. (Hornburg & Westerveld, 2010, 5.

¹³ Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sa for eksempel blant annet i en tale i januar 2010 at "[g]apet mellom behov og forventninger på den ene siden og ressurser på den andre, blir ikke mindre (...)", men at "[a]lle skal få et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose, livssituasjon, bosted, personlig økonomi, kjønn og etnisk bakgrunn." (Strøm-Erichsen, 2010).

juni). Et av problemene med Helsedirektørens påstander synes å være at de ikke stemmer overens med de konklusjonene Claussen kommer frem til når det gjelder økonomisk- og sosialvinning i forhold til prioriteringer. Konklusjoner han blant annet baserer på rapporter fra Folkehelseinstituttet om korrelasjonen mellom lav utdanning, livsstil og dårlig helse. (Se under). Jeg har ikke til hensikt å komme med et bidrag til spørsmålet om hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt eller ei i forhold til hvem eller hva ressursene i helsesektoren bør brukes på. Jeg nevner likevel denne konflikten mellom de ulike aktørene fordi den er med på å vise hvor komplekse spørsmålene i prioriteringsdebatten er.

ET PRIORITERINGSFORSLAG

I følge Claussen er sosiale ulikheter når det gjelder helse et så betydelig samfunnsproblem at han hevder i sin lederartikkel i Tidsskrift for den norske Legeforening 20. mai 2010 at vi bør ”behandle like medisinske tilstander ulikt, dvs. prioritere pasientene med minst ressurser”, dersom vi ønsker å gjøre noe med dette problemet.

Med referanse til forskningen gjort av Bringedal og Bærøe (2010) om hvordan leger selv mener de tar, og eventuelt bør ta hensyn til sosial ulikhet i sin pasientbehandling, samt kunnskapen vi har om de sosiale ulikhetene i helse, skriver Claussen (2010) i sin artikkel at leger oftere burde ta hensyn til ”pasientenes sosiale ressurser i [sin] diagnostikk og behandling.” At vi vet at de sosiale ulikhetene er der, og det faktum at det er blitt en politisk prioritering å utjevne dem,¹⁴ tilsier i følge Claussen (2010) at ”vi bør være snarere med å legge inn en ressursfattig pasient i sykehus enn en vanlig, ressurssterk for samme medisinske tilstand.”

Claussen får støtte for sine påstander om sosial ulikhet knyttet til helse blant annet gjennom forskning gjort ved Folkehelseinstituttet. En av instituttets nye studier, ”Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000”, viser blant annet at det er økte forskjeller i dødelighet mellom utdanningsgrupper i Norge. Studien, som er publisert i British Medical Journal (BMJ), konkluderer blant annet med at:

¹⁴ Helsedirektoratet (2006) skriver at ”regjeringen har nylig vedtatt at det skal utarbeides en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse.” Se også sitat fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010) over i kapittel 1.

All educational groups showed a decline in mortality. Nevertheless, and despite the fact that the Norwegian welfare model is based on an egalitarian ideology, educational inequalities in mortality among middle aged people in Norway are substantial and increased during 1960-2000. (Strand & Grøholt, 2010).

Det er dødeligheten til nordmenn i aldersgruppen fra 45 til 64 år som er fulgt fra 1960-2000 i undersøkelsen. Studien viser at dødeligheten falt i alle norske utdanningsgrupper i den aktuelle perioden, men at forskjellen i dødelighet mellom de to gruppene samtidig økte parallelt med dette fallet.¹⁵

Tabell 1 (under) viser relativt nye tall på forskjellene i dødelighet mellom grupper med lav og høy utdanning i Norge.

Total dødelighet	Menn			Kvinner		
	45-59 år	60-74 år	75+ år	45-59 år	60-74 år	75+ år
Prosentvis forskjell i dødelighetsrate for lavt utdannede sammenliknet med høyt utdannede (relativ rate)*	50 %	40 %	20 %	30 %	30 %	20 %
Antall flere dødsfall blant lavt utdannede i forhold til høyt utdannede (per 100 000) (ratedifferanse)**	290	867	2127	84	404	1588

Tabell 1 Relativ og absolutt forskjell i total dødelighet mellom grupper med lav og høy utdanning i Norge, etter alder. (Kilde: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010. Tabellen er en kopi av Tabell 1 i Folkehelse rapport 2010. Denne rapporten bruker tall som er hentet fra Huisman, 2005).

*Dødelighetsraten (antall døde per 100 000 personer) blant dem med lav utdanning dividert på dødelighetsraten blant dem med høy utdanning.

** Dødelighetsraten (antall døde per 100 000 personer) blant dem med lav utdanning minus dødelighetsraten blant dem med høy utdanning.

¹⁵ I følge Folkehelseinstituttet (2010) så er det hjerte-karsykdommer, lungkreft og kroniske luftveissykdommer som er de fremste årsakene til at dødeligheten er høyere hos lavere utdanningsgrupper enn hos høyere. Avstanden mellom de to gruppene gjelder begge kjønn, men forskjellen viser seg sterkest hos menn. I den aktuelle perioden sank dødeligheten blant menn med høyere utdanning med 45 prosent sammenliknet med lavere utdannede hvor dødeligheten kun har sunket med 12 prosent. Tilsvarende tall hos kvinner er 38 og 15 prosent.

På sine nettsider skriver Folkeinstituttet (2010) om studien som er publisert i BMJ at "[d]enne (...) viser at den norske velferdsstaten ikke forhindrer ulikheter i helse, og at forskjeller i *helserelatert adferd* er en viktig faktor for de økte dødelighetsforskjellene i perioden 1960-2000." (Min kursiv). Røyking er en helserelatert adferd som øker risikoen for å bli syk. Dette slår rapporten "Sosial ulikhet i helse. En faktarapport." fast. Rapporten, som ble utarbeidet av Folkehelseinstituttet i 2007, var en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet og den forsøker å gi en oversikt over risikofaktorer for sykdom, samt sosiale forskjeller relatert til helse. (Næss & Strand, 2007, s. 3). Risikofaktorer betegner i denne sammenheng faktorer som øker sannsynligheten for at en person kan bli syk, og røyking anslås altså til å være en slik risikofaktor. Rapporten viser også at røyking korrelerer med sosial ulikhet, nærmere bestemt med folks utdanningsnivå. (Se tabell 2, under). (Næss & Strand, 2007).

Alder	40-45 år				59-60 år			
	7-9	10-12	13-16	17+	7-9	10-12	13-16	17+
Utdanning, år								
Menn	52,4	40,4	28,2	18,2	34,6	28,7	21,2	15,4
Kvinner	52,4	46,1	33,0	20,4	35,9	26,4	17,9	14,0

Tabell 2 Forekomst (i prosent) av selvrapportert daglig røyking i to ulike aldersgrupper av menn og kvinner, i fire kategorier av utdanningsnivå. Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2002 – 2003. (Kilde: Næss & Strand, 2007, s. 56).

Også faktorer som fysisk aktivitet, kostvaner, kolesterolnivå, alkoholforbruk, blodtrykk og høy kroppsmasseindeks er sosialt skjevt fordelt. Dette har ifølge Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010) en stor betydning for sosial ulikhet i helse i Norge i dag.

Tall og konklusjoner fra forskning indikerer med andre ord at det i Norge eksisterer en relativt sterk korrelasjon mellom lav sosioøkonomisk status (her vist gjennom lavt utdanningsnivå) og dårlig helse tilstand (her vist gjennom hyppighet av røyking og stor ulikhet i dødelighet blant utdanningsgrupper).¹⁶

¹⁶ I Aftenposten 16.04.2011 kommer det også frem at innvandrere i Norge har en gjennomgående dårligere helse enn nordmenn generelt. Pasienter med innvandrerbakgrunn er blant ant overrepresentert når det gjelder livsstilsrelaterte plager og det er grunn til å tro at de har en forventet lavere levealder enn etniske nordmenn. Forventet levealder i bydel Sagene i Oslo er for eksempel 68 år, og her har en av fire innbyggere innvandrerbakgrunn, mens i bydel Vestere Aker, der innvandrerne representerer drøye 10 prosent av innbyggerne, er forventet levealder betydelig høyere med 80 år. Konstituert direktør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, hevder i samme artikkel at "[m]inoritetshelse er en av de virkelige store utfordringene vi må prioritere høyt i årene som kommer." (Bakken, 2011).

ET SPØRSMÅL OM RETTFERDIG PRIORITERING

Claussen benytter seg blant annet av den overstående forskningen gjort av Folkehelseinstituttet for å fremme at forslaget om at ressursvake bør prioriteres foran ressurssterke bør gjennomføres. Skal vi tro Aftenposten blir forslaget støttet av direktøren i Folkehelse, Geir Stene-Larsen, samt halvparten av norske leger. (Hornburg & Westerveld, 2010, 14. juni). På spørsmålet fra journalistene om det ikke er ”urettferdig at en røyker går foran i køen. Han har jo selv skyld i sin sykdom?”, svarer Stene-Larsen at ”[d]et må vi akseptere. Å ikke gjøre noen ting, er veldig dyrt, ikke minst for samfunnet.” (Ibid.). Mens sitatet i kapittel 1 fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2010) fokuserer på at forskjeller mellom ressurssterke og ressursvake pasienter er et folkehelseproblem og et rettferdighetsproblem (se over), så legger Stene-Larsen også inn økonomi som et potensielt problem ved denne forskjellen.

Uansett. Det hersker liten tvil om at rettferdighetsspørsmålet som her blir stilt av journalistene i Aftenposten er av moralsk karakter, ikke et medisinsk eller økonomisk. De spør ikke om det er urettferdig at røykeren skal få snike i køen fordi de er opptatt av hva som lønner seg økonomisk eller medisinsk. De er derimot opptatt av spørsmålet om ikke dette er en urettferdig løsning i prioriteringsdebatten fordi røykeren, i deres øyne og i deres moralske forstand, ikke fortjener å prioriteres. Utgangspunktet for journalistenes syn kan sies å ligge i den samme forskningen som Claussen bruker for å fremme forslaget sitt: Lav sosioøkonomisk status innebærer ofte en helsereelatert adferd som er dårlig, som for eksempel røyking. I sin argumentasjon for at dette er et urettferdig forslag benytter journalistene seg av den allmenne tanken om at røykeren, pga. sin røyking, selv er skyld i sin egen sykdom, og at han av den grunn ikke fortjener å gå foran i køen.

Basert på Stene-Larsens svar om at denne opplevde moralske urettferdigheten må aksepteres synes det som om han er enig med journalistene i at spørsmålet om urettferdighet i denne sammenhengen ikke er et urimelig spørsmål å stille. Det som er interessant å merke seg er at den begrunnelsen og argumentasjonen han gir for at vi må akseptere forslaget slett ikke er av moralsk karakter, men økonomisk: Det vil koste samfunnet dyrt hvis vi ikke gjennomfører forslaget, sier Stene-Larsen, men dette betyr ikke at å gjennomføre forslaget verken er moralsk rett eller rettferdig. At det finnes økonomiske argumenter for at forslaget bør gjennomføres betyr heller ikke at det er nok for at det faktisk skal det.

I og med at forskning viser en relativt sterk korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og helsereelatert adferd, blir spørsmålet om ressursvake bør prioriteres foran ressurssterke også et spørsmål om sosioøkonomisk status bør tas hensyn til i en prioritering.

Legeforeningens etiske regler for leger (2002) og Pasientrettighetsloven (1999) synes ikke å legge til rette for en slik hensynstaging. I loven heter det blant annet under alminnelige bestemmelse at lovens formål er ”å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp (...)” (Kapittel 1, § 1-1), mens i de etiske reglene står det blant annet at ”[e]n lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel.” (§ 12 avsnitt 3). Målet med en slik regel er selvsagt at man skal unngå å gjøre forskjell på kong Salomo og Jørgen Hattemaker (Hurst, 2009), men det finnes likevel argumenter som forsvarer det å ta hensyn til pasientens sosioøkonomiske situasjon. Ved å forholde seg nøytral bidrar man, i følge Bringedal og Bærøe (2010), ”til å fremme helseulikheter mellom Salomo og Jørgen i kong Salomos favør.”

Hva som utgjør en ”uberettiget fordel” som nevnes i § 12 over, kan være vanskelig å få tak på, og da særlig i lys av det man nå vet om sosialt betinget ulikhet. Spørsmål om uberettiget/berettiget fordel er i følge Bringedal og Bærøe (2010) i sterk tilknytning til politiske spørsmål om hva som er en rettferdig fordeling av fellesskapets ressurser, og de spør om det er ”rettferdig å la sosiale og økonomiske forhold rettferdiggjøre ulik behandling av pasienter med ellers lik klinisk status?” I dette spørsmålet kommer det klart frem at den aktuelle problemstillingen rundt prioritering har en moralsk dimensjon, og jeg har allerede argumentert for hvorfor det er viktig å ta hensyn til denne dimensjonen.

I den politiske verden har det, i følge Wikler (2004), vært lite fokus på pasienters helserelaterte adferd som et mulig prioriteringskriterium i debatter om prioritering. Ønsket i den offentlige politikken om å unngå sykdommer har ikke vært spesielt påvirket av tanken om hvem eller hva som kan sies å være årsaken til sykdommene. Den generelle tanken er at “a health need is a health need, equally deserving of concern and attention.” (Wikler 2004, s. 109).

Det finnes likevel dem som ønsker at perspektivet i den offentlige helsen skal være det motsatte. Dette innebærer nærmere bestemt at måten vi responderer på folks helsebehov på skal være avhengig av hvem som har ansvaret for at behovene er skapt. Tanken her er at “what we do to ourselves, we should not look to others to do for us.” (Ibid.). Et slikt perspektiv innebærer tanken om at dersom man blir syk som følge av at man ikke har tatt vare på egen helse (for eksempel ved ikke å ta hensyn til risikofaktorene ved å røyke) så er sykdommen som følger ens personlige ansvar, ikke samfunnets. Etter dette synet skal derfor helsebehovene og hvordan behovene møtes i slike tilfeller ikke være likestilt med andre helsebehov som ingen kan sies å ha ansvar for.

Tanken om ansvar for egen helse som et prioriteringskriterium bør etter Wiklers syn ikke oppta stor plass i prioriteringsdebatter, men han anerkjenner at man må innse at tanker om ansvar for helse i sammenheng med prioritering har en appell hos folk. De synes for eksempel å stemme godt overens med *intuisjoner om rettferdighet*. (Wikler 2004). Det finnes likevel få eksempler på at statlige rapporter og generelle bidrag i debattene tar moralsk stilling til dem som ikke tar ansvar for egen helse, men det finnes selvsagt unntak. I 1977 hevdet daværende president i Rockefeller Foundation, John Knowles, at “one man’s freedom in health is another man’s shackle in taxes and insurance premiums”, og forfektet på grunnlag av dette at “the idea of a “right” to health should be replaced by the idea of an individual moral obligation to preserve one’s own health – a public duty if you will.” (Knowles, 1977).

Wikler (2004) hevder at en helsepolitikk som tar Knowles’ forslag om individuell moralsk obligasjon alvorlig, kan forsøke å sikre at folk ikke er en (økonomisk) byrde for andre på ved hjelp av minst tre ulike virkemidler. Et av disse midlene er å la sykdommer som med stor sannsynlighet kunne vært unngått, som for eksempel KOLS ved ikke å røyke, få lavere prioritet enn sykdommer man ikke har samme kontroll over.¹⁷ Dette forslaget fremmer stikk motsatt prioritering enn Claussen, og det er dette forslaget som man kan skimte som en konsekvens av tankene om urettferdigheten ved at de med lavere utdanning skal få snike i køen. Det er ikke vanskelig å forestille seg at en aksept av urettferdigheten ved forslaget kan utvikle seg til ønsker om en omvendt prioritering i forhold til det forslaget som Claussen har lagt på bordet.

I sin artikkel legger Wikler (2004, s. 114) seg på linje med et tradisjonelt sosialdemokratisk syn. Han skriver blant annet at “misery that results from illness and injury should remain a burden that is shared”¹⁸, og hevder at vi trenger et moralsk argument for å

¹⁷ Andre virkemidler kan være lover lage regler som tvinger folk til å ta sunne valg, for eksempel lov om sikkerhetsbelte i bil, aldersgrense på alkohol osv. Det er selvsagt vanskelig å si om intensjonen bak slike lover veier mest mot å unngå kostnader i samfunnet eller om de rett og slett er til for å beskytte enkeltindividet, og det vil uansett være vanskelig å hevde at intensjonen bak lovene nødvendigvis støtter ideen om personlig ansvar. (Wikler 2004, s. 112). Det er for eksempel ingen logikk mellom Røykeloven av 2004 og politikernes syn på ansvar for egen helse. Man kan også kreve at folk som unngår å ta hensyn til risiko må betale en forsikring i forskudd som dekker det risikoen innebærer. I forsikringsbransjen er det slett ikke uvanlig at slike hensyn tas, men innenfor det offentlige skatte- og avgiftssystemet knyttes ikke aktørers potensielle ansvar direkte opp mot en spesifikk skatt eller avgift. Et slikt system ville uansett være problematisk å gjennomføre i følge Wikler (2004, s.113), da det vil være umulig å komme til rette med hva for eksempel en røyker faktisk koster samfunnet. Som vi har sett fra rapportene fra Folkehelseinstituttet så røyker de med lavere utdanning mer, men de dør også opptil 12 år tidligere enn de med høyere utdanning.

¹⁸ I Norge har vi lange tradisjoner for å ta vare på hverandre gjennom en fellesøkonomi som eksisterer i statskassa. Det vil dermed være få av oss som ikke er enige i at Wiklers tanker på dette området er gode, men det hjelper ikke at tanken er god når ressursene ikke strekker til og byrden blir for stor.

veie opp for tanker som blant andre Knowles står for. Dette argumentet må vise at "health inequalities represent or constitute an injustice that places a claim on society's resources." (Ibid.). I helselitteraturen har man i følge Wikler ikke noe svar på hvorfor ulikheter i helse representerer en urettferdighet som gjør krav på samfunnsressurser. Fokuset her har vært å påvise at det eksisterer en sammenheng mellom sykdom/tidlig død og lav sosial status, og Wikler synes å mene at urettferdigheten i dette er åpenbar i seg selv. (Wikler, 2004).

På samme måte som Wikler er Claussen opptatt av at verden er urettferdig, og han synes å dele Wiklers sosialdemokratiske syn om at problemer folk har med helsen er et felles problem som krever bruk av felles midler. Claussen er opptatt av sosial ulikhet i helse, og slik jeg leser ham så ser han på dette som et sosialt og samfunnsøkonomisk problem, som av den grunn må gjøres noe med ut fra samfunnsmessige hensyn. Claussen (2010) opplever med andre ord at verden er urettferdig, og ønsker å gjøre den mer rettferdig ved å fremme et forslag som tilsier at "vi i alt klinisk arbeid legger vekt på størst mulig resultatlikhet." Resultatlikhet, i motsetning til innsatslikhet,¹⁹ åpner for forskjellsbehandling når det gjelder for eksempel behandling av pasienter, og den kan etisk forsvares blant annet i forhold til nevnte § 12 avsnitt 3 i Legeforeningens Etske regler (2002), ved at lav sosioøkonomisk status legges inn som en faktor i bestemmelsestagningen når det gjelder hvem som blir prioritert for eksempel ved behandling eller sykehusinnleggelse.²⁰ På grunnlag av de sosiale ulikhetene i helse bør, i følge Claussen (2010), klinikere satse mer på resultatlikhet enn det de synes å gjøre i dag. Han hevder samtidig at dette ikke skal gjøres kun for å redusere de sosiale ulikhetene i helse, men også fordi vi kan "oppnå bedre medisinske resultater for hele befolkningen." (Claussen, 2010).

Med hjelp fra forskningen gjort av Bringedal og Bærøe ønsker Claussen med andre ord å vise til et etisk fundament for sitt syn, og viser gjennom dette at det er mulig å tolke de etiske reglene som omhandler prioritering på en sån måte at forslaget hans kan forsvares, ikke bare medisinsk og økonomisk, men også etisk. Spørsmålet er om Claussens og Wiklers argumentasjon holder i møte med folks intuisjoner om hva som er rettferdig og urettferdig.

¹⁹ To definisjoner av "likhet". Innsatslikhet innebærer at like tilfeller behandles likt, mens likhet definert som resultatlikhet innebærer resultatet av for eksempel behandling. Trenger en pasient mer ressurser enn en annen for å oppnå samme behandlingseffekt, så vil ikke innsatslikhet tillate forskjellsbehandling, mens resultatlikhet vil kreve det. (Bringedal & Bærøe, 2010).

²⁰ Se fotnote 3, over.

KAPITTEL 4

CASET

I dette kapitlet belyses en situasjon der det aktuelle prioriteringsforslaget gjelder gjennom et konstruert case. Pasientene i caset har riktignok ikke den samme diagnosen, men begge sykdomstilfellene krever den samme behandlingen i den tenkte situasjonen. Pasientene og diagnosene illustrerer korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse relatert adferd, og viser dermed pasientenes egen livsførsel som en mulig årsak i henhold til de behandlingsbehovene pasientene har.

DIAGNOSENE

Det hersker liten tvil om at når det gjelder enkelte sykdommer så er det ens egen livsførsel som er nøkkelen til å bedre helsen. Dette gjelder blant annet i stor grad for KOLS-pasienter.

KOLS er en forkortelse for Kronisk Obstruktiv Lungesykdom og sykdommen gjenkjennes ved symptomer som hoste, tung pust ved anstrengelse og slim fra lungene. Dette skyldes en forsnævring i luftveiene som gjør det umulig å finne tilbake til lungenes normaltilstand. Røyking av sigaretter, pipe eller sigarer er den vanligste årsaken til sykdommen. Hvis man ikke slutter å røyke når man har fått KOLS så er dette en sykdom som med sikkerhet forverrer seg. Det er med andre ord individet selv som er den mest effektive aktøren i det arbeidet som må gjøres for at pasienten skal bli bedre. (Arentz-Hansen, 2007).

Astma er også en kronisk sykdom som ikke kan kureres. Symptomene på astma kan likevel behandles ved å redusere risikoen for anfall. Anfallene stimuleres ved at luftveiene blir utsatt for ytre faktorer som for eksempel fysisk aktivitet eller pollen som de reagerer negativt på. Luftveiene trekker seg da sammen og svulmer opp, noe som gjør det problematisk å puste. Mens et anfall av astma er reversibelt i den forstand at anfallet blir mindre ved hjelp av medisiner, er symptomene hos KOLS-pasienter i mye mindre grad reversible. (Arentz-Hansen, 2007).

RØYKEREN OLE

Ole Olsen er 65 år, enslig, uføretrygdet og har bodd i en liten by på Sør-Vestlandet hele sitt liv. Ole har vokst opp under dårlige kår og har ingen utdanning utover Folkeskolen. Han har jobbet som bilmekaniker på et verksted frem til han fikk ryggproblemer og ble ufør i midten

av 40-årene. Ole er en slank mann, og bortsett fra den aktiviteten som han har fått gjennom jobben, har han aldri sett nødvendigheten av å trene. Ole begynte å røyke da han var 22 år. Til tross for at han i flere år har kjent til helserisikoene ved å røyke har han aldri prøvd å slutte. For en stund tilbake var Ole hos fastlegen sin og fikk fastslått at han som følge av røykingen har utviklet lungesykdommen KOLS. Beskjeden fra legen var at det beste han nå kunne gjøre for sin egen helse var å slutte å røyke, samt øke kondisjonen og lungekapasiteten ved hjelp av trening.

Nå, noen måneder senere, har Ole trappet ned på røykingen, men han har ikke klart å slutte helt. Han har heller ikke latt seg motivere til å øke kondisjonen og lungekapasiteten ved å trene. Den pågående røykingen og inaktiviteten har ført til at betennelsen i luftveien og slimhinnen har forverret seg kraftig, og Ole har store problemer med å puste selv ved små anstrengelser. Det ender med at han en dag han bærer varer hjem fra butikken får så store pusteproblemer at en forbipasserende tilkaller en ambulanse som bringer han til nærmeste sykehus.

ASTMATIKEREN PER

Per Person er på samme alder og fra samme sted som Ole, men i motsetning til Ole er Per gift, bor i et villaområde i utkanten av byen og har en økonomiutdannelse fra NHH. Per kommer fra en ressurssterk familie og driver et eget revisjonsselskap. Han er så glad i å jobbe at han ikke har tenkt til å pensjonere seg med det første. Per har hatt en strek form for astma hele livet, men han har alltid vært en ressurssterk person som ikke har latt seg stoppe av en helse som ikke har vært optimal. Han har brukt mye tid på å holde sykdommen i sjakk ved å vedlikeholde kondisjonen og lungekapasiteten ved hjelp av trening og ved å unngå faktorer som kan utløse et anfall. Naturen går likevel sin gang og Pers lungekapasitet synker i takt med at alderen øker.

Under en av ukens treningsturer får Per problemer med å puste, og da han kommer hjem har han så store problemer med luftveiene at kona hans kjører ham til sykehuset i all hast.

RESSURSENE STREKKER IKKE TIL

Vel fremme på sykehuset viser det seg at både Per og Ole raskt trenger å bli lagt på respirator for å få hjelp til å puste. Problemet er at sykehuset ikke har tilgjengelig respiratorer til begge, da en ny type influensavirus herjer i Sør-Vestlandsområdet og har skapt en pandemisk

situasjon som fører til at behovet for respiratorer i pasientgruppen på sykehuset nå er større enn den tilgangen som finnes på huset.

Under normale omstendigheter ville det selvsagt ikke vært noe problem å sende enten Ole eller Per til et annet sykehus i nærheten og på denne måten gi begge pasientene den behandlingen de trengte. Med det store behovet for intensivtransporter på grunn av pandemien kombinert med et stormvarsel som har inntruffet, gjør det på dette tidspunktet imidlertid er umulig å transportere noen av dem noe sted.

Det er kun en ledig respirator igjen, og med grunnlag i retningslinjene om at ressurssvake pasienter skal få fortrinn ved sykehusinnleggelse foran ressurssterke pasienter med samme diagnose, så tildeles denne Ole.

Per og konen hans opplever den prioriteringen som sykehuset gjør som grovt urettferdig og viser til at Per ikke selv har skyld i sin egen sykdom og at han har gjort det han kan for å holde seg så frisk som mulig. På grunnlag av dette er det stor sannsynlighet for at de selv under normale omstendigheter hvor Per kunne blitt fraktet til et annet sykehus ville opplevd sykehusets prioriteringer i saken som urettferdig. Media får nyss i saken og reaksjonene blir voldsomme. Det viser seg at de aller fleste er enig med Per i at han har blitt behandlet urettferdig i kraft av at det er han som er den som har tatt vare på egen helse, mens Ole selv har skyld i sin sykdom. Både Per og mediene mener at det var Per, og ikke Ole som hadde fortjent å bli lagt i respiratoren.

DEL 2

DEN FILOSOFISKE ANALYSEN

KAPITTEL 5

FORTJENESTE OG RETTFERDIGHET

Hovedfokuset i dette kapitlet vil være å se på det aktuelle caset i lys av Kristjánssons forståelse av fortjeneste og rettferdighet. Rettferdighet består i følge Kristjánsson av det han refererer til som rettighetskrav og fortjenestekrav, og mitt mål er å plassere de to pasientens krav i henhold til denne forståelsen. Er det sånn at astmatikerens tilstand er en fortjent tilstand, eller er det mulig å konkludere med det motsatte? Hva kan de to pasientene egentlig forvente i den aktuelle situasjonen? Tilsier statistikken at tilstanden deres er fortjent? Hvis det viser seg at astmatikeren Pers tilstand er ufortjent, betyr dette at forslaget ikke er rettferdig og av den grunn ikke bør gjennomføres?

DEN FILOSOFISKE RAMMEN

”Å få som fortjent” er et viktig element i menneskets rettferdighetstenkning. Pojman (2001, s. 88) skriver blant annet at:

[t]here is an ancient tradition, found in both the mainstream of Western philosophy and religion as well as Eastern thought (viz. the doctrine of *karma*), that justice consists in giving people what they deserve - often rendered as giving each person his or her due.

At noe anses som fortjent eller ufortjent innenfor rettferdighetstenkningen er med andre ord ingen ny ide. Ut fra den kunnskapen man har om korrelasjonen mellom lavt utdanningsnivå, røyking og KOLS er det derfor ikke noe oppsiktsvekkende ved at folk kan reagere negativt på det foreslåtte prioriteringsforslaget. Ved første øyekast oppleves det rett og slett ikke rettferdig at man så å si skal ”lønnes” når man ikke tar vare på helsen sin ved å røyke, mens den som forsøker å leve et sunt liv ved ikke å røyke skal ”straffes” ved å plasseres lenger bak i helsekøen. Det er med andre ord ikke noe kontraintuitivt ved tanken om at det er røykerne selv som har ansvar for at de røyker, og at man med rette kan klandre dem og pålegge dem et moralsk ansvar i forhold til det valget de har tatt. Røykeren har tatt et tilsynelatende frivillig valg. Dette valget fører til at vi opplever at røykeren kan klandres, og at han selv har ansvar for de konsekvensene dette valget innebærer. I lys av dette synes det dermed ikke urimelig å

oppleve at det er rettferdig at man får som fortjent etter hvordan man handler, og at man ved gode valg fortjener noe godt og ved dårlig valg fortjener noe dårlig.

BEGREPSDEFINISJONER

Det er vanlig å skille mellom ”just” og ”justice”, henholdsvis ”rettferdig” og ”rettferdighet” på norsk. I følge Kristjánsson (2006, s. 37) er en standard definisjon av ”rettferdighet” noe sånt som en tilstand hvor rettferdige avgjørelser tas. Han hevder at dette i seg selv ikke undergraver den, i hans øyne, hverdagslige ideen om ”justice” som en dyd eller iboende kraft (virtue). Moderne filosofer har i følge Kristjánsson (2006) tendert mot kun å se på rettferdighet som en iboende kraft ved sosiale intuisjoner, og dermed som noe som er relatert til institusjonelle avgjørelser og offentlig politikk. Dette synet er slett ikke feil i Kristjánssons øyne, men han hevder likevel at rettferdighet først og fremst er en dyd eller en iboende kraft som har å gjøre med individuelle personers handlinger og reaksjoner, samt deres bestemmelsestagning.

I og med at Kristjánsson ser på rettferdighet som en grunnleggende iboende kraft hos individet, tolker jeg han slik at han ikke setter opp det tradisjonelle skille mellom det å være rettferdig (just) og tilstanden rettferdighet (justice). Han påstår imidlertid at rettferdighet som dyd er mer sosial enn andre dyder, og skriver blant annet at det er vanskelig å forestille seg at Robinson Crousoe gjør noe som ”could be called just or unjust on his desert island before Man Friday came along.” (2006, s. 38). At rettferdighet er en sosial dyd betyr i følge Kristjánsson at den trenger en sosial kontekst for å aktualiseres, men dette innebærer ikke at rettferdighet ikke kan være en individuell persons dyd. Kristjánsson hevder i denne sammenhengen at hans forståelse av rettferdighet er i samsvar med Aristoteles generelle konsept om rettferdighet, et konsept som innebærer at rettferdighet primært blir sett på som et karaktertrekk eller en psykisk tilstand (*hexis*) ved individet. (O’Connor, 1988, s. 418 referert i Kristjánsson 2006, s. 37).²¹

For å utdype hva han mener med rettferdighet som en personlig dyd siterer Kristjánsson (2006, s. 40) Roberts som hevder at en rettferdig person er en person ”with a passion for just states of affairs.” (Roberts 1989, s. 294). Denne påstanden sier selvsagt ingenting om hvilke tilstander en person med emosjoner (passions) for rettferdighet faktisk foretrekker eller håper på, poenget her er å vise at denne gjenkjennelsen av emosjonenes rettmessige plass i vår forståelse av rettferdighet kun gir mening dersom man ser det i lys av at rettferdighet (også) er en personlig dyd. (Kristjánsson, 2006).

²¹ Orginaltekst: Aristoteles, Den Nikomakiske etikk, bok 5.

FORTJENESTENS NATUR – I KORTE TREKK

I korte trekk så forstår Kristjánsson (2006) fortjeneste som et viktig element ved rettferdighet, men slett ikke det eneste. Fortjeneste trenger ikke en gang å være det elementet som har prioritet. Rettigheter anses også som elementer ved rettferdighet, og noen ganger vil disse stille fortjenesten i skyggen. Andre ganger vil fortjeneste ha en trumfende funksjon i forhold til rettigheter. Videre hevder Kristjánsson (2006) som vi har sett at rettferdighet er en dyd, men rettferdighet anses imidlertid ikke som noe som er ensbetydende med moralsk rett. Han tenker seg at på samme måte som fortjeneste er et element ved rettferdighet er rettferdighet et element ved moralsk rett. Dette betyr at rettferdighet, eller det vi anser som rettferdig, er mulig å diskutere opp mot andre moralske verdier uten at rettferdigheten med nødvendighet har noen forrang eller veier mer moralsk sett enn disse verdiene. I arbeidet med for eksempel distribusjon eller fordeling av ressurser betyr dette at en type fordeling kan være å foretrekke som den overordnede beste moralske løsningen, til tross for at den bryter med rettferdighetsprinsipper. (Kristjánsson, 2006). I mange tilfeller vil det derfor være hensiktsmessig å vurdere og diskutere disse verdiene i forhold til rettferdighet, men grunnlaget for valget av fordeling i slike tilfeller ligger likevel utenfor rettferdighetens domene.²²

RETTFERDIGHET – EN AV FLERE VERDIER

I følge Kristjánsson (2006) er et av flere hindre for å forstå rettferdighet som en personlig dyd den forholdsvis vanlige tanken om at rettferdighet er av en annen og høyere orden enn andre moralske dyder, eller at rettferdighet rett og slett veier tyngre enn dem moralsk sett.²³ Tatt ut i sitt mest ekstreme vil en slik forståelse innebære at alle moralske fordringer blir et spørsmål om rettferdige fordringer. Under slike forhold vil det blant annet være vanskelig å få noen mening ut av konflikter mellom rettferdighet og andre moralske verdier, og dette gjøre det vanskelig å se viktige problemstillinger og aspekt ved moralsk og politisk bestemmelsestagning. (Kristjánsson, 2006). Det er vanskelig å si seg enig i at et rettferdig samfunn er identisk med et godt samfunn, og dette illustrerer at rettferdighet må ses på dem òn av flere moralske verdier. I denne sammenheng skriver Sadurski (1985, s. 12) også at det

²² I følge Kristjánsson (2006, s. 62) vil et eksempel på en slik sammenligning (av moralske krav) være en vurdering av hva folk fortjener med "the general distribution of the relevant benefits accross society."

²³ Kristjánsson refererer til denne måten å tenke på som "the 'primacy-of-justice thesis'" og utnevner Platon som den mest kjente tilhenger av denne. Dette er en utnevnelse som selvsagt er mulig å diskutere noe jeg imidlertid ikke har tenkt til å gjøre her.

finnes noen handlinger som er "evil without being unjust, in the same way as there are morally commendable actions to which the adjective "just" is not relevant."

I lys av det overstående er det mulig å se på Stene-Larsens påstand i forbindelse med reaksjonen på prioriteringsforslaget som en påstand som synes å stemme overens med Kristjánssons forståelse av konseptet rettferdighet. Ifølge Stene-Larsen er nemlig den potensielle urettferdigheten forslaget tilsynelatende innebærer noe vi faktisk må leve med fordi det er andre verdier (i hans øyne: fellesskapets økonomi) som veier tyngre enn rettferdigheten slik den er forstått i denne sammenhengen. I prinsippet klarer Stene-Larsen med andre ord å se at det finnes verdier som kan konkurrere med rettferdigheten, og som faktisk kan trumfe den. (Man kan selvsagt diskutere om Stene-Larsens trumfkort er bra nok i denne sammenhengen, men dette er en problemstilling jeg vil ta stilling til i senere).

Om man som Kristjánsson ikke velger å se på rettferdighet som den overlegne dyd er det likevel mulig å se på dens krav som viktige, om enn ikke som absolutte. Ved å tenke seg at rettferdighetskrav har en verdi som er *prima facie*²⁴ har man mulighet til å velge å ta større hensyn til og favorisere andre krav enn de rettferdigheten stiller, uten at det er inkonsistent av aktøren å anse rettferdighetskrav som viktige. (Campbell, 2001).

I følge Kristjánsson (2006) har innsikten om rettferdighetskravenes verdi som *prima facie* betydning blant annet når det gjelder sosialforskning på personers syn på hva som er moralsk rett og galt. Det vil for eksempel ikke alltid være sånn at når en respondent i forskningen hevder at alle bør få det de trenger i et samfunn, at denne påstanden reflekterer respondentens syn på rettferdighet.

HVA BESTÅR RETTFERDIGHETEN AV?

Svaret på dette spørsmålet er som sagt i følge Kristjánsson (2006) en kombinasjon av såkalte rettighetskrav og fortjenestekrav. Han skiller i boken sin mellom disse kravene, og hevder at hvilket krav man vektlegger og har fokus på vil variere fra situasjon til situasjon.

RETTIGHETSKRAV

"Retter" eller "rettigheter" (entitlements) refererer hos Kristjánsson (2006, s. 45) til retter som involverer moralske retter og prosessuelle krav som er grunnlagt i offentlige praksiser som for eksempel lover og regler Disse er enten ekte eller hypotetiske. Han skriver videre at for at

²⁴ Av lat. *pri'ma fa'cie*, "tilsynelatende" eller "ved første betraktning." (Ordnett).

rettene skal være rettferdige må de være upartiske med hensyn til de menneskene som kravene gjelder for.

For å forklare hva han mener med ”upartisk” i denne sammenhengen benytter Kristjánsson seg av filosofen Bernard Gerts’ definisjon av begrepet. I følge Gert (1998, s. 132, sitert i Kristjánsson, 2006, s. 45) er “A (...) impartial in respect R with regard to group G if and only if A’s action in respect R are not influenced by which member of G benefit or are harmed by these actions.” Disse betingelsene for rettighetskrav hjelper oss til å unngå favorittisme, og brukt for eksempel i skolesammenheng vil bruken av disse betingelsene blant annet innebære at elevens svar på en prøve må rettes etter de samme kriteriene, uavhengig av om de er lærerens yndlingselev eller ei, for å være rettferdig. (Kristjánsson, 2006).

FORTJENESTEKRAV

Fortjeneste (desert) er i følge Kristjánsson (2006) den andre delen av kombinasjonen rettferdighet består av. Kristjánsson bygger sin forståelse av fortjeneste ut fra en dypt sittende og før-teoretisk ide som innebærer at i en ideell verden ville enhver person få som fortjent gjennom å høste som han har sådd. Han skriver selv at ideen enkelt nok innebærer en tanke om at ”[t]he good should, ideally, prosper, while those who swim in sin should sink in sorrow.” (Kristjánsson, 2006, s. 57). Dette er en gammel ide som finnes i mange kulturer, ikke minst gjennom religion. Grunnen til at Kristjánsson tar opp denne tanken er dog ikke fordi han ønsker å anbefale at dette skal være det overordnede prinsippet innenfor det moralske domenet, men han tar det opp fordi han mener at dette i bunn og grunn er den måten folk tenker om fortjeneste på. Han sier videre på side 57 at “[h]ow exactly we calculate the deserts in each given instance is another story.”

I motsetning til rettighetskrav (som er upartiske) er fortjenestekrav både partiske og personlige. De tar med andre ord hensyn til andre kvaliteter ved personer enn de som kun involverer deres gruppetilhørighet. For å klargjøre skillet mellom rettigheter og fortjenester viser Kristjánsson til tre ulike observasjoner om forholdet mellom de to fenomenene. Først og fremst så kan aldri rettigheter ligge til grunn for fortjeneste da vi ”deserve many things to which we are not entitled and we are entitled to many things which we do not deserve (...)” (Kristjánsson 2006, s. 45). Dette betyr for det andre at fortjeneste er grunnleggende uavhengig

av rettigheter, men de er likevel ofte logisk avhengig av rettighetenes formål.²⁵ For det tredje er det mulig at rettigheter beskytter fortjenestekrav.²⁶ (Kristjánsson, 2006).

Kristjánsson antar med andre ord at fortjenestekrav er grunnlagt i ”naturlig” verdier som ligger forut for ethvert offentlig systems regler, institusjoner og praksiser. (Kristjánsson, 2006). Disse grunnleggende verdiene er dermed basisen for fortjeneste, og Kristjánsson forfekter at denne basisen er moralsk dyd. (Se under). At fortjeneste ligger forutfor kan her forstås både historisk, på et individuelt (psykologisk) og samfunnsmessig plan, men også logisk. Det er interessant å se på denne logiske forståelsen av fortjeneste i sammenheng med det aktuelle prioriteringsforslaget. Kristjánsson hevder nemlig at logisk sett så kan fortjenestekrav noen ganger brukes til å kritisere regler som ligger til grunn for institusjoner eller rettigheter ved å vise til at disse i bunn og grunn er urettferdige. Reglene kan derimot ikke brukes til å kritisere fortjenestekrav på samme måte. Rettere sagt så kan ikke fortjenestekravene kritiseres av regler om man ser på dem *qua*²⁷ fortjenestekrav, men de kan kritiseres *qua* rettferdighetskrav. Ved å se på fortjenestekrav som en type rettferdighetskrav kan de med andre ord kritiseres, og noen ganger vil rettighetskravene moralsk sett kunne veie tyngre enn dem. (Kristjánsson, 2006). (Se forholdet mellom de ulike kravene i tabell 3, under).

		Qua fortjenestekrav	Qua rettferdighetskrav
Fortjenestekrav	Er grunnlagt i en basis av grunnleggende verdier (morsalsk dyd) og ligger til grunn for rettigheter. Er grunnleggende uavhengig av rettigheter.	Kan kritisere reglene som ligger til grunn for rettighetskrav for å være urettferdige. Reglene kan derimot ikke brukes til å kritisere fortjenestekrav.	Kan bli kritisert av reglene som ligger til grunn for rettighetskrav, og kan i noen tilfeller bli trumfet av rettighetskrav. (Reglene kan også moralsk sett veie mer enn fortjenestekrav).
Rettighetskrav	Bygger på en fortjenestetenkning.		

Tabell 3

²⁵ Det er for eksempel umulig å konkludere med at en elev fortjener å få den høyeste karakteren på en prøve uten å slutte seg til poenget med prøven.

²⁶ For eksempel gjennom å ha regler som foreskriver at fortjenestehet (“deservingness”) skal gjelde innenfor et visst domene.

²⁷ Lat. for ”i egenskap av” eller ”som”.

Med utgangspunkt i det overstående caset vil en slik forståelse av fortjenestekrav få som konsekvens at astmatikeren Pers opplevelse av urettferdighet, som er relatert til hva han mener at både han og røykeren Ole fortjener, kan benyttes til å kritisere reglen om at ressursvake pasienter skal bli prioritert ved sykehusinnleggelse. Pers eventuelle fortjenestekrav kan derimot kun kritiseres eller korrigeres av denne regelen dersom kravet blir sett på som et rettferdighetskrav. Fortjenestekravet kan i kraft av dette avvises som et krav dersom man finner at rettighetskravet (at ressursvake pasienter skal bli prioritert ved sykehusinnleggelse) er mer rettferdig enn fortjenestekravet eller at det veier tyngre enn det moralsk sett. Det er for eksempel et slikt moralsk krav Wikler ønsker å finne slik at han kan argumentere moralsk for at samfunnet skal dele på de byrdene som enkeltpersoner frembringer, uavhengig av om disse har ansvar eller ei for egen sykdom eller skade (se over). Spørsmålet er om dette er mulig å finne, og hva det i så fall er.

BÅDE RETTER OG FORTJENESTE

I sammenheng med rettighets- og fortjenestekrav hevder Kristjánsson (2006, s. 44) at en rettferdig person er en person som er "concerned with bringing about states of affairs where those two kinds of claims are given sufficient consideration". Dette får som konsekvens at *både* røykeren Ole og astmatikeren Pers krav skal vurderes på lik linje dersom vi ønsker å frembringe et rettferdig samfunn.

Kristjánsson hevder at det er umulig, som noen filosofer forsøker, å sette til side en mulig konflikt mellom de to forestående fenomeners krav ved å påstå at bare retter eller bare fortjeneste gjelder for rettferdighet. Slike forsøk på forenkling blir håpløst kontrainuitive sier han når man ser dem i lys av eksempler fra virkeligheten. Noen av de beste eksemplene som støtter Kristjánsson i hans forståelse på dette området kan vi hente fra idrettsverdenen. I et løp hvor sistemann gjennom hele løpet kommer først i mål fordi de andre deltakerne snubler i hverandre rett foran målstreken, har vinneren av løpet, med grunnlag i de reglene som gjelder, på ærlig og rettferdig vis vunnet konkurransen, men få vil si at han har fortjente å vinne. (Kristjánsson, 2006). Slike situasjoner er eksempler på at både rettighetskrav og fortjenestekrav gir mening som krav for rettferdighet eller urettferdighet.

I dagligtalen er det ikke uvanlig i følge Kristjánsson (2006) at rettighetskrav blir uttalt som fortjenestekrav uten at dette egentlig er tilfelle. Eksempelvis brukes ofte "A fortjener å få x" som en kortversjon av "A har rett på, etter de regler som gjelder, å få x." Det vil for eksempel ikke være plausibelt å påstå at A fortjener å vinne en skjønnhetskonkurranse fordi A

er penest, men A har derimot *rett* på førsteplassen, dersom reglene i konkurransen sier at den peneste skal vinne, og A faktisk er penest. Bedømmelser som forveksler fortjenestekrav med rettighetskrav kan man kalle *uekte fortjeneste-bedømmelser*. Et helserelatert eksempel på slike uekte fortjeneste-bedømmelser vil for eksempel være påstanden om at A, i kraft av å være norsk statsborger, fortjener å få sykehjemsplass når A er så gammel at han ikke kan ta vare på seg selv. A fortjener imidlertid ikke denne plassen, i hvert fall ikke i kraft av å være norsk statsborger alene, men en lov eller regel kunne ha sagt at han hadde *rett* på en slik plass. På samme måte fortjener ikke norske foreldre at barna deres skal få plass i barnehagen, men at alle har rett på barnehageplass er det ingen tvil om.

På denne måten er det mulig å se på fortjeneste som en uavhengig verdi som er relevant for rettferdighet. Et slikt syn innebærer blant annet at krav som for eksempel er grunnlagt i en tro om at rettferdighet innebærer at man tar vare på det folk trenger (som å gi en person en ny nyre, eller legge dem på respirator) er irrelevante når det gjelder å forstå fenomenet fortjeneste. (Kristjánsson, 2006).

RETTIGHETSKRAV ELLER FORTJENESTEKRAV?

Mens det i idrettens verden er enkelt å se at rettighetskrav trumfer fortjenestekrav, da det å gi førstepremien til den som ikke vant vil synes noe absurd og ikke minst ødeleggende for konkurrerende sport, er ikke svaret så enkelt i spørsmålet om røykeren Oles rettighetskrav. (Et krav han tilsynelatende har i kraft av det aktuelle prioriteringsforslaget). I følge Kristjánsson er som vi har sett et av kravene til rettigheter at de skal være upartiske for å være rettferdige. Med utgangspunkt i et helsesystem vil en slik forståelse av rettferdighet gjennom rettighetskrav få konsekvenser for spørsmål om prioritering. Den eller de som setter prioriteringskravene er i denne sammenhengen rettferdige dersom prioriteringen ikke innebærer at den/de er påvirket av hvilke medlemmer av pasientgruppen som får fordeler eller blir skadet av prioriteringen. Prioriteringen må med andre ord skje etter samme kriterium, uavhengig av pasientens sykdom, alder, ansvar etc. for å være rettferdig. Problemet med kravet om upartiskhet i forhold til prioritering er selvsagt at det er et paradoks mellom det å prioritere og det å være upartisk. Grunnen til dette er selvsagt at forslaget tar stilling til hvem av medlemmene i pasientgruppen som enten skades eller drar fordeler av forslaget, noe som betyr at det er partisk. Dette får som konsekvens at dersom forslaget gjennomføres, uten at det er mulig å argumentere for at røykeren faktisk fortjener å bli prioritert, så vil forslaget ikke kunne karakteriseres som et rettferdig forslag, og prioriteringen som skjer vil dermed være

urettferdig. Konsekvensen ville selvsagt vært den samme dersom forslaget innebar at ressurssterke mennesker skal prioriteres foran ressurssvake, og slik vil det være uansett hvilken prioritering man foretar, nettopp fordi prioritering og upartiskhet er to uforenelige størrelser. Det er umulig å være upartisk hvis målet er å prioritere, da prioritering innebærer å ta stilling til hvem som skal få behandling.

Dagens etiske regler for leger hviler imidlertid tilsynelatende på et krav om upartiskhet, men det er mulig å argumentere for at dette ikke er tilfelle. Legene skal riktignok ikke under noen omstendigheter skaffe pasientgrupper eller enkeltpasienter noe økonomisk eller prioriteringsmessig fordel, dersom den er *uberettiget*. (Se Legeforeningens Etiske regler, 2002, § 12). Legene kan med andre ord gi en fordel dersom den er berettiget, noe som indikerer at man har kriterier for hva som er berettigede eller uberettigede fordeler, og at man på grunnlag av disse kriteriene foretar prioriterer. Poenget med å kommentere dette er ikke for å kritisere denne praksisen negativt, det sier seg selv at det er nødvendig med prioriteringskriterier i et helsesystem. Dette viser likevel at rettighetskrav innenfor denne sektoren ikke vil kunne defineres som rettferdige i og med at de ikke er upartiske i den overstående forstand.

At prioriteringer i helsevesenet ikke kan anses som rettferdige ut fra et rettighetsperspektiv betyr at vi må fokusere på fortjenesteperspektivet for å avgjøre om det foreslåtte prioriteringsforslaget er rettferdig eller ei. Når det gjelder spørsmålet om rettferdighet i forhold til prioriteringsforslaget ser det med andre ord ut til at fortjenestekravet trumfer rettighetskravet. Det er imidlertid viktig å påpeke at selv om en rettighet til prioriteringen ikke kan anses som rettferdig, så betyr ikke dette i Kristjánssons verden at en slik rettighet ikke bør gjennomføres eller at den ikke kan anses som moralsk rett. Fortjenestekravet ser med andre ord ut til å trumfe rettighetskravet når det gjelder spørsmålet om rettferdighet, men om prioriteringen er (moralsk) rett eller ei er et annet spørsmål.

For å ta stilling til om prioriteringsforslaget er rettferdig eller ei må vi, i lys av det overstående, fokusere på fortjenestekravet. For å gjøre dette vil jeg ved hjelp av Kristjánssons forståelse av fortjeneste diskutere hvem av de to pasientene som med rette kan sies å fortjene noe mer enn den andre. I og med at fortjenestekrav i følge Kristjánsson ligger forut for et hvert offentlig systems regler, kan det være naturlig å konkludere med at den av pasientene som i Kristjánssons terminologi kan sies å fortjene noe mer enn den andre skal legges til grunn for hvordan vi løser prioriteringsspørsmålet. Om dette er en plausibel konklusjon på problemstillingen er imidlertid noe jeg vil komme tilbake til senere.

HVA KJENNETEGNER FORTJENESTE?

Det er et viktig poeng for Kristjánsson (2006, s. 48) å påpeke at fortjeneste "forms an important criterion of justice." Men hva er egentlig fortjeneste? Kristjánsson (2006, s. 60) beskriver fenomenet fortjeneste som "a matter of a fit between states of affairs and specific moral qualities and actions of individuals which are generally held in high regard because they are moral."²⁸ For å forstå hvordan Kristjánsson tenker når han forfekter at de nevnte kvalitetene ved individer er *moralske*, og av den grunn høyt verdsatt, velger jeg å se på den formale strukturen til fenomenet. Ut fra en slik synsvinkel kan fortjeneste forstås som en triadisk relasjon mellom:

1. En person P
2. Et negativt eller positivt utfall eller en tilstand (for eksempel skade, tap eller fordel) S som er fortjent av P
3. En basis B, i kraft av at P fortjener S, hvor B relateres til fakta (som er relevant) om hva P er eller gjør

(Kristjánsson 2006, s. 51, basert på Feinberg 1970, s. 61).²⁹

Ved hjelp av caset er det lett å se at ved denne forståelsen av fortjeneste så er det basis B som synes å være nøkkelen til å begrunne hvorfor en person fortjener en tilstand (hvorfor P fortjener S). Sett med astmatikeren Pers øyne kan vi tenke oss av røykeren Ole er person P som, i følge Per med fler, ikke fortjener den fordel den i denne sammenhengen er å bli prioritert foran Per ved sykehusinnleggelse (S). Med andre ord: Med Pers øyne så fortjener Ole en negativ tilstand S, en tilstand som innebærer at Ole ikke blir prioritert ved sykehusinnleggelse (tap), og begrunnelsen synes å ligge i at Ole selv tilsynelatende har skyld i egen sykdom, og at Per i denne sammenhengen er uskyldig. At røykeren Ole selv er skyld i sin egen sykdom er dermed i astmatikeren Pers øyne et faktum ved Ole som relateres til basis B. Med utgangspunkt i at Pers argumentasjon er av typen "slippery-slope" vil Per kunne benytte seg av denne til å hevde at han, sett som P, fortjener fordel den ved å bli prioritert ved

²⁸ Inspirert av Millers formale forslag til hva som kjennetegner begrepet fortjeneste. (Se Miller 1976, s. 85).

²⁹ Feinbergs originale skjema refererer han til som: "S deserves X in virtue of F," where S is a person, X a mode of treatment, and F some fact about S (...). (Feinberg 1970, s. 61). I følge Feinberg er det på grunnlag av dette skjemaet klart at 'the values of F (the various desert bases) are determined in part by the nature of the various X's in questions.' (Ibid.). Kristjánsson vil ikke kunne si seg fullstendig enig i verken formen eller innholdet i dette skjemaet, da han antar at det finnes en fortjenestebasis, og ikke fler. (Se under).

sykehus innleggelse (S). Begrunnelsen for dette er at han har tatt vare på egen helse, og dette relateres dermed til basis (B). Spørsmålet som melder seg er selvsagt hva som er relevante fakta ved P, eller rettere sagt, hva er basis B?

For å svare på dette spørsmålet er det i følge Kristjánsson (2006, s. 51) først nødvendig å finne et svar på spørsmålet om om "what counts as a relevant fact about P, that is, what constitutes a legitimate desert basis [?]" Julian Lamonts forslag i denne sammenhengen synes fornuftig og realistisk. Han hevder at det er umulig å finne hva som konstituerer fortjeneste ved å se på fenomenet i seg selv, da fortjeneste krever eksterne verdier og mål for å gjøre det tydelig hva det er. Det betyr at når noen fremmer et fortjenestekrav så forteller ikke denne bare hva fortjeneste i seg selv krever, men også eksterne verdier som begrunnelsen bygger på introduseres. Utfallet av dette synes å være at siden disse verdiene er mangfoldige og kan stå i konflikt med hverandre vil også fortjenestekravene være mangfoldige og kunne stå i konflikt. (Lamont, 1994).

Med utgangspunkt i caset vil det ikke være overraskende om mange i denne sammenhengen ville kommet frem til at astmatikeren Per har rett til å påberope seg et fortjenestekrav. Konsekvensen av dette vil være at forslaget er urettferdig og på grunnlag av dette er det mulig å argumentere for at det ikke bør gjennomføres. Det er som sagt likevel vanskelig å stoppe argumentasjonen her. Dette kommer særlig frem av det konstruerte caset: Det finnes bare en respirator og man må prioritere enten Ole eller Per. Hvis man først har sagt nei til røykeren Ole på grunnlag av at han ikke har fortjent å bli prioritert siden han ikke har tatt vare på egen helse, er det enkelt å ta steget over på den andre siden og hevde at astmatikeren Per fortjener å prioriteres siden han faktisk har tatt vare på helsen sin. I henhold til Lamonts forståelse så oppstår det tilsynelatende ingen konflikt mellom fortjenestekravene i dette tilfelle fordi det er liten tvil om at de fleste av oss vil sette verdien av å ta vare på egen helse høyere enn det å la være. Det er med andre ord ikke slik at vi i denne sammenhengen blir tvunget til å velge mellom to verdier som synes å være like gode, eller at valget i større grad er avhengig av hvem som velger enn hva som kan velges.

Uansett er Lamont (1994) opptatt av at når en person legger frem et fortjenestekrav vil dette kravet variere, ettersom hvilket relevant fakta man vurderer som verdifullt ved P vil variere. Det kommer med andre ord an på hvem man spør hva slags svar man får. Dette betyr ikke at konseptet fortjeneste i Lamonts øyne ikke er ett konsept, men han mener at det er mulig å tolke dette konseptet på ulike måter.

Hovedproblemet med en slik forståelse av fortjeneste viser seg ifølge Kristjánsson (2006, s. 55) i de to mulige svarene på spørsmålet om "is the allegedly common core of the

concept of desert also essentially contestable or not?” Hvis svaret er “ja” fører dette i følge Kristjánsson til en uinteressant konseptuel relativisme som får som konsekvens at folk som tror de snakker om fortjeneste egentlig ikke gjør det. Om svaret derimot er “nei” synes det ifølge Kristjánsson som om det ikke finnes noen grunn til å påstå at det ikke er mulig å gi gode argumenter for at en konsepsjon av fortjeneste er nærere denne ikke-diskutable kjernen enn andre. Tanken er med andre ord den at det er all grunn til å tro at folk tar med seg de ulike verdiene sine inn i fortjenestekonseptet, men at det er mulig at noen av disse verdiene er mer fornuftige enn andre, gitt den rollen dette konseptet spiller i den moralske diskursen. (Kristjánsson, 2006).

BASIS B – MORALSK DYD

I motsetning til Lamont hevder Kristjánsson (2006) på bakgrunn av det overstående at det finnes kun *en* basis B og ikke flere. Han påstår med andre ord at det i utgangspunktet er ett relevant fakta ved personen P som konstituerer et legitimt grunnlag for fortjeneste, og denne basisen refererer han til som *moralsk dyd*. (Se tabell 3: fortjenestekrav er grunnlagt i én basis – moralsk dyd). Når det er snakk om fortjeneste mener Kristjánsson med andre ord at det er en persons moralske dyd som er relevant når det gjelder fakta ved en person, og han hevder at andre forslag til basiser enten kan reduseres til moralsk dyd eller at de inneholder distinkte verdier som ikke har noe med fortjeneste å gjøre.

For å forklare hva han mener med “moralsk dyd” støtter Kristjánsson (2006) seg på en aristotelisk tanke om muligheten for å rangere folk (i moralsk forstand) i henhold til omfanget av moralsk verdi som settes etter deres besittelse av viktige dyder. Han skriver selv at hans forståelse i denne sammenhengen kan formuleres som en påstand om at ”people deserve S or do not deserve S solely on the grounds of their *moral worth*.” (2006, s. 56). Problemet med denne formuleringen er selvsagt at den lett kan misforstås og tolkes dit hen at mennesker ikke har lik verdi som mennesker, skriver Kristjánsson. Han sier selv at det er viktig å se skille mellom forestillingen om at folk kan ha ulik moralsk verdi og en forestilling om at folk kan ha ulik verdi som mennesker. For å illustrere det han mener skriver han at det er mulig å tenke seg at Nelson Mandela og Saddam Hussein har ulik moralsk verdi som personer, avhengig av deres nivå når det gjelder moralske oppnåelser, men at de har lik verdi som (moralske) personer. (På norsk vil dette kunne oversettes med “menneskeverd”). For ikke å skape forvirring eller bli misforstått i sammenheng med dette velger Kristjánsson (2006, s. 57) å

benytte seg av sin formulering om at fortjeneste er basert på ”moral virtue”. (Kan oversettes til norsk som: moralsk dyd eller moralsk iboende kraft).

I lys av caset er det mulig å stille seg tvilende til Kristjánssons forståelse av det han kaller ”moralsk verdi” eller ”moralsk dyd” og hvordan dette i hans øyne ikke må forveksles med verdien av å være menneske. Om man med utgangspunkt i caset og det overstående fra Kristjánsson i sammenheng med Knowles (1977) tanker om at “the idea of a “right” to health should be replaced by the idea of an individual moral obligation to preserve one’s own health (...)”, så vil dette kunne begrunne ulike konsekvenser for pasientene Ole og Per. Ved å tilskrive de to pasientene en moralsk obligasjon om å ta vare på egen helse, vil man ikke i Kristjánssons terminologi si noe om den verdien de to pasientene har som (moralske) personer (deres menneskeverd), denne anses som lik, men spørsmålet mitt er om denne anseelsen er plausibel?

Før jeg svarer på dette spørsmålet er det i første omgang lettere å si seg enig i at i denne konkrete sammenhengen så er det mulig å anse de to pasientens moralske verdi (etter deres besittelse av relevante moralske dyder) som ulik. Røykeren Ole, som tilsynelatende ikke har tatt vare på egen helse, vil etter alt og dømme kunne tilskrives en lavere moralsk verdi enn astmatikeren Per, som så langt det har latt seg gjøre har tatt vare på egen helse. I og med at caset illustrerer en stramhet med hensyn til valg i situasjonen (respiratoren kan gis til Ole eller Per), synes det rimelig at det er dette som setter rammen for fortjenestekravet som hos Kristjánsson er basert på moralsk dyd.

I lys av caset er det uansett en mulighet for at det overstående og spørsmålet om moralskverdi kontra menneskeverd skaper problemer for Kristjánsson. Om man som Knowles setter et likhetstegn mellom retten til helse og en moralsk obligasjon om å ta vare på egen helse, samtidig som man tenker seg at fortjeneste baserer seg på moralsk dyd, så er det røykeren Ole som taper kampen om respiratoren. Det er nettopp dette som skaper det overstående problemet. Hvis det er sånn at astmatikeren Per har større moralsk verdi enn røykeren Ole (men altså ikke større menneskeverd), og han av den grunn skal tildeles respiratoren, betyr ikke dette at Oles verdi som menneske også anses som mindre enn Pers? Konsekvensen av en slik tildelelse innebærer tross alt at Ole dør, mens Per får leve.

Problemet med denne måten å resonnerer på er imidlertid at den ikke stemmer overens med det Kristjánsson forsøker å formidle. Slik han ser det så er det en persons moralske dyd eller verdi som er relevante fakta ved personen når det gjelder fortjeneste, og dette har ingenting med den verdien man har som menneske. Det vil sannsynligvis finnes mange omstendigheter hvor røykeren Ole har større moralsk verdi enn astmatikeren Per. Akkurat i

denne sammenhengen ser det likevel ut som om det er Per som fortjener en fordel i kraft av sin innsats for egen helse.³⁰ Dette betyr likevel ikke at Ole med nødvendighet fortjener et tap. (Se under).

Det som gjør det hele så vanskelig i dette bestemte caset er at uansett hva man legger til grunn for tildelingen av respiratoren så blir konsekvensene så store for enten den ene eller den andre pasienten.

FORTJENESTE ETTER INNSATS

Noen vil kanskje stille seg spørrende til om det å ta vare på egen helse i det hele tatt kan representere det Kristjánsson refererer til som moralsk dyd, og svaret på dette er utvilsomt ja.

I den sportslige verdenen er det innsatsen til deltakerne som sannsynligvis teller mest når man i etterkant av en fotballkamp eller et skirenn diskuterer hvem som fortjente eller hadde fortjent å vinne. De fleste vil ikke finne noen moralske elementer i den argumentasjonen de bruker for å forfekte hvem som fortjente å vinne kampen eller rennet, og dette viser at ideen om den moralske dyden, som Kristjánsson (2006) hevder er den eneste basisen for fortjeneste, ikke er altoverskyggende. Han mener likevel at den er inngående. Selv om innsats, som involverer aktiviteter som verken er (moralsk) gode eller dårlige (som i sport), kan konstituere en fortjenestebasis, så betyr ikke dette nødvendigvis at innstas i seg selv er en spesifikk verdi som er uavhengig av moralsk dyd. Kristjánsson hevder at det er plausibelt å tenke seg at moralsk dyd i noen sammenhenger er så innlært at den fortsetter å være der, selv når man ikke har noe direkte godt som formål. Han skriver blant annet at “relief workers not only feed the poor; they also work out at the gym, read newspapers and so forth.” (Kristjánsson 2006, s. 58).

Den tanken Kristjánsson her forfekter synes å komme godt overens med Knowles' tanker om å sette et likhetstegn mellom retten til helse og en moralsk obligasjon om å ta vare på egen helse. Selv om det i første omgang kanskje er vanskelig å si seg enig i at det å ta vare på egen helse er noe *moralsk* godt eller en *moralsk* dyd, så vil det i Kristjánssons forståelse av begrepet likevel kunne tolkes dit hen. Astmatikeren Pers innsats når det gjelder å ta vare på egen helse er uten tvil høyere enn hos røykeren Ole, og dette får som konsekvens at Per i denne situasjonen besitter tyngre (relevante) moralske dyder enn Ole.

³⁰ Det er vanskelig å se at fordelene i denne sammenhengen vil være noe annet enn å få tildelt respirator.

HVORDAN ETABLERES ET FORTJENESTEKRAV?

Som vi har sett mener Kristjánsson at alle fortjenestekrav (qua rettferdighetskrav) er komparative (se over), og denne innsikten bunner i at det synes umulig å determinere eller bestemme hva personer fortjener eller ikke fortjener hvis man ikke kan sammenligne ulike krav. I følge Kristjánsson (2006, s. 61) så involverer også fortjenestekrav en (implisitt) referanse til det han kaller ”a *baseline of expectations*.” Han skriver at fortjenestekrav handler om at folk skal få som fortjent med hensyn til goder og byrder og

[i]f these claims did not involve an implicit reference to a baseline of expectations, there would be no way to determine what should count as a benefit or a burden in the first place, let alone a deserved or undeserved one.’ (Ibid.).

Spørsmål som melder seg i denne forbindelse er selvsagt hvordan et fortjenestekrav etableres og hva en grunnlinje av forventinger er.

EN TRETRINNS PROSESS

Kristjánsson presenterer en tretrinns prosess når det gjelder hvordan et fortjenestekrav etableres. (Se tabell 4, under).

Trinn 3

Sammenlignet utfallet fra trinn 2 med P’s faktiske fortjente utfall. (Det P fortjener i kraft av sin moralske dyd).
Uoverensstemmelse → tilstanden er ufortjent.
Overensstemmelse → tilstanden er fortjent.

Trinn 2

Sammenligne det aktuelle utfallet med den relevante grunnlinjen av forventinger. Opplever P et tap, en fordel eller et nøytralt utfall?

Trinn 1

Determinere den relevante grunnlinjen av forventninger. Er den moralsk eller statistisk?

Tabell 4

Første trinn i denne prosessen er å determinere det han kaller den relevante grunnlinjen av forventninger (a baseline of expectations). (Kristjánsson 2006). De fleste forventninger vil ifølge Kristjánsson være statistiske i den forstand at de refererer til hva folk av "a similar kind" statistisk sett kan forvente under "similar circumstances." (2006, s. 61). I noen sammenhenger vil det likevel forekomme at vi ønsker å anvende en moralsk grunnlinje av forventninger. (Som for eksempel da et utfall forventes å være moralsk, eller da statistiske og moralske grunnlinjer er i konflikt med hverandre). Som eksempel på hvor det anvendes en moralsk grunnlinje skriver Kristjánsson (2006) at man kan anse det som et tap for en dopselger at han ikke får solgt så mye ulovlige stoffer som han statistisk kunne forvente, til tross for at den ideelle situasjonen moralsk sett ville vært at ingen ulovlige stoffer ble solgt overhode.

Hvis det er en konflikt mellom statistiske og moralske grunnlinjer er det den grunnlinjen som er foretrukket av den personen som vi determinerer fortjeneste til som vi med rette skal anvende i følge Kristjánsson. Han viser fruktbarheten av denne påstanden gjennom følgende eksempel:

A child who died of hunger in a poverty-stricken area could be considered as having suffered a loss, although most children in that area died of hunger, as long as such deaths *could reasonably be prevented through human intervention*. (Kristjánsson 2006, s. 61, min kursiv).

Dette eksemplet innebærer med andre ord at det er rett å anvende en moralsk grunnlinje, men ved å endre konteksten er det likevel mulig å endre denne anvendelsen. Sett at verden var konstituert på en slik måte at alle var dømt til å dø av sult før fylte tretti år, uten at dette var noe noen kunne gjøre noe med. Under slike omstendigheter ville det i følge Kristjánsson ikke være mulig å si at en person som dør av sult før fylte tretti har lidd et tap. Grunnen til dette er at denne skjebnen står i harmoni både til den moralske og statistiske grunnlinjens forventninger. (Kristjánsson, 2006). Man kan rett og slett ikke forvente noe annet. Verken moralsk eller statistisk.

GRUNNLINJEN AV FORVENTNINGER – EN FRUKTBAR FORSTÅELSE?

Denne forståelsen av grunnlinjer synes fruktbar når den anvendes på overstående og lignende eksempler, men jeg opplever ikke at det er like lett å referere til en relevant grunnlinje av forventninger når det gjelder caset som er denne oppgavens fokus.

Om reglen som sier at ressursvake personer skal bli prioritert foran ressurssterke gjelder så vil ikke astmatikeren Per, statistisk sett, kunne forvente noe annet enn at røykeren Ole blir prioritert. Ved første øyekast kan det med andre ord se ut som om Per ikke kan forvente noe annet i enn å bli nedprioritert i en slik situasjon. Det som imidlertid gjør det vanskelig å referere til en statistisk grunnlinje i caset er at den kun kan være statistisk dersom astmatikeren Pers tap i denne sammenhengen ikke kan "reasonably be prevented through human intervention." (Kristjánsson 2006, s. 61).

Spørsmålet som selvsagt er vanskelig å svare på i denne sammenhengen er hva som kan anses som "rimelig" når det gjelder å forhindre at Per lider er tap ved ikke å bli prioritert. Kan en menneskelig intervensjon eller inngripen overhode forekomme i den aktuelle situasjonen? Å ta stilling til det siste er kanskje det enkleste. Det finnes kun en respirator og på grunn av pandemi og ekstremvær er det umulig å frakte noen av pasientene noe sted. Det er med andre ord ingenting noen kan gjøre for å tilby *både* Per og Ole respirator. Det noen uansett ser ut til å *kunne* gjøre er å prioritere respirator til astmatikeren Per i stedet for røykeren Ole, og på den måten sikre at Per ikke lider noe tap. Problemet med denne løsningen sier seg selv. Tapet flyttes med dette over på Ole og man er like langt hva gjelder grunnlinje av forventninger. Ved å gå direkte inn i den aktuelle situasjonen synes det derfor vanskelig å si noe annet enn at den grunnlinjen som bør anvendes er moralsk.

Spørsmålet om grunnlinjer av forventninger i forbindelse med det aktuelle caset kan likevel se annerledes ut i lys av en større sammenheng. Selve grunnlaget for prioriteringsdebatten ligger som vi har sett i det som blir referert til som 'mangel på ressurser.' (Se for eksempel helsedirektørens utspill i Aftenposten, 2010 5. juni). Om man antar at disse ressursene *faktisk* mangler, at det er slik verden *faktisk er*, så kan ikke alle pasienter til en hver tid forvente å få behandling på sykehus. Ressursene til en slik virksomhet strekker rett og slett ikke til. Ut fra dette kan vi tenke oss at verken Per eller Ole kan, sett at verden er konstituert slik at ressursene ikke strekker til, regne med å få respirator. I en slik verden sier statistikken at noen pasienter vil få behandling, mens andre ikke vil få.

Det finnes imidlertid en forskjell mellom caset og eksemplet med barnet som dør av sult i en verden som er konstituert på en slik måte at alle dør av sult før de er tretti. I det aktuelle eksemplet er det nemlig naturen som kan sies å ha det endelige "valget" om hvordan verden skal se ut. I caset er det derimot noen som bestemmer hvem som skal få eller ikke få behandling. Det er jo nettopp det prioritering innebærer. Selv om det riktig nok er vanskelig å forhindre ressursmangel gjennom menneskelig inngripen (i hvert fall for den enkelte), så forutsetter uansett prioritering nettopp en menneskelig inngripen. Det er *noen* som bestemmer

hvordan verden skal konstitueres, og den eller de som bestemmer dette har dermed mulighet til å endre denne konstitusjonen. Dette betyr med andre ord at fordi prioritering er noe som gjøres av noen, og dermed kan endres (Per kan for eksempel prioriteres fremfor Ole), så vil grunnlinjen av forventninger i caset ikke kunne anses som ren statistisk. Den synes derimot i større grad å vippe mot en ren moralsk.

At grunnlinjen av forventninger etableres til å være moralsk i dette tilfellet betyr likevel ikke at vi i caset nødvendigvis *vet* hva som er det rette utfallet (om Per eller Ole skal tildeles respiratoren) moralsk sett. Vi vet kun statistisk sett at en av dem ikke vil få tilgang på respiratoren, men hvem og hvorfor den ene skal få tilgang fremfor den andre er et helt annet spørsmål.

DIAMETRAL FORTJENESTE

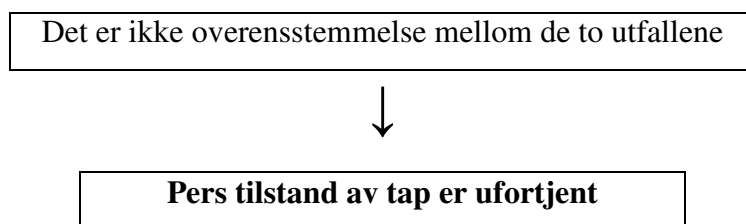
Det andre trinnet i Kristjánssons tretrinns prosess innebærer å sammenligne utfallet til person P med den aktuelle grunnlinjen av forventninger for å ta stilling til om P opplever et tap, en fordel eller et nøytralt utfall. (Kristjánsson 2006). I noen tilfeller, som i det aktuelle caset, finnes det ikke et nøytralt utfall. Uansett om grunnlinjen av forventninger her er statistisk eller moralsk, så finnes det ingenting nøytralt mellom det å få tildelt respirator eller ei. De to pasientene er med andre ord "doomed either to lose or to gain" (Ibid.), noe som gjør at caset er et tilfelle av hva Feinberg (1970) kaller diametral fortjeneste ("polar desert").

I det aktuelle caset er det som vi vet astmatikeren Per som med rette kan sies å tape kampen om respiratoren. Fordi grunnlinjen av forventninger er moralsk er det mulig å sette spørsmålsteget ved om denne tilstanden er fortjent eller ei. Dette fører oss over på det tredje trinnet i prosessen når det gjelder å etablere et fortjenestekrav. Dette trinnet innebærer å sammenligne det utfallet vi fant for P (Per) i trinn to (tap) med P's fortjente utfall. Med P's fortjente utfall mener Kristjánsson, (2006, s. 62) "what we think was P's due according to basis of desert [(P's level of moral virtue)] that we deem relevant in the specific context." I følge Kristjánsson (2006) har vi en intuisjon som gjør oss i stand til å peke på relevante fakta i en spesifikk kontekst. Jeg vil komme tilbake til denne i neste kapittel.

I følge Kristjánsson (2006) vil en uoverensstemmelse mellom de to overstående utfallene bety at P's tilstand ikke er fortjent. P har enten vært ufortjent heldig eller ufortjent uheldig. Hvis utfallene derimot er i overensstemmelse så er P's tilstand fortjent. I Kristjánssons terminologi er det som vi har sett vanskelig å argumentere for noe annet enn at det er astmatikeren Per, i kraft av at han har tatt vare på egen helse, som holder det høyeste

nivået av moralsk dyd av de to pasientene. I det minste når det gjelder hva som er relevant i den aktuelle konteksten. Dette betyr at det i caset er en uoverensstemmelse mellom de to utfallene. Pers reelle tilstand av tap stemmer ikke overens med det utfallet Per fortjener og dette betyr at Pers tilstand av tap er ufortjent. (Se tabell 5).

Astmatikeren Pers faktiske tilstand	Astmatikeren Pers fortjente tilstand
Tap (blir ikke tildelt respirator)	Gevinst (å bli tildelt respiratoren)



Tabell 5

Ved å analysere caset i lys av hvordan fortjenestekrav etableres er det altså mulig å konkludere med at Pers reelle tilstand av tap (gjennom ikke å bli prioritert), er en ufortjent tilstand. At Pers tilstand er ufortjent innebærer dermed også at det foreslåtte prioriteringsforslaget i bunn og grunn er urettferdig. Røykeren Oles tilstand (å være prioritert til å få respiratoren) synes ikke å innebære noe fortjenestekrav, i hvert fall ikke umiddelbart, da hans krav bunner i en forestilling om å gi folk det de trenger, som har liten, om noen grad noe med fortjeneste å gjøre. Kristjánsson, (2006) skriver selv på side 67 og 68 at “[w]hen [need] is relevant to justice, it is because it relates to claims about entitlements (...) not because it is an independent ingredient of justice.” Han skriver videre på samme sted at behov kan relateres til andre verdier “which may be as morally important as justice, but which are not reducible to justice.”

Dette betyr at dersom reglen om at ressursvake skal prioriteres over ressurssterke ved sykehusinnleggelse gjelder, så har riktig nok Ole krav på å prioriteres, men han har ikke dette kravet fordi han fortjener det, eller fordi det er rettferdig, men fordi reglene sier det. Ole har med andre ord ikke fortjent å prioriteres fordi reglene sier det, men han har rett på en slik prioritering. Til tross for at Ole ikke kan sies å fortjene og være prioritert for respiratoren, så er det i lys av Kristjánsson likevel mulig at det finnes noen verdier i denne prioriteringen som

er like moralsk viktige som rettferdighet. Oles behov eller andre eksterne verdier kan med andre ord trumfe fortjenestekravet (som rettferdighetskrav) ved å veie tyngre enn det moralsk sett.

Som vi har sett er det et slikt trumfkort eller moralsk lodd Wikler (2004) er ute etter å finne. Han hevder som sagt at dette bør være et argument som viser at ulikheter i helse er en urettferdighet som gjør krav på samfunnets ressurser. I lys av Kristjánsson har Wikler i utgangspunktet rett i sin søken etter et moralsk lodd, men han kan sies å gjøre det vanskelig for seg selv ved å lete etter noe som kun refererer til verdien rettferdighet. Ut fra en fortjenestetenkning så er det ikke rettferdig at de som tar vare på egen helse skal lide på grunn av dem som ikke gjør det, men dette betyr ikke at det ikke finnes andre verdier som veier tyngre enn denne tenkningen. Prioriteringen i helsevesenet trenger med andre ord ikke å være rettferdig for å være moralsk rett.

”POETIC JUSTICE”

Ut fra Kristjánssons forståelse av hvordan fortjenestekrav etableres er det som vi har sett mulig å konkludere med at astmatikeren Pers tilstand er ufortjent og at den foreslåtte prioriteringen er urettferdig. I følge Kristjánsson (2006) er det noe umiddelbart (*prima facie*) godt ved at folk får som fortjent. Han hevder likevel at det å si at en tilstand S er ufortjent ikke med nødvendighet innebærer at noen er moralsk ansvarlig for S eller at noen har en plikt til å gjøre noe med denne tilstanden. Med utgangspunkt i caset betyr dette med andre ord at til tross for at Pers tilstand er ufortjent, så betyr ikke dette at vi er pliktet til å gjøre noe med denne tilstanden eller at noen er moralsk ansvarlig for å endre den. Kristjánsson mulighet for å la Pers ufortjente tilstand være som den er begrunner han i to ulike forhold: Først og fremst har Kristjánsson en forståelse av forholdet mellom rettferdighet og fortjeneste som er motsatt av Knowles'. Mens Knowles synes å hevde at fortjeneste er det samme som rettferdighet har Kristjánsson en feinbergiansk forståelse av dette forholdet. Denne forståelsen innebærer som vi har sett at fortjeneste anses som *et aspekt* ved rettferdighet, mens rettferdighet *et aspekt* ved moralsk retthet. (Kristjánsson, 2006).

Den andre grunnen til at Kristjánsson kan bevare Pers tilstand er at han kobler tankene om forholdet mellom fortjeneste og rettferdighet sammen med det han kaller et faktum som omhandler at det finnes mange tilfeller (S) hvor folk ikke kan gjøre noe annet med en ufortjent tilstand enn å reagere emosjonelt på denne på en ordentlig måte. (Tenk for eksempel på fotball lag som har tapt en kamp ufortjent og spillernes reaksjoner på dette tapet). Dette

innebærer at ideen om moralsk dyd som basis for fortjeneste impliserer at fortjenestekrav ofte er *emosjonskrav* som er grunnlagt i det Kristjánsson (2006, s. 59) kaller ”poetic justice”. At fortjenestekravene ofte er emosjonskrav innebærer at de ikke direkte gir tilskyndelser for å handle. De kan snarere anses som er emosjonell reaksjon. Dette endrer ikke i følge Kristjánsson at disse kravene har politisk og moralsk signifikans.

Gjennom å diskutere med Millers forståelse av fortjeneste er det mulig å eksemplifisere hvordan Kristjánsson forstår fenomenet ”poetic justice.” Kristjánsson (2006, s. 59) hevder nemlig at Miller (1976) kun har halvveis rett når han hevder at dersom Smith egentlig fortjener å vinne et løp, men Brown faktisk vinner det, så er det ”no reason” til å gi premien til Smith, eller å anse det som rettferdig at han får den. Kristjánsson sier at det er mulig at det ikke er noen grunn til faktisk å gi prisen til Brown, ikke minst på grunnlag av hvilke konsekvenser det ville gi for konkurrerende sport, men det faktum at Smith faktisk fortjener prisen gir oss likevel en god grunn til å anse det som potensielt rettferdig at han får den. Sett fra et ståsted der hypotetiske moralske krav og moralske emosjoner er relevante som hjørnesteiner når det gjelder moralsk modenhet er dette, ifølge Kristjánsson (2006), et moralsk relevant faktum.

I mine øyne er det fruktbart å forsøke å belyse caset gjennom ideen om ”poetic justice”. Først og fremst fordi den kan bidra i svaret på spørsmålet om Pers fortjenestetilstand krever at noe bør gjøres med prioriteringsforslaget. (Se forskningsspørsmål 2, over). Det synes plausibelt å tenke seg at Pers opplevelse av urettferdighet og hans fortjenestekrav svarer til det som Kristjánsson kaller et emosjonskrav. Til tross for at sykehuset følger de reglene som gjelder når de velger å legge røykeren Ole i respirator, så *opplever* Per, med flere, at denne avgjørelsen er urettferdig. Han reagerer med andre ord emosjonelt. Denne reaksjonen er i følge Kristjánsson et moralsk relevant faktum, og den innebærer at vi skal anse det som potensielt rettferdig at respiratoren blir tildelt astmatikeren og ikke røykeren.

At man *faktisk* skal *gjøre noe* på grunnlag av de emosjonene Per har, for eksempel ved å tildele respiratoren til astmatikeren Per og ikke røykeren Ole, synes imidlertid å være mer diskutabelt og problematisk enn spørsmålet om man skal gi prisen til den utøveren som fortjente å vinne et renn, men som ikke vant. Å gi prisen til den som fortjente å vinne i konkurrerende sport ville først og fremst fått store konsekvenser for sporten, mens å prioritere å gi medisinsk behandling til den som har tatt vare på egen helse fremfor alt ville fått konsekvenser for den enkelte pasient, men selvsagt også andre faktorer. Reglene i sport konstituerer med andre ord selve sportens natur, mens reglene i helsevesenet ikke bestemmes kun for helsevesenet sin del, men også for blant annet pasienter, pårørende, samfunns- og

økonomiske forhold osv. Dette fører til at mens det synes noe absurd å bryte reglene i den sportslige verden ved å tildele han som *ikke* vant rennet førstepremien, så vil et slikt brudd med reglene i det aktuelle caset slett ikke være absurd, men kanskje til og med på sin plass.

I og med forskjellen mellom de to potensielle utfallene opplever jeg det slik at Pers emosjonskrav stiller sterkere enn en sportsmanns når det gjelder å bli tatt hensyn til i spørsmålet om noe *faktisk* skal gjøres med den potensielle ufortjente tilstanden S.

OPPSUMMERING

Rettferdigheten består i følge Kristjánsson av rettighetskrav og fortjenestekrav, og det kravet man har fokus på vil variere fra situasjon til situasjon. Rettigheter har et krav om å være upartiske for å være rettferdige, noe som ikke går overens med prioriteringens partiske natur. Fortjeneste innebærer at folk skal få som fortjent og dens krav kan brukes til å kritisere rettigheter ved å vise til at de er urettferdige. Fortjenestekravene kan kun kritiseres dersom man ser på dem som rettferdighetskrav, og i en slik sammenheng vil rettighetskravene i noen tilfeller veie tyngre enn dem moralsk sett. Selve problemstillingen rundt den foreslåtte prioriteringen finner vi i forholdet mellom fortjeneste og retter. Røykeren Ole har, i kraft av reglene for prioritering, en rett til å prioriteres foran astmatikeren Per på grunn av sin lave sosioøkonomiske status. Per kan etter alt og dømme rettmessig kritisere Oles rettighet ved å vise til at prioriteringen er urettferdig sett fra et fortjenesteperspektiv.

I følge Kristjánsson er fortjeneste en relasjon mellom en person, en tilstand som er fortjent av personen og en basis (moralsk dyd) av relevante fakta ved personen som gjør at vi kan begrunne hvorfor en person fortjener en tilstand. Ved å veie en persons moralske verdi eller en persons moralske dyder (som er relevante) er det altså mulig å begrunne hvorfor noen fortjener eller ikke fortjener noe. Den mest relevante dyden i tilknytning til det aktuelle prioriteringsforslaget synes umiddelbart å være innsatsen for egen helse.

Med utgangspunkt i Kristjánssons tretrinns prosess om hvordan fortjenestekrav etableres er det plausibelt å konkludere med at astmatikeren Pers tilstand av tap er ufortjent og at det aktuelle prioriteringsforslaget dermed er urettferdig. Dette er fordi Pers tilstand ikke stemmer overens med det utfallet han fortjener i kraft av sin innsats for egen helse. Når det er sagt innebærer ikke denne konklusjonen eksplisitt at den foreslåtte prioriteringen ikke bør gjennomføres, da Kristjánsson forstår fortjeneste som et aspekt ved rettferdighet og rettferdighet som et aspekt ved moralsk rettighet.

KAPITTEL 6

MORALSK INTUISJON OG BEGREPET OM FLAKS

Er det så sikkert at røykeren Ole ikke kan sies å fortjene noe, eller finnes det faktorer eller informasjon som kan endre konklusjonen om at astmatikeren Pers tilstand er ufortjent? For å ta stilling til disse spørsmålene ønsker jeg i dette kapitlet å se på sammenhengen mellom Kristjánssons forståelser av intuisjon og innsats, og hvordan dette forholder seg til fenomenet flaks. Definisjonen av ”flaks” i denne sammenhengen vil i utgangspunktet kunne refereres til som det motsatte av kontroll (Fredriksen, 2007). En av grunnene til at jeg vil se på disse sammenhengene er blant annet den nære, men dog så fjerne relasjonen mellom fenomenene flaks og innsats. (Storesletten, 2010). Innstas (som moralsk dyd) anses som vi har sett som en viktig faktor for fortjenestetilskrivninger i Kristjánssons teori.

Jeg har ikke til hensikt å gå inn i en teoretisk diskusjon omkring flaksens betydning for menneskets (moralske) ansvar for sine handlinger, men vil fokusere på fenomenets praktiske relasjon til innsats, ansvar og fortjeneste. Målet i dette kapitlet er dermed å se på hvilken betydning fenomenet flaks har når det gjelder vår intuisjon om hva som anses som fortjent eller ufortjent. Viser det seg at opplysninger om flaks har en endringsevne i denne sammenhengen vil vår forståelse av den etter min mening spille en vesentlig rolle for svaret på den aktuelle problemstillingen.

Jeg vil selvsagt fortsette analysen av caset i denne delen av avhandlingen og Kristjánssons teori vil fortsatt spille en dominerende rolle. Det er hans syn på vår evne til intuitivt å avgjøre fortjenestespørsmål som ligger til grunn for den videre analysen. Kristjánsson tar også selv opp flaksbegrepet i sammenheng med sin forståelse av moralsk dyd og fortjeneste.

Før jeg tar fatt på arbeidet med å finne ut hvilken rolle flaksen spiller for svaret på spørsmålet om ressursvake bør prioriteres foran ressurssterke vil jeg gi en kort presentasjon av fenomenet.

FLAKS

Det oppstår et problem dersom en tenker seg at alt et menneske til en hver tid er kan føres kausalt tilbake til årsaker som kan forklare hvorfor det er som det er. Under slike

omstendigheter vil det nemlig være umulig å holde noen ansvarlig for noe. Problemet refereres ofte til som ”det moralske ansvarets problem”, og Lars Hertzberg (1975, s. 500) har uttrykt dets vesen treffende da han skriver at mange til tider har blitt hjemsøkt av tanken om at ”[o]n day science will tell us about all the causes of human behavior. And when that day comes, we will no longer be able to hold people morally responsible for their actions.”

En annen faktor som åpenbart skaper problemer for det å tildele ansvar er flaks. Flaks forstås ofte som noe som ligger utenfor en persons kontroll og Bernard Williams (1981, s. 20) skriver blant annet at “what is not in the domain of the self is not in its control, and so is subject to luck (...).” Problemet som fenomenet flaks skaper, er i første omgang knyttet til tanken om at man ikke kan ha ansvar for ting man ikke har kontroll over. Det er, som Thomas Nagel (1979) skriver, intuitivt plausibelt å tenke seg at ”people cannot be morally assessed for what is not their fault.” I enkelte tilfeller synes det likevel enkelt å avgjøre om en person har kontroll, og dermed ansvar, for en handling eller ei. Tar man imidlertid en nærmere titt vil det i de fleste tilfeller være mulig å sette spørsmålsteget ved denne kontrollen og dette ansvaret. Ville innbyggerne i Norge handlet annerledes enn tyskerne dersom Nazi-Tyskland var Nazi-Norge? Sannsynligvis ikke. Ville røykeren Ole røyket dersom han var i astmatikeren Pers sosioøkonomiske sko? Statistikken taler imot, men hvem vet?

På samme måte som det er intuitivt plausibelt å tenke at man ikke kan ha ansvar for noe man ikke har kontroll over, er det plausibelt å tenke at man ikke kan fortjene noe man ikke har ansvar for. Cupit (1996, s. 39) kaller dette for tesen om ”fortjeneste og ansvar”. Denne innebærer at et krav om fortjeneste undergraves av mangel på ansvar. Teseen innebærer derimot ikke at enhver fortjener det han er ansvarlig for, men den sier likevel noe om at ansvar er et nødvendig vilkår for ethvert (rasjonelt) krav som omhandler om P fortjener tilstanden S eller ei. (Kristjánsson, 2006).

FORTJENESTE OG ANSVAR

Cupit (1996) hevder likevel at moralsk flaks (moral luck) spiller en rolle når det gjelder fortjeneste på samme måte som det spiller en rolle for moralitet generelt. I han øyne fortjener den peneste jenta å vinne skjønnhetskonkurransen i kraft av hennes skjønnhet. Hennes mangel på ansvar for denne skjønnheten anser han som irrelevant. Det er mulig å tilbakevise denne påstanden fra Cupit ved å peke på at det finnes en lang tradisjon hvor skjønnhet eller stygghet ikke anses som moralsk relevante fenomener, men det er likevel interessant å se på caset og forskningen gjort blant annet av Folkehelseinstituttet i lys av Cupits forståelse. Det finnes som

vi har sett en relativt sterk korrelasjon mellom en persons sosioøkonomisk status, helserelatert adferd og dermed helsetilstand. I og med at den sosioøkonomiske statusen kan sies å være en type flaks eller uflaks (se under) og flaks innebærer det motsatte av kontroll, så er det mulig å tenke seg at den (helse) tilstanden en person befinner seg i ikke er personens ansvar. På samme måte som med skjønnhet er det er med andre ord mulig å se på den sosioøkonomiske statusen (og helsetilstanden som følger) som et produkt av noe man selv ikke har ansvar for. Ved hjelp av Cupit betyr ikke denne mangelen på ansvar noe som helst for fortjenestespørsmålet, men i lys av Kristjánsson (2006) fortjener ikke røykeren Ole å prioriteres fordi han har lav sosioøkonomisk status. (Like lite som Per fortjener å prioriteres fordi han har høy). Betyr dette at flaks eller mangel på sådan ikke spiller noen rolle når det gjelder fortjeneste i denne sammenhengen?

Ansvar synes uansett som et fenomen som spiller en viktig rolle i Kristjánssons fortjenestetenkningen. Basert på den relativt sterke korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse kan en stille spørsmålsteget ved er om røykeren Ole og astmatikeren Per på noe som helst vis kan sies å holdes ansvarlig for noe ved sin egen tilstand som gir grunnlag for å tilskrive eller avskrive fortjeneste.

Svaret på dette spørsmålet synes i første omgang å være ”nei”. Grunnlaget for dette er den ikke uvanlige antagelsen om at en moralsk vurdering kun er på sin plass der hvor en person på en eller annen måte kan holdes ansvarlig (Nagel, 1979), samt den intuitive tanken om at ingen kan ha ansvar for noe de ikke har kontroll over. Problemet med denne måten å tenke på er at tatt ut i sitt mest ekstreme, gjennom en hard form for determinisme, vil dette innebære at ”there would be no grounds for responsibility and, hence, desert.” (Sadurski, 1985, s. 131). Under slike omstendigheter ser det i første omgang ikke ut som om fortjenestetilskrivelse gir noen mening, det er jo ingen som kan sies å ha ansvar for noe som helst! At dette er en tanke som ikke stemmer med den virkeligheten vi lever i tror jeg de fleste vil være enige om. Sadurski (1985) løser det teoretiske problemet ved å vise til at på tross av slike omstendigheter er det ikke umulig å tilskrive personer negativ eller positiv fortjeneste for handlinger eller fakta som de *ikke* har kontroll over. Kristjánsson (2006) er enig med Sadurski i at fortjenestetilskrivelsene ikke trenger å være under P’s kontroll for at de skal gi mening. Spørsmål som naturlig nok melder seg i denne forbindelse er hvordan dette er mulig, og hva slags type ansvar det her er snakk om.

I følge Kristjánsson er det den aristoteliske tanken om at en person har ansvar for sine karakteregenskaper som er den type ansvar som i denne sammenhengen kreves. Denne tanken bygger på en ide om mennesket som er voksende (growing) vesen som på en eller annen måte

velger sin egen karakter ved å revurdere og legge til trekk ved de trekkene det allerede besitter fra barnsben av. I følge Kristjánsson (2006, s. 70) innebærer dette at en person for eksempel er ansvarlig for et umoralsk trekk ved sin karakter hvis personen kunne ”*at some time have avoided having it through making the right choices, even if its original filaments have by now solidified into unbreakable cables.*” En persons kapasitet til å forme ens egen karakter via rette og gale valg er den type ansvar som gjør folk det Kristjánsson kaller ”*desert-evaluable.*” (Ibid.).

Så lenge P er ansvarlig for den moralske karakteristikken som fungerer som basisen for fortjenestekrav er det derfor mulig å tenke seg at tilskrivelse av fortjeneste gir mening, til tross for at P ikke har kontroll over utfallene (Kristjánsson, 2006). Dette forklarer blant annet hvorfor det ikke er mulig å tilskrive fortjeneste når det gjelder en persons skjønnhet. Skjønnhet kan derimot, uavhengig av ansvar, ligge til grunn for rettighetskrav for eksempel i en skjønnhetskonkurrans. I lys av dette og det overstående gir det derfor mening å trekke den konklusjonen at også sosioøkonomisk status ikke tilskriver fortjeneste, da dette synes å være ansett som en faktor som i stor grad ligger utenfor en persons kontroll. Sosioøkonomisk status kan derimot, på samme måte som skjønnhet, ligge til grunn for rettighetskrav, for eksempel gjennom en prioriteringsregel.

Problemet med det overstående måten å konkludere på er selvsagt muligheten en person synes å ha til å endre korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og helserelatert adferd. Det er ikke sånn at alle som har hatt uflaks når det gjelder sosioøkonomisk status ikke evner å ta vare på egen helse. (Se for eksempel Tabell 1 som viser forholdet mellom røyking og utdanning). Dette betyr at muligheten for endring er der, og at korrelasjonen i det minste ikke er noe som forekommer hos alle med lav sosioøkonomisk status. Forskningen viser imidlertid at korrelasjonen er relativt sterk og forekommer hyppig, og dette er selvsagt noe vi skal ta på alvor. Spørsmålet er i hvilken grad korrelasjonen skal tas hensyn til i prioriteringssammenhengen?

Som vi har sett mener flere leger at hensynet til korrelasjonen bør tas gjennom å bringe sosioøkonomisk status inn i behandlingsvurderingen, mens andre stiller seg positive til å bruke nedprioritering som et virkemiddel mot pasienter som ikke tar ansvar for egen helse. (I praksis betyr dette i hovedsak de ressursvake pasientene).³¹ Presidenten for Den norske Legeforening, Torunn Janbu, tar avstand fra en slik form for virkemiddelbruk og argumenterer for det er umulig å anta at alle har samme evnen til å endre sin helserelaterte

³¹ Se referanser til forskning gjort av Bringedal og Bæreøe og Feiring og Bringedal, over, og fotnote 5, over.

adferd, og at ansvar for egen helse av den grunn ikke kan brukes som faktorer i prioriteringsspørsmål. (Aktuelt, 2011). Janbu mener med andre ord at en persons evne til selv å ta ansvar for egen helse i større grad er et spørsmål om flaks enn innsats. Av den grunn anser hun det som feil å dømme pasienter på grunnlag av noe de ikke kan sies å ha kontroll over enten det gjelder at pasienten har eller ikke har denne evnen.

Det hersker altså en uenighet når det gjelder synet på flaks og innsats i forhold til helserelatert adferd og hvilken rolle dette skal spille i spørsmål om prioritering. I det kommende ønsker jeg å gå tilbake til Kristjánssons syn på fortjenestens natur og forsøke å ta stilling til om den forløpige konklusjonen (at prioriteringsforslaget et urettferdig) er plausibel i lys av forholdet mellom innsats, flaks og fortjeneste.

Å ENDRE INTUISJON

Slik jeg tolker Kristjánsson er det mulig for oss å ta stilling til om P fortjener eller ikke fortjener en tilstand ved å referere til relevante fakta ved P ved hjelp av en form for intuisjon. Jeg baserer denne tolkningen blant annet på påstanden hans om at "new information about P's virtues may drastically change our *intuitions* about P's desert (...)." (Kristjánsson 2006, s. 66, min kursiv). Dette betyr at intuisjonen om at astmatikeren Per fortjener noe mer enn røykeren Ole i den aktuelle sammenhengen kan endres ved at vi får ny eller mer informasjon om enten Per eller Oles moralske dyder. Spørsmålet er om sammenhengen mellom flaks og innsats kan bidra til en endring i denne intuisjonen.

For å konkretisere det han mener med at intuisjonen på drastisk vis kan endres viser Kristjánsson til et eksempel hentet fra den virkelige (sports)verden. I OL i Salt Lake City 2002 tok den australske skøyteløperen Steven Bradbury Australias første gullmedalje noensinne i vinter-OL ved å vinne distansen kortbaneløp. Hovedgrunnen til at han vant kan vanskelig sies å være hans egen, men derimot det faktum at konkurrentene, som alle lå foran ham store deler av løpet, kolliderte med hverandre og falt både i semifinalen og finalen.³² På grunn av reglene som gjelder for skøyteløp vant selvsagt Steven på rettmessig og ærlig vis, men i lys av det som hadde skjedd under løpet opplevde mange umiddelbart at seieren hans likevel var av det ufortjente slaget. Det oppstod med andre ord en konflikt mellom rettighetskrav og fortjenestekrav, og dermed uenighet om hvorvidt seieren hans var rettferdig eller ei. Omtrent like mange som synes han vant ufortjent skiftet imidlertid mening om dette da det kom frem

³² Søk på wikipedia 15.11.2010: "Steven Bradbury".

at Steven hadde jobbet seg tilbake på skøytebanen etter en alvorlig trafikkulykke og flere antall treningsskader.

Dette meningsskifte indikerer i følge Kristjánsson, (2006, s. 66) at folks opprinnelige reaksjon (at Steven vant ufortjent) i hovedsak ikke sprang ut av “the non-moral concern that he had less skill as a skater than the other competitors but, rather, on the moral concern that he had not exhibited the same level of virtue (...) as them in reaching the finals.” Eksemplet underbygger Kristjánssons argumentasjon for moralsk dyd som basis for fortjeneste (se over), og dyder man i denne sammenhengen kan tenke seg er relevante er blant annet utholdenhet, iherdighet og hardt arbeid. (Kort og godt: innsats). Det faktum at Steven likevel viste seg å ha innsats, på tross av at han i utgangspunktet vant på grunn av flaks, var med på å endre folks mening om spørsmålet om han vant løpet fortjent eller ufortjent. Dersom Steven derimot kun hadde hatt flaks eller benyttet seg av umoralske midler, for eksempel doping, for å oppnå det samme resultatet ville etter all sannsynlighet ikke en slik endringsmening funnet sted. Kristjánsson, (2006) skriver selv på side 66 at “[a]chievement through pure luck and morally unsound achievements do not constitute grounds for desert; morally sound achievements achieved through effort do.” Dette betyr at både innsats (effort) og oppnåelse (achievement), som moralske dyder, teller i fortjenestekrav. Det praktiske problemet som oppstår i kjølevannet av sammenhengen mellom innsats og oppnåelser er selvsagt hvordan vi skal belønne en persons moralske og potensielt suksessfulle innsats som gjennom uflaks feiler i å resultere i oppnåelser. (Kristjánsson, 2006).

Med utgangspunkt i caset synes imidlertid ikke dette problemet å være et problem. Røykeren Ole innsats for egen helse kan vanskelig sies å være det Kristjánsson refererer til som ”morally sound”. Det er dermed ikke uflaks som er skylden i at hans oppnåelse av god helse uteblir, men derimot mangel på innsats. Et problem som caset i denne sammenhengen likevel illustrerer er selvsagt at selve mangelen på innsats fra Ole kan refereres til som uflaks.

Løfter vi blikket og ser ut fra forskningen gjort på forholdet mellom sosioøkonomisk status og helserelatert adferd er det lettere å se det praktiske problemet som Kristjánsson peker på. Ikke alle med lav sosioøkonomisk status tar dårlig vare på egen helse. Vi må anta at noen av dem gjør en innsats i denne sammenhengen. Vi må også anta at det finnes dem som forsøker å bedre sin egen helsesituasjon etter at skaden så å si har skjedd, og dermed har det som mange norske leger etterspør av sine pasienter: innsats og ansvarstakning for egen helse. Det er selvsagt spekulativt å skylde på uflaks når disse pasientenes innsats ikke resulterer i oppnåelser i form av god helse, men det finnes uansett grunner for å argumentere for at den

innsatsen disse pasientene gjør på en eller annen måte bør belønnes. Ikke minst med tanke på virkemidler for at folk skal ta vare på helsen sin.

Uansett. I det aktuelle caset vil den (moralske) intuisjonen selvsagt få konsekvenser for hvem av de to pasientene vi opplever at fortjener å få tildelt respiratoren. I lys av Kristjánssons forståelse av moralsk dyd som basis for fortjeneste vil nok de fleste ved første øyekast kunne si seg enig i at det er astmatikeren Per som fortjener å bli prioritert. Spørsmålet er om det kan oppstå et meningsskifte med hensyn til denne enigheten dersom man får flere opplysninger om enten røykeren eller astmatikerens dyder, som enten er gode eller dårlige. Hva om vi får vite at astmatikeren Per har drevet med underslag av store summer og samtidig snytt på skatten, og dermed unndratt seg å bidra til fellesskapet. Mens røykeren Ole på sin side har betalt skatt i alle år, samtidig som han har slitt med å få endene til å møtes de siste 20 årene. Vil dette påvirke vår dom hva gjelder fortjeneste i denne sammenhengen? Eller hva med den informasjonen vi allerede kjenner fra forskningen: Det finnes en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og hvordan folk tar vare på egen helse. Det er med andre ord ikke noe unikt ved de to pasientenes helserelaterte adferd. Så hvor mye er det egentlig rimelig å la innsatsen til de to pasientene på helsefronten gjelde for spørsmålet om fortjeneste?

For å svare på dette spørsmålet er det etter mitt skjønn en god ide å se på hvordan vi ser på forholdet mellom flaks og innsats og forsøke å ta stilling til hvordan dette forholdet kan sies å påvirke det Kristjánsson refererer til som intuisjon når det gjelder å avgjøre om noen fortjener noe eller ei.

INNSATS ELLER FLAKS?

Fredag 3. desember 2010 skriver professor i økonomi ved Universitetet i Oslo Kjetil Storesletten i en artikkel i Aftenposten at det er en mindre vilje til omfordelinger av ressurser i USA enn i Europa, men at folk på begge kontinentene ønsker en ”omfordeling fra de heldige til de uheldige, men ikke fra de flittige til de late.” Så hvorfor denne forskjellen i sosialpolitikk?

Forklaringen finner vi i undersøkelser som viser at europeere og amerikanere har en ulik oppfattelse av grunnene til at de rike er rike og de fattige er fattige. (Storesletten, 2010). Mens amerikanerne i større grad enn europeerne tror at fattigdom skyldes latskap og mangel på innsats, tror europeerne på sin side at det er tilfeldigheter som bestemmer hvem som faller i fattigdomsfellen. Om det er europeerne eller amerikanerne som i denne sammenhengen har rett er selvsagt et åpent spørsmål, men i følge Alestina og Angeletos (2005) er det mulig at

befolkningen i begge de to respektive kontinenter har et poeng i sine antagelser om hva som styrer hvem som blir fattige eller rike. Dette betyr i så fall at til tross for at mekanismene som styrer de ulike utfallene av fattig og rik er den samme verden over, så vil flaks (god eller dårlig) være den viktigste faktoren i Europa, mens i USA vil den viktigste faktoren være innsats eller mangel på sådan. Om man tenker seg at sannsynligheten for suksess både bestemmes av flaks og av innsats vil det i stor grad være hellet som styrer hvem som blir rike dersom man ikke yter noen innsats. Hellet vil derimot ha mindre betydning dersom innsatsen er høy. (Ibid.).³³ På grunnlag av hvordan europeere, og dermed også nordmenn, tenker om forholdet mellom innsats og flaks er det derfor ikke urimelig at mange vil anta at folks sosioøkonomiske tilstand i større grad skyldes tilfeldigheter enn innsats. Dette betyr med andre ord at i Norge spiller innsats konkret en mindre rolle enn flaks når det gjelder suksess eller mangel på suksess, og dette får som konsekvens at også nordmenns tanker rundt suksess påvirkes av forholdet mellom de to fenomenene.

Det er interessant å se på Kristjánssons forståelse av fortjeneste i lys av det Storesletten her refererer til. Som vi har sett så er det ifølge Kristjánsson mengden av moralsk dyd som er relevant når det gjelder å avgjøre om en person fortjener noe eller ei. Et relevant fakta som knyttes til moralsk dyd i sammenheng med det aktuelle caset er innsats. Astmatikeren Per har ytt større innsats når det gjelder å ta vare på egen helse enn røykeren Ole. Dette er en av grunnene til at intuisjonen forteller oss at Pers tilstand av tap er en ufortjent tilstand. Om denne tilstanden skal gjøres noe med er som sagt likevel et spørsmål som fortsatt står ubesvart.

Uansett. Basert på det intuisjonen forteller oss (gjennom vår forståelse av forholdet mellom innsats og flaks) er det mulig å referere til Pers tilstand av tap som en urettferdig tilstand, og dermed konkludere med at det aktuelle prioriteringsforslaget innebærer en urettferdig form for prioritering. På samme måte som folk flest mener at det er urettferdig å omfordele ressurser dersom inntektsforskjeller skyldes ulikhet i innstas (de rike har ytt høy, mens de fattige har ytt lav) vil en prioritering av ressursvake foran ressurssterke kunne anses som urettferdig. (Dersom helseforskjellene skyldes ulikhet i innsats når det gjelder helse relatert adferd). Forskningen viser at helseforskjellene i stor grad skyldes ulikheter når det gjelder innsatsen i å ta vare på helsen, og det er helse relatert adferd som for eksempel

³³Det finnes dermed to mulige utfall av samfunn: (1) Samfunn som USA hvor folk flest tror at suksess er et produkt av innsats. (2) Europeiske samfunn hvor folk flest tror at suksess skyldes flaks. (Storesletten, 2010).

røyking som skaper de store forskjellene mellom ressurssterke og ressursvake personer i denne sammenhengen.³⁴ Problemet eller løsningen, alt hvordan man ser det, er muligheten for å se på den sosioøkonomiske statusen folk har som et resultat av kun flaks eller uflaks. Spørsmålet som i så fall melder seg er om innsats (og dermed moralsk dyd) med rette kan anses som en målestokk for fortjeneste i forbindelse med den aktuelle problemstillingen? Før jeg ved hjelp av Kristjánsson tar stilling til dette spørsmålet vil jeg gå litt videre, samt utdype denne problemstillingen noe.

Med utgangspunkt i forskningen som Storesletten viser til er det altså mulig å anse røykeren Ole som en person som har hatt uflaks når det gjelder sin (mangel på) suksess i form av sosioøkonomisk status. Videre har forskning fra Folkehelseinstituttet vist oss at det slett ikke noe unik ved at en ressurs svak person røyker i Norge (Næss & Strand, 2007). Slik jeg ser det kan det av den grunn være plausibelt å tenke seg at det å røyke i Oles tilfelle faller inn under den uflaksen han har hatt når det gjelder sosioøkonomisk status. Basert på fellesskapets tanker om (u)flaks som viktig faktor for (mangel på) suksess og forskning er det med andre ord mulig å hevde at Ole, fordi han har hatt uflaks når det gjelder sosioøkonomisk status, har hatt uflaks når det gjelder sin helsemessige tilstand.

På den andre side er det derimot mulig å si at astmatikeren Per har hatt flaks når det gjelder sin sosioøkonomiske status og ressurssterkhet, men at han derimot har hatt uflaks når det gjelder sin medfødte og kroniske sykdom. Forskjellen mellom de to pasientene sett fra et forskningsmessig perspektiv er at det i røykerens Oles tilfelle er mulig å vise til en korrelasjon mellom hans sosioøkonomiske situasjon og hans sykdom som slett ikke er uvanlig, mens i Pers tilfelle er det ikke mulig å vise til tilsvarende korrelasjon. Den korrelasjonen man derimot kan si at finnes i Pers tilfelle kontra Oles er den innsatsen han gjør for å holde seg i form, på tross av den kroniske sykdommen. Denne korrelasjonen finnes riktignok hos røykeren Ole også, men med motsatt fortegn. Innsatsen til Ole er dårlig og det samme er helsen.

Spørsmålet som melder seg er om disse opplysningene vil endre intuisjonen som i første omgang synes å falle mot at det er Per og ikke Ole som fortjener å prioriteres. Slik jeg ser det så vil svare på dette spørsmålet med stor sannsynlighet være nei. Grunnen til dette er opplysningene om at Per har en medfødt kronisk sykdom som krever en innsats av ham, til tross for at forskningen viser til en korrelasjon mellom høy sosioøkonomisk status og god helse.

³⁴ Se forskning gjort av blant annet Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010) over.

I lys av forskningen og Kristjánssons syn på innsats synes det med andre ord plausibelt å si at god innsats, eller god helserelatert adferd, *på tross av* uflaks når det gjelder sosioøkonomisk status veier tyngre enn innsats gjort ved flaks når det gjelder sosioøkonomisk status. Astmatikeren Per har som vi vet bedre sosioøkonomisk status enn røykeren Ole, men det er uansett lett å si seg enig i at Pers tilstand av astma kan refereres til som uflaks. Slik jeg ser det så vil denne kroniske tilstanden være med på å påvirke vår intuisjon om fortjeneste og støtte den konklusjonen som synes å dominere så langt: Det er Per som fortjener å prioriteres.

Til tross for at flaks ikke synes å kunne konstituere fortjeneste, så viser altså analysen av caset at flaks og uflaks kan ha en innvirkning på vår intuisjon nettopp som relevante fakta ved omstendighetene en person befinner seg i. Denne innvirkningen er kanskje lettere å se ved hjelp av et enklere eksempel. Ta for eksempel Steven, den olympiske mesteren i kortbaneløp. Det er lite som tyder på at det hadde skjedd et meningsskifte angående hans (ufortjente) seier dersom han kun hadde trent som en vanlig skøyteløper og ikke jobbet seg tilbake på skøytebanen etter uflaksen han hadde da han ble rammet av en trafikkulykke og et antall treningsskader. Uflaksen bidro med andre ord i Stevens tilfelle til å forsterke hans moralske dyder og på den måten endret folks intuisjon når det gjaldt om han vant fortjent eller ufortjent.

I det aktuelle caset er det mulig å se på flaksens innvirkning på intuisjonen på samme måte. Slik jeg ser det så vil ikke Pers uflaks når det gjelder hans kroniske sykdom svekke hans fortjenestekrav, den vil snarere styrke den. Per gjør med andre ord ikke bare en innsats for å ta vare på helsen sin, han gjør det *på tross av* sin kroniske sykdom. Ja, på tross av sin uflaks. Dersom røykeren Ole derimot, med sin sosioøkonomiske status, var astmatikeren som tok vare på egen helse og ikke røykeren, mens Per var røyker med høy sosioøkonomisk status, så ville sannsynligvis intuisjonen til mange endres. Ole ville i en slik situasjon ta vare på egen helse *på tross av både* sin sosioøkonomiske status *og* sin kroniske sykdom. Det ser med andre ord ut som om intuisjonen for fortjeneste øker dersom innsatsen er stor på tross av uheldige omstendigheter.

Løfter vi derimot blikket og kun ser på det forskningen gir oss og ikke individene i caset er det imidlertid en mulighet for at kunnskapen om korrelasjonen mellom lav sosioøkonomisk status og dårlig helse likevel kan være med på å endre vår intuisjon om at den ressursvake ikke fortjener å prioriteres fremfor den ressurssterke. Forskningen viser som vi har sett en relativ sterk korrelasjon mellom helse og sosioøkonomisk status. Ser man på det sistnevnte som et produkt av flaks eller uflaks, vil sannsynligvis noen oppleve at den ressursvake fortjener å prioriteres fordi denne har hatt uflaks når det gjelder sin livssituasjon.

Denne måten å tenke og konkludere på er imidlertid problematisk i sammenheng med Kristjánsson. Jeg skal i det kommende forsøke å klargjøre hvorfor.

Å SPILLE KORTENE SINE RIKTIG

I tråd med den overstående måten å tenke på synes Wikler (2004), som vi har sett, å mene at det ligger en åpenbar urettferdighet i det faktum at det er en sammenheng mellom helse og sosioøkonomisk status. Også Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2010) ser ut til å dele Wilkers måte å tenke på. De skriver som sagt på sine nettsider at forskjellene mellom helsen til folk fra lave og høye sosiale lag er et rettferdighetsproblem. Den ressursvake kan sies å ha hatt uflaks når det gjelder egen tilstand, og det anses av den grunn som rettferdig at denne ikke lider et tap på grunn av denne uflaksen. Den ressursvake fortjener med andre ord noe bedre. Problemet med denne konklusjonen er at den stemmer ikke overens med Kristjánssons tanke om at flaks ikke konstituerer fortjeneste. For å fortjene noe kreves moralsk dyd (som for eksempel en innsats) og dette er i utgangspunktet uavhengig flaks eller uflaks. Kristjánsson (2006) er selvsagt enig i at det ofte er snakk om flaks når det for eksempel gjelder hvilken situasjonen en person befinner seg i og hvilke kort vi så å si har fått delt ut, men han hevder likevel at det er hva vi *gjør* med disse kortene som er viktig når det gjelder moralske vurderinger. Dette betyr at flaks ikke undergraver fortjenestekrav eller andre moralske krav.

I lys av Kristjánsson kan dermed innsats med rette benyttes som en målestokk for fortjeneste, til tross for at den tilstanden man befinner seg i, i utgangspunktet kan refereres til som et produkt av flaks eller uflaks. En innvending mot Kristjánsson i denne sammenheng er selvsagt den samme som Janbu tar opp i forbindelse med sitt syn på prioritering. Det er slett ikke sikkert alle har samme muligheter til å gjøre noe med de kortene som de har blitt tildelt. Kristjánsson (2006, s. 74) løser denne innvendingen med å støtte seg på en aristotelisk forståelse av moralsk fostring som innebærer at "any person who is not brought up as a child in singularly bad habits eventually becomes able to choose a life of virtue or vice." Denne forståelsen innebærer at forskjeller på folk anses som små når det gjelder det ansvaret som kreves for å være fortjeneste-evaluerbare.

Det er ikke vanskelig å argumentere for at Kristjánssons løsning på det overstående problemet ikke er tilfredsstillende i forbindelse med den aktuelle problemstillingen. Forskningen viser som sagt en hyppig korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og dårlig evne til å ta vare på egen helse. Dette kan indikere at de personene korrelasjonen gjelder for

har dårligere muligheter til å endre sine helserelaterte adferder. De kan med andre ord ikke spille kort. Å påstå at ressurssterke og ressurssterke mennesker egentlig har like muligheter vil derfor av mange kunne oppleves som feil. På samme måte som Wikler og Claussen er det mulig å se på denne forskjellen i muligheter som en urettferdighet som det kreves at vi gjør noe med. Slik jeg tolker dem, vil de dermed kunne argumentere for at det er, i kraft av at folk har ulike muligheter, urettferdig å la de ressurssterke fortjene mer enn de ressursvake. Men er det egentlig urettferdig? Med utgangspunkt i Kristjánssons forståelse av fortjeneste er det ikke noe urettferdig ved dette. På side 74 skriver han blant annet at:

[T]here is (...) nothing unjust about considering a person who has had the opportunity of choosing virtue and actually chosen it to be more deserving than a person who has not chosen virtue because he or she did not have the opportunity of doing so.

Kristjánsson begrunner denne påstanden ved å vise til at folk som har hatt flaks med hensyn til sine omstendigheter slett ikke trenger å ha noe enklere valg om å bli dydige personer enn dem som har hatt uflaks. I denne forbindelse viser han blant annet til Aristoteles (Oversatt av Irwin 1985, s. 100-101) som skriver i *Nicomachean Ethics* om sine observasjoner av folk og deres vansker med å bære "the results of good fortune suitably." På grunnlag av dette hevder Kristjánsson at en person fortjener anerkjennelse for å motstå fristelser til tross for at han har hatt flaks. Andre, som ikke har hatt muligheten til å motstå dem fortjener ikke den samme anerkjennelsen, men, skriver Kristjánsson (2006, s. 74), "they obviously do not deserve any blame either for not doing what they could not do."

Med dette i mente er det mulig å se på forholdet mellom de to pasientenes reelle og fortjente tilstander som vist under. (Se også tabell 5 over).

	Den reelle tilstanden (tap/gevinst)	Den fortjente tilstanden	Er den reelle tilstanden fortjent/ufortjent?
Astmatikeren Per	Tap	Gevinst	Ufortjent
Røykeren Ole	Gevinst	?	?

Tabell 6

Vurderingene av astmatikeren Pers fortjente og reelle tilstander ble gjort i kapittel 5. Her kom det frem at Pers reelle tilstand av tap ikke stemmer overens med hans faktiske fortjente tilstand (som er basert på hva vår intuisjon av moralske dyder), og dette innebærer som kjent

at Pers reelle tilstand av tap vurderes som ufortjent. At Per får anerkjennelse for sine moralske dyder og dermed ser ut til å fortjene noe mer enn røykeren Ole er i lys av Kristjánsson (2006) ikke noe urettferdig med. Ole fortjener rett og slett ikke den samme anerkjennelsen som Per.

Med grunnlag i Kristjánssons påstand om at man ikke fortjener å klandres for noe man ikke har muligheten til ikke å gjøre knytter det seg likevel en usikkerhet til Oles fortjente tilstand. La meg forklare. Basert på korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helse er det som vi har sett mulig å argumentere for at røykeren Ole ikke har hatt samme muligheten til innsats når det gjelder helse relatert adferd på samme måte som astmatikeren Per. I følge Kristjánsson er det som sagt ikke riktig at en person skal kunne klandres for mangelen på denne muligheten. (Se over). For at Ole skal fortjene et tap ser det med andre ord ut som om Ole må kunne klandres for sin egen sosioøkonomiske og helsemessige tilstand.

På denne måten vil spørsmålet om Ole kan klandres eller ei få betydning for vår intuisjon om hva Ole fortjener eller ikke fortjener. Enkelt sagt vil en konklusjon som sier at Ole kan klandres for sin tilstand gjøre det mulig å argumentere for at Oles reelle tilstand av gevinst vil være ufortjent, da den faktisk fortjente tilstanden vil kunne vurderes til "tap". Om den faktisk fortjente tilstanden kan vurderes til "gevinst" dersom konklusjonen er at Ole ikke kan klandres for sin tilstand vil i mine øyne likevel være noe mer problematisk å argumentere for. Hvorfor vil jeg komme tilbake til senere.

OPPSUMMERING

Tradisjonelt sett innebærer flaks noe som ligger utenfor en persons kontroll,³⁵ og dette skaper problemer for både begrepet om ansvar og fortjeneste. Uten kontroll, intet ansvar og dette undergraver dermed krav om fortjeneste.³⁶ I følge Kristjánsson trenger ikke fortjenestetilskrivelse å være under en persons kontroll for å gi mening og han forfekter at det som kreves er den aristoteliske tanken om at en person har ansvar for sine karakteregenskaper.

Uansett finnes det en korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og dårlig helse i Norge og det vil være mulig å referere til denne som en type uflaks. Spørsmålet er om den nevnte korrelasjonen (eller spørsmålet om flaks) kan endre vår intuisjon om at forslaget er urettferdig? Med utgangspunkt i det aktuelle caset vil svaret på dette spørsmålet være ”nei” fordi det ser ut som om intuisjonen for fortjeneste øker dersom innsatsen er stor på tross av uheldige omstendigheter. (Se over). Svaret kan tendere mot ”ja” dersom vi kun ser på korrelasjonen mellom helse og sosioøkonomisk status. Dette svaret er imidlertid ikke koherent med Kristjánssons forståelse av fortjeneste og flaks. Kristjánsson er enig i at det er mye i en persons liv som er tilfeldig, men det er hva denne personen gjør som teller for fortjeneste og rettferdighet. Det er med andre ord ikke noe urettferdig ved å hevde at en person som har hatt muligheten til å velge det gode, og faktisk gjør det, fortjener noe mer enn en som ikke har hatt denne muligheten. Et viktig poeng fra Kristjánsson i denne sammenhengen er at den som ikke har hatt muligheten til å gjøre det gode (som i dette tilfellet vil være å ta vare på egen helse) ikke skal klandres for dette. På grunnlag av dette knytter det seg en usikkerhet ved hva som er røykeren Oles tilstand. (Se tabell 6).

For å finne ut av om røykeren Oles reelle tilstand (gevinst) er fortjent eller ei vil jeg derfor ta stilling til om vi er villige til å klandre ham for din helserelaterte adferd eller ei.

³⁵ Se Williams (1981) og Nagel (1979).

³⁶ Se tesen om fortjeneste og ansvar hos Cupit (1996).

KAPITTEL 7

KLANDRER VI RØYKEREN OLE?

Analysen så langt indikerer at det foreslåtte prioriteringsforslaget ikke bør gjennomføres. Grunnlaget for dette finner vi i at Pers tilstand av tap er en ufortjent tilstand og dette innebærer dermed at forslaget vil kunne anses som urettferdig. I lys av Kristjánsson er det også mulig å argumentere for at astmatikeren Per fortjener noe mer enn røykeren Ole og det er plausibelt å tenke seg at det mest relevante ”mer” i denne sammenhengen er å få tildelt respirator. Jeg har nå beveget meg inn i en argumentasjon som beveger seg i en ”slippery-slope.” Det er derfor viktig å påpeke at til tross for at astmatikeren Pers fortjenestekrav slår røykeren Oles hva gjelder rettferdighet så innebærer ikke dette at Pers krav skal innfris eller at det plikter oss til å gjøre noe med den tilstanden Per befinner seg i. Det er likevel ikke noe problem å se at incentivet for å endre Pers tilstand øker ytterligere dersom vi er villige til å klandre Ole for sin tilstand. Vi vil med dette også stimulere vår intuisjon til å konkludere med at Oles tilstand av gevinst er en ufortjent tilstand. Vår villighet til å klandre røykeren for sin helsetilstand møter imidlertid på problemer da sannsynligheten er stor for at noen vil argumentere for at Ole ikke har hatt samme mulighet til å ta vare på egen helse som Per. Man kan på grunnlag av dette anta at Ole ikke bør klandres. (For eksempel ved å bli nedprioritert). I følge Kristjánsson er det riktignok ikke noe urettferdig ved å si at de som har muligheten til å gjøre det gode, og faktisk gjør det, fortjener noe mer enn dem som ikke gjør det. Det er med andre ord rettferdig at Per fortjener noe mer enn Ole uansett hvilke muligheter de to pasientene har til å ta vare på egen helse. Likevel fortjener ikke Ole å bli klandret for sin tilstand dersom han ikke har gjort det han ikke har hatt muligheten til å gjøre.

Spørsmålet om vi er villige til å klandre røykeren Ole for sin helsemessige tilstand eller ei vil dermed kunne ha innvirkning på om Oles reelle tilstand av gevinst anses som fortjent eller ei. Er vi villige til å klandre Ole er det mulig å argumentere for at hans tilstand er ufortjent. Om vi derimot ikke er villige til å klandre ham vil det som sagt likevel være vanskeligere å gi argumenter for at hans tilstand er fortjent. Grunnen til dette er selvsagt hans lave nivå av moralske dyder som er relevante i den aktuelle sammenhengen. (Innsats).

Som allerede nevnt vil jeg benytte meg av Marion Smileys forståelse av klanderverdighet for å ta stilling til om vi er villige til å klandre Ole for sin helsemessige tilstand. Et av

hovedpoengene til Smiley er at vi aldri i vitenskapelig forstand kan ta stilling til om noen med rette kan klandres for en handling eller ei. Derav spørsmålet om villighet fra min side. Det er derfor viktig å påpeke at den konklusjonen jeg kommer frem til når det gjelder klander ikke kan anses som objektiv eller absolutt, men den baserer seg derimot på sosiale normer og forventninger vi har til Oles selvkontroll når det gjelder hans helse relaterte adferd. Dette betyr at konklusjonen er farget av både tid, sted og meg, og den ville sett annerledes ut dersom disse faktorene var noe annet enn det de er. Grunnlaget for konklusjonens form finner vi i Smileys syn på moralsk ansvar og klander.

MORALSK ANSVAR OG KLANDER

I boken *Moral Responsibility and the Boundaries of Community* tar Smiley et oppgjør med det hun kaller det moderne synet på moralsk ansvarlighet. Hun hevder at dette synet lokaliserer klanderverdighet (blameworthiness) i et individs frie vilje og at den frie vilje blir sett på som et slags absolutt kriterium for moralsk ansvar. Under dette synet antar man med andre ord at et individ er klanderverdig i kraft av at det selv er årsaken til det det holdes moralsk ansvarlig for. Det er forestillingen om den frie vilje som gjør oss i stand til å uttrykke hva det er ved en aktør som gjør at vi kan se på ham som klanderverdig. Med dette som grunnsyn er det derfor intuitivt å anta at aktører som er mentalt i orden har evnen til å gjøre annerledes enn det de faktisk gjorde. (Smiley, 1992). Rendyrker man tanken om den frie vilje vil man likevel få problemer med å demonstrere den, i følge Smiley (1992). Hun hevder at dette er grunn nok til ikke å benytte det moderne konseptet av moralsk ansvar i sosiale og politiske anliggender.³⁷

Siden dommen om moralsk ansvarlighet innenfor det moderne synet krever at individet er årsaken til det som det blir klandret for, så er den på en måte vitenskapelig i sitt slag. I følge Smiley (1992) kan dommen likevel umulig konstrueres verdinøytral, da den i seg selv inneholder en moralsk dom om individet som klandres.³⁸ Problemet til moderne tenkere er ifølge Smiley (1992, s. 74-75) at de benytter termen "moralsk ansvar" til å dekke både tanken om årsakssammenheng og klanderverdighet, samtidig som de behandler de to delene

³⁷ Smiley tar også opp moralsk flaks som en type hindring når det gjelder bruken av det moderne konseptet. Og på samme måte som Kristjansson konkluderer hun med at den eneste grunnen til at fenomenet flaks er vanskelig å forholde seg til er dersom man tenker seg at moralsk ansvar "specifies the total controll by individuals over that which they are being held morally responsible." (Smiley, 1992, s. 101).

³⁸ Et eksempel på en slik moralsk dom er ifølge Smiley (1992, s. 74) at en person er "morally blameworthy for having brought about harme."

som et moralsk fakta ved den aktuelle aktøren. Å ha moralsk ansvar innebærer med andre ord at man er moralsk klanderverdig og dette blir sett på som et faktum eller et attributt ved individet som det selv har full kontroll over. Ikke som en bedømmelse vi gjør av individet på basis av våre sosiale og politiske syn. Feilen med denne måten å tenke på er at vi med dette unngår å ta inn over oss muligheten for at klanderverdigheten ved individet kan ha noe med vår egen rolle som klandrere å gjøre. (Smiley, 1992).

Klanderverdighet krever i følge Smiley (1992) mer enn at en enkelt aktør utfører en (villet) dårlig handling. Hun skriver på side 90 at klander ikke gir mening “outside the context of either a relationship between individuals and actual blamers or social criteria for deciding whether or not a particular individual is worthy of our blame.” En dårlig handling er helt klart avhengig av en aktør, mens moralsk klanderverdighet signaliserer at en aktør er verdig å bli klandret. Den dårlige handlingen er sådan uavhengig av en reaksjon fra en klandrer, mens klanderverdigheten helt åpenbart er avhengig av de reglene som klanderreaksjonen er grunnlagt i. (Ibid.).³⁹ Vi får selvsagt problemer dersom vi kun fokuserer på vår rolle som klandrere i denne sammenhengen. Hvis individer ikke kan forstås som klanderverdige i kraft av at de selv har forårsaket skade, hva skal vi da gjøre? Smiley (1992) ønsker imidlertid ikke at vi skal forlate våre bedømmelser av kausalt ansvar og klanderverdighet, men hun vil at vi skal rekonstruere dem som en del av politisk og sosial praksis.

Utgangspunktet for denne rekonstrueringen av moralsk ansvar bør i følge Smiley være at vi i større grad fokuserer på vår klander som en sosial praksis enn på den frie vilje. Hun antar at ved å fokusere på denne praksisen så vil det være mulig å artikulere en forestilling om en fri vilje som både refererer til en persons villighet (“willing”) og som samtidig tar hensyn til at en slik villighet er avgrenset av våre egne forestillinger om når en persons vilje reflekterer dens egne valg eller eksterne krefter som den ikke kan sies å ha kontroll over. (Smiley, 1992).⁴⁰

I kapittel 9 i den nevnte boken ønsker Smiley å artikulere kriterier vi bruker eller legger til grunn for å klandre individer i praksis, og dette innebære blant annet å vise hvordan

³⁹ Man kan selvsagt diskutere om en handling kan dømmes som god eller dårlig, uten at noen foretar denne dommen, men dette er et teoretisk spørsmål som jeg ikke skal gå inn på i denne sammenhengen.

⁴⁰ Smiley (1992, s. 36) forfekter i denne forbindelse at forestillingen om den frie vilje har utviklet seg over tid og i den kontekstendringen som den sosiale klandringspraksisen foregår. Hun skriver på side 37 at “our social practice of blaming has changed (...) over the years, but (...) communities have endeavored to rework the notion of free will associated with moral responsibility in light of these changes.” Smiley anser derfor også debatter og problemstillinger rundt fri vilje og determinisme som deler av den sosiale praksisen som klandring er forstått som.

vi knytter klander til våre kausale bedømmelser. Jeg vil i det kommende benytte meg av Smileys forståelse av kriteriene for våre dommer når det gjelder klanderverdighet og den sosiale (klander) praksisen disse dommene er en del av, for å ta stilling til om vi er villige til å klandre røykeren Ole for sin dårlige helse. Først og fremst vil jeg vil imidlertid starte med å se på hva Smiley mener at vi i praksis gjør når vi klandrer hverandre for dårlige handlinger.

KLANDERPRAKSIS

Klander må forstås som en et forhold mellom den som klandres og den som klandrer, samt til klanderens funksjon i sosial og politisk praksis. Gjennom å bli klandret gjør man seg selv sårbar for moralsk granskning, mens gjennom å klandre andre setter man seg selv i en rolle av moralsk autoritet. Det antas gjennom denne rollen at man har adgang og kjennskap til samfunnets standarder når det gjelder rett oppførsel og at man har rett til å påtvinge andre disse standardene dersom de på en eller annen måte bryter disse. Forholdet mellom en klandrer og den som klandres er derfor et forhold mellom en dommer og den dømte og dette forholdet innebærer for klandrerens sin del en rett til å uttrykke en forrækt over andre gjennom for eksempel skam, fordømmelse eller ekskludering fra fellesskapet. (Smiley, 1992.).

For at klander skal ha noen effekt er det uansett nødvendig at de som klandres og de som klandrer hører til det samme fellesskapet og at de i grove trekk deler de samme kriteriene for akseptert oppførsel. (Smiley, 1992). Til tross for at vi, sammen med de to pasientene i det aktuelle caset, ikke deler den samme sosioøkonomiske statusen vil det være rimelig å anta at vi i det store og det hele tilhører det samme fellesskapet og vi i grove trekk deler de samme kriteriene for akseptabel oppførsel.⁴¹

Når vi klandrer noen uttrykker vi i følge Smiley (1992) misnøye med dem vi klandrer som personer. Vi gjør det med andre ord klart (for oss selv, de som klandres og andre) at “these individuals have not lived up to either our expectations of them as particular individuals or to our standards of acceptable behavior.” (Smiley, 1992, s. 148). Klander består dermed essensielt sett av en rekke negative holdninger som vi har mot andre personer dersom de gjør vold mot det vi anser som “the rules of fair play.” (Ibid.). Dette innebærer i følge Smiley at når vi klandrer individer gjør vi det ikke bare klart for dem at de har handlet dårlig. Vi betrakter dem også som “bad persons’, persons whom we consider to be *less than worthy*

⁴¹ Vi er for eksempel en del av den norske pasientgruppen og bor i samme land.

members of our community.” (Ibid. min kursiv).⁴²

I følge Smiley finnes det to generelle tilstander hvor vi tradisjonelt klandrer individer. Først og fremst klandrer vi en person når han har handlet dårlig. Dette møtes gjerne med å vise til at skaden er en konsekvens av personens (frie) handlinger. Som konsekvens av forestillingen om den frie vilje klandrer vi derfor også en person dersom vi finner det plausibelt å tilskrive denne evnen til å handle annerledes enn det han faktisk gjorde. Ofte finner vi denne evnen til å handle annerledes ved å spørre om individet var i posisjon til å gi oss en akseptabel unnskyldning for viljesbestemmelse eller ei. (Smiley, 1996).⁴³ Dersom vi ønsker å klandre Ole for at han har tatt dårlig vare på helsen sin, må vi med andre ord vise at Oles helsemessige tilstand er en konsekvens av Oles (frie) handlinger. For å ta stilling til om Ole kunne handlet annerledes enn det han gjorde, må vi også finne ut om Oles dårlige handlinger på en eller annen måte kan unnskyldes eller ei.

Smiley benytter seg av Aristoteles for å vise hvilke omstendigheter som ligger til grunn for vår klander av andre mennesker. Grunnen til at Smiley (1992, s. 168) benytter seg av Aristoteles i denne sammenhengen er fordi vi i følge henne kan i stor grad ”rely (...) on Aristotle’s criteria of blameworthiness in our discussions of moral responsibility (...)”

ARISTOTELES’ SYN PÅ KLANDER

I *Nicomachean Ethics*, bok 3, kapittel 1 skriver Aristoteles at vi klandrer folk under omstendigheter hvor deres handlinger blir sett på som frivillig eller i det minste ikke ufrivillige. Han skriver at våre handlinger ”recive praise or blame when they are voluntary, but pardon, sometimes even pity, when they are involuntary.” (Oversatt av Morgan 1992, s. 260). Aristoteles anser videre handlinger som er gjort på grunn av uvitenhet (ignorance) som ufrivillige handlinger, men hevder at ikke all form for uvitenhet gjør en handling ufrivillig. En handling gjort av uvitenhet er i følge Aristoteles annerledes enn en handling gjort i uvitenhet. Han skriver blant annet at en full eller sint aktørs handling synes ”to be caused by

⁴² Jeg antar at den verdien Smiley her refererer til er noe som tilsvarer den moralske verdien som Kristjansson snakker om i sin forståelse av fortjenestens natur. (Se over). Det er fordi de har gjort noe (moralsk) galt at verdien til disse ”bad persons” har en lavere verdi enn andre i fellesskapet, ikke fordi deres menneskeverd er lavere. I lys av Kristjansson er det mulig å si at disse personene som Smiley refererer til besitter en lav andel av såkalte moralske dyder når det gjelder det de blir klandret for. Dette er med på å vise at det er en nær sammenheng mellom hva vi (intuitivt) mener at en person fortjener og hva vi mener at han kan klandres for.

⁴³ ”Unnskyldning for viljesbestemmelse” er en oversettelse av Smileys begrep om ”volitional excuses”. I følge Smiley (1996, s. 226) er det to unnskyldninger for viljesbestemmelse som vi påberoper oftest i diskusjoner om moralsk ansvarlighet: uvitenhet (ignorance) og tvang (compulsion).

drunkenness or anger, not by ignorance. though it is done in ignorance, not in knowledge.” (Morgan 1992, s. 262). En handling gjort i uvitenhet gjør med andre ord ikke en handling ufrivillig.

Smiley (1992, s. 38) tolker Aristoteles bok 3, kapittel 1 som en systematisering av at ufrivillige handlinger ikke er passende grunner for å klandre individer og hevder at Aristoteles (som henne) ”views blameworthiness as part of the social practice of blaming (...)” I hennes øyne er Aristoteles med andre ord ikke primært opptatt av forestillingen om den frie vilje eller individets egne ”state of mind” i sin forståelse av moralsk ansvar, men han tolkes derimot som opptatt av ”the conditions under which we as social and political blamers consider an individual’s actions to have been voluntary or involuntary.” (Smiley 1992, s. 39). Aristoteles (og Smiley) er dermed ikke opptatt av frivillighet per se, men derimot av under hvilke omstendigheter vi som medlemmer av et samfunn er villige til å akseptere unnskyldninger for viljesbestemmelse, som for eksempel uvitenhet eller tvang.

På spørsmålet om hva som så å si ligger til grunn for om vi anser en handling for frivillig eller ei, tolker Smiley (1992, s. 41) Aristoteles dit hen at dette avhenger både av individets ”state of mind” og vår forståelse eller opplevelse (sense) av hva slags handlinger et individ kan forventes å motstå.⁴⁴ I motsetning til tendensen i moderne filosofi slår ikke den klassiske tenkeren Aristoteles sammen frivillighet og klanderverdighet til en objektiv oppdagelse ved moralsk ansvarlighet i følge Smiley (1992). I stedet ser han på frivillighet som en av flere kriterier som vi benytter oss av når vi klandrer folk i praksis. Forestillingen om frivillighet blir med dette en del av den sosiale klandringspraksisen.

For å ta stilling til om vi er villige til å klandre røykeren Ole for sin helsemessige tilstand er det derfor ingen hensikt i å sette spørsmålsteget ved om Ole faktisk kan si å ha en absolutt frivillighet i forhold til den tilstanden han befinner seg i på grunn av røykingen. Om Ole selv har valgt bort eller ikke hatt mulighet til å ta vare på helsen er med andre ord et irrelevant spørsmål, i hvert fall i en vitenskapelig eller absolutt forstand. Det som derimot er viktig er om vi, ut fra våre forventinger til hverandre og personer som Ole, anser den tilstanden Ole befinner seg i som en tilstand han kan klandres for eller ei. Vi kan med andre ord spørre om handlinger som innebærer å ta dårlig vare på egen helse er handlinger vi forventer at en person kan eller skal kunne motstå?

Ut fra den moderne måten å tenke om moralsk ansvar på er det liten tvil om at Ole selv kan sies å være årsaken til den (helsemessige) tilstanden han befinner seg i og at han av den

⁴⁴ Denne tolkningen synes plausibel gitt at Aristoteles hevder at handlinger som er gjort i (og ikke av) uvitenhet ikke gjør at en handling kan anses som ufrivillig, i betydningen gjort av uvitenhet.

grunn pålegges et moralsk ansvar for denne tilstanden. Sannsynligheten for at Ole hadde hatt KOLS dersom han ikke røykte er svært liten og sannsynligheten for at han hadde trengt respirator hadde vært mindre enn nå dersom han hadde fulgt legens råd om å slutte å røyke. Når journalistene i Aftenposten spør Stene-Larsen om det ikke er urettferdig at en røyker går foran en ikke-røyker i helsekøen så er det trolig denne kausale forbindelsen mellom røykeren og helsetilstanden som ligger til grunn for rettferdighetsspørsmålet som stilles. (Se Hornburg & Westerveld, 2010, 14. juni). Forestillingen om en fri vilje knyttes til denne forbindelsen ved at røykeren selv anses å ha skyld i egen sykdom. På grunnlag av dette er det både enkelt og intuitivt å trekke den slutning at røykeren selv har ansvar for sykdommen og at han dermed kan klandres for den. At han klandres vil også som vi har sett kunne få betydning for grunnlaget for det aktuelle fortjenestespørsmålet. Gjennom klandringen øker vi incentivet for å anse det som ufortjent dersom Ole tildeles respirator. I følge Smiley holder imidlertid ikke denne argumentasjonen, da den ikke tar inn over seg at klandring først og fremst er en sosial praksis. Smiley sier likevel at forestillingen om den frie vilje er en del av denne praksisen og det er derfor hensiktsmessig å ta stilling til om Oles handling skal kvalifiseres som en frivillig eller ufrivillig handling i lys av denne praksisen.

FYLLA HAR SKYLDA, MEN HVEM HAR SKYLDA FOR FYLLA?

Aristoteles utforsker ikke frivillighetens natur i like stor grad som ufrivillighetens i *Nicomachean Ethics*. Smiley (1992) antar likevel at siden ufrivillige handlinger innebærer at de er tvungne eller basert på uvitenhet, så er handlinger frivillige når de ikke er tvungne eller når de er basert på et visst nivå av viten eller kunnskap (knowledge). Jeg vil i det kommende forsøke å ta stilling til en plausibel tolkning av røykeren Oles handling.

Smiley tar på samme måte som Kristjánsson opp det tilsynelatende problemet som oppstår når vi vurderer en persons handling som frivillig. Vil det ikke alltid være en mulighet for å argumentere for at ingen handlinger er fullstendig frivillige? Det er jo umulig å ha full kontroll over interne og eksterne faktorer. At vi på tross av denne innvendingen likevel vurderer en persons handling som frivillig må vi i følge Smiley (1992, s. 48) være "able to view the sort of control that he did not exert as the sort that he could have been expected to exert." Som vi har sett tolker Kristjánsson Aristoteles på en måte som synes å samsvare med Smileys tolkning på dette området. I følge Kristjánsson forventer ikke Aristoteles at individet skal ha fullstendig kontroll over seg selv. (Se over). Aristoteles hevder for eksempel at en person ikke har fullstendig kontroll eller kraft til ikke å bli full i en absolutt forstand, men "he

controls whether he gets drunk, and his getting drunk is responsible for his ignorance.” (Morgan 1992, s. 267, bok 3, kap. 5). Smiley (1992, s. 48) skriver av den grunn at en persons kraft til ikke å drikke stammer både fra “his ability to abstain from drinking if he chooses to do so (...) and (...) our own sense that individuals can be expected to resist (...) compulsion associated with heavy drinking.” Våre forventninger til en persons viljestyrke vil dermed være avgjørende for om vi aksepterer eller ikke aksepterer unnskyldninger for viljesbestemmelse. Smiley avviser imidlertid at denne forventningen er en universell forventning, men hevder at den er relativ til (i dette tilfellet) kulturelle standarder i det samfunnet Aristoteles levde i. (Ibid.).

Det er med andre ord umulig å ta stilling til om Ole i absolutt forstand kunne latt være å røyke, men svaret på dette spørsmålet er uansett ikke viktig. På tross av denne mangel på kunnskap om Oles frivillighet per se så vil mange oppleve det som en intuitiv tanke at Ole kunne ha latt være å røyke dersom han hadde valgt annerledes. Hva er det som gjør dette mulig?

VÅR VILLIGHET TIL Å KLANDRE

Det overstående er mulig fordi vi i kraft av å påtvinge våre standarder for akseptert oppførsel på individer via vår beskrivelse av deres handlinger, påtvinger vi dem også våre standarder for fri vilje. I de fleste situasjoner antar vi enkelt nok at folk flest har kontroll over sine handlinger, men det finnes selvsagt situasjoner hvor vi ikke kan si noe om dette eller hvor våre antagelser på dette området blir utfordret. Utfordringene rundt dette kan komme både utenfra eller fra individet selv.⁴⁵

Den relativt sterke korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand kan i denne sammenhengen ses på som en utfordring som kommer utenfra. Som vi har sett tror folk flest i Europa (og dermed også i Norge) at det er tilfeldighetene som i stor grad styrer hvem som er fattig og hvem som er rik. Det er med andre ord et spørsmål om flaks, og flaks kan i utgangspunktet defineres til noe som man ikke har kontroll over. (Se over). Spørsmålet som

⁴⁵ På individnivå utfordres vi for eksempel gjennom påstander som ”Jeg visste ikke” eller ”Jeg handlet under tvang”, og påstander som dette registrerer tilsynelatende en fri vilje. I følge Smiley så gjør de i virkeligheten ikke det, og grunnen til dette er at det er vi selv som validerer de kriteriene som påstandene krever. Enkelt sagt så er vi generelt villige til å unnskyldte en person for klander dersom vi finner påstander om en ufri vilje akseptable. Aksepterer vi slike påstander aksepterer vi med andre ord at personen ikke hadde kontroll over sine handlinger og at han dermed handlet ufritt. På samme måte er vi ikke villige til å unnskyldte en person fra klander dersom vi mener at han har handlet under fri vilje og hatt kontroll over egne handlinger. I slike situasjoner aksepterer vi ikke påstander om en ufri vilje. (Smiley 1992, s. 241).

utfordrer oss er om personer, som har hatt uflaks når det gjelder sosioøkonomisk status, kan sies å ha noe ansvar for sin helserelevante adferd? På tross av kunnskapen om den aktuelle korrelasjonen vil mange tendere mot at røykeren Ole likevel har grader av ansvar for sin egen tilstand. Grunnene for dette finner Smiley ved å eksemplifisere påstanden om at det finnes tilfeller hvor vi ikke validerer unnskyldningen til en person, til tross for at denne ikke kan sies å ha kontroll over seg selv. Hun skriver blant annet at en skade en narkotikaavhengig gjør unnskyldes ikke, rett og slett fordi vi anser det som rimelig at personen, før han ble avhengig, har vært i en posisjon hvor han har hatt kontroll over seg selv. (Jf. Aristoteles eksempel om personen som drikker alkohol og dennes klanderverdighet). Uansett grunn til avhengigheten så er den sannsynligvis ikke sterk nok til å unnskyldes ham for klander og i følge Smiley (1992, s. 229) finnes det to grunner til det:

- Vi har en tendens til å identifisere personer gjennom deres adferdsmønster eller oppførsel over tid, og ikke alene i kraft av deres nåværende måte å være på.
- Det eksisterer en normativ enighet i at en person kan ventes å ta kontroll over seg selv, en enighet som i vitenskapelig forstand innebærer en persons evne til selvkontroll, mens kulturelt kan anses som hvor vi setter grensen for karaktersvakhet.

Disse grunnene er slik jeg ser det med på å forklare hvorfor det er mulig å tendere mot en forståelse av at Ole på en eller annen måte kan sies å ha kontroll over seg selv og sin helserelevante adferd. Få vil imidlertid forsøke å argumentere for at Ole har fullstendig kontroll over seg selv. Det synes derimot enklere og mer plausibelt å argumentere for at Ole har en viss grad kontroll, dog gjennom en svak vilje. (Jf. Kristjánssons tanker om en persons ansvar for sine karakteregenskaper). At Ole har en svak vilje kan selvsagt brukes som et argument for at Ole ikke skal klandres for sin helserelevante adferd. (Eller i det minste at en eventuell klander ikke skal kunne brukes som et kriterium for nedprioritering i helsesystemet). Det er blant annet dette Legeforeningens president Janbu ser ut til å mene. Problemet med å la være å klandre en røyker for at han røyker er det faktum at folk faktisk slutter å røyke, både med og uten problemer.⁴⁶ Kulturelt sett vil det av den grunn være vanskelig å finne grunner for annet enn at ressursvake personer generelt ser ut til å ha en svakere vilje når det gjelder å ta vare på helsen sin enn ressurssterke. Innvendingen om at mulighetene for denne innsatsen

⁴⁶ Etter å ha røyket 45 sigaretter om dagen sluttet Hans majestet kong Harald den 5., og han har i flere år vært røykfri. Selv har han uttalt at å stumpe røyken "var nesten skuffende lett." (Johansen, 2006). Kongen vil riktignok i høyeste grad kunne sies å representere den ressurssterke delen av befolkningen og dermed ha marginene på sin side, men dog.

for god helse kanskje ikke er de samme i de respektive gruppene har for all del likevel en verdi, men den forandrer likevel ikke forestillingen om at mulighetene er der.

I lys av det overstående er det derfor mulig å lage en utfyllende versjon av tabell 6 (se over) som konkluderer med at røykeren Oles reelle tilstand av gevinst gjennom å bli tildelt respiratoren er en tilstand som er ufortjent. (Se tabell 7).

	Den reelle tilstanden (tap/gevinst)	Den fortjente tilstanden	Er den reelle tilstanden fortjent/ufortjent?
Astmatikeren Per	Tap	Gevinst	Ufortjent
Røykeren Ole	Gevinst	Tap (i kraft av at vi er villige til å klandre han for sin helserelevante adferd)	Ufortjent

Tabell 7 (Utfyllende versjon av tabell 6, se over).

Det er selvsagt mulig å diskutere den overstående tabellen, men slik jeg ser det gir det mening å konkludere med at Oles fortjente tilstand er tap i kraft av at vi er villige til å klandre ham for sin helserelevante adferd. Det finnes likevel ingen streng logikk i dette, og jeg har blant annet vært innom at det synes vanskelig å argumentere for at den fortjente tilstanden er gevinst dersom vi ikke er villige til å klandre ham. At vi er villige til og klandre Ole er kun med på å øke incentivet for å anse hans reelle tilstand av gevinst som ufortjent. Det konsoliderer det ikke.

Ut fra tabellen er det er mulig å argumentere for at begge de to pasientens reelle tilstander er ufortjente. Den gjør det dermed enkelt å se at gjennomføringen av det aktuelle prioriteringsforslaget ikke er rettferdig. Problemet med tabellen er at den gir et inntrykk av at røykeren Ole fortjener å nedprioriteres i forhold til astmatikeren Per, siden Per fortjener noe mer enn Ole. At Ole fortjener et tap kan imidlertid i denne sammenhengen tolkes som noe annet enn at han fortjener å nedprioriteres. Tapet trenger ikke å bety noe annet enn at Ole ikke fortjener å prioriteres. Vi er her tilbake til problemstillingene rundt ”slippery-sloope” argumentasjon. Det er farlig å konkludere med at Ole fortjener et tap nettopp fordi dette kan føre til at vi anser det som rett at Ole bør nedprioriteres. Problemet er selvsagt at dersom prioriteringsforslaget fremmer prioritering enten av den ressursvake eller den ressurssterke, så ender det opp med at en av gruppene nedprioriteres. Det viktige spørsmålet i denne

sammenhengen er derfor på hvilket grunnlag nedprioriteringen skjer. Skal man nedprioriteres fordi man ikke fortjener annet, eller skal man nedprioriteres fordi det anses som rett at den andre prioriteres? For å unngå en ”slippery-slope” argumentasjon er det derfor viktig at vi holder fokuset på hvem vi anser som rett å prioritere og ikke hvem vi anser som rett å nedprioritere. Med dette i fokus vil det dermed være mer riktig å si at villigheten til å klandre røykeren Ole ikke nødvendigvis gi incentiv til å nedprioritere Ole, men til å prioritere Per. Ingen av de to pasientene fortjener med andre ord å nedprioriteres, men det er mulig at en av dem fortjener å prioriteres. Så langt ser det ut som om Per er den som fortjener denne prioriteringen.

Problemet med den overstående konklusjonen er at den fortsatt er et produkt av en ”slippery-slope” argumentasjon. Problemstillingen er som kjent om ressursvake pasienter bør prioriteres over ressurssterke. Er svaret ”ja”, er svaret enkelt: Forslaget gjennomføres, på tross av at det er urettferdig. Er svaret derimot ”nei”, innebærer dette i første omgang ikke noe annet enn at forslaget ikke bør gjennomføres. Et ”nei” innebærer med andre ord ikke at den ressurssterke bør prioriteres eller at den ressursvake bør nedprioriteres, til tross for at innholdet og argumentasjonen i analysen så langt gir oss klare incentiver på det motsatte.

INCENTIV TIL NEDPRIORITERING

Incentivet til å nedprioritere den ressursvake finner vi i vår villighet til å klandre Ole for sin helsetilstand. Faren for å gå lenger enn å argumentere for at forslaget ikke bør gjennomføres ligger i selve klanderens funksjoner og de tilknyttede verdier som tilsynelatende gir oss grunner for å nedprioritere røykeren i stedet for å prioritere ham eller la andre faktorer enn ansvar for egen helse gjelde for prioriteringen. La meg forklare.

I følge Smiley (1992) foregår som kjent klander i et forhold mellom en klandrer og en som blir klandret og klandereren har minst to opplagte funksjoner i et samfunn. Først og fremst vil vi gjennom klander gi de personene som blir klandret vilkår, og dermed også mulighet, for å handle mer samvittighetsfullt eller pliktoppfyllende i fremtiden. Dette vilkåret innebærer dermed at vi ikke ville klandret en person dersom vi ikke trodde at han hadde evner til faktisk å handle annerledes i fremtiden. For det andre gjør vi det klar gjennom klandereren at de som klandres har gått utenfor de grensene for hva som er akseptabelt for oss i vårt forhold til dem. På denne måten både skaper og ivaretar klanderpraksisen en orden mellom individer i et samfunn gjennom å gi folk kunnskap om hva som er forventet av dem, samt at de på en eller annen måte blir skadet dersom de ikke etterlever disse forventningene. (Smiley, 1992). I

kjølevannet av disse funksjonene oppstår det minst to verdier, en positiv og en negativ. Positivt sett kan klander i noen tilfeller føre til at folk endrer sin (uaksepterte og dårlige) oppførsel, og legene som ønsker å bruke nedprioritering som et virkemiddel mot at folk tar dårlig vare på egen helse vil kunne referere til denne verdien. Et annet spørsmål er selvsagt om det virker.⁴⁷ Hensikten med klanderer vil uansett være å få folk til å ta vare på egen helse og gjennom dette gjøre de helsemessige forskjellene mindre enn før. Det er imidlertid lett å kritisere bruken av klander som et virkemiddel for å skape mindre forskjeller på folk. En naturlig side ved klanderer er nemlig at den i noen tilfeller gir grobunn for å skape en avstand mellom de som klandrer og de som klandres. Muligheten for denne avstandsskapningen finner vi kanskje særlig i de tilfellene hvor de som klandres trues med å ekskluderes fra et fellesskap. (Smiley, 1992).

I sammenheng med den aktuelle problemstillingen er det frykten for å skape sosial avstand som kanskje er den største for mange. Selve prioriteringsforslaget om å la ressurssvake pasienter prioriteres foran ressurssterke bygger nettopp på et ønske om å gjøre den sosiale og helsemessige avstanden i det norske samfunnet mindre. (Se over). Det er liten tvil om at den sosiale avstanden i samfunnet (relativt sett) ikke vil bli noe mindre dersom man velger å nedprioritere ressurssvake pasienter. (Se fotnote 49, under). Spørsmålet er om det å prioritere dem over andre har en verdi som er sterk nok til at vi kan akseptere den. Dersom målet er at avstanden mellom pasientenes helsetilstander skal bli mindre ser det uansett ut som om klandring gjennom nedprioritering av ressurssvake pasienter er en ikke-løsning. Klanderer og virkemidlet om nedprioritering kan med andre ord komme til å fungere mot sin hensikt og en kan stille seg spørsmålet om dette er en risiko man ønsker å ta.⁴⁸

⁴⁷ I Norge blir røykeren klandret for sin praksis gjennom ulike tiltak og virkemidler som har til hensikt å få folk til å slutte eller aldri begynne å røyke. Til grunn for tiltakene ligger det med andre ord en forventning om at røykeren kan handle annerledes i fremtiden. I følge K. E. Lund i en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* har disse ulike tiltakene ført til at røyking av mange betraktes som et sosialt avvik på stadig flere arenaer. Tiltakene har med andre ord skapt sterke samfunnsnormer som er tobakksnegative og disse kan, i følge Lund, kun i begrenset grad forsterkes ytterligere ved hjelp av flere restriksjoner og tiltak. (Lund, 2011). På grunnlag av tall om røykepopulasjonen over tid hevder Lund (2011) at "[v]i står igjen med en kjerne røykere som antakelig blir stadig mindre mottakelige for restriksjoner og kampanjer." Grunnen til dette synes å være at noen av røykerne lever under omstendigheter som "nedsetter deres evne til å mestre et sluttet forsøk", mens andre tar beslutningen om fortsatt røyking "etter rasjonell behandling av fordelene veid opp mot ulempene." (Lund, 2011). Slik jeg ser det er det dermed plausibelt å tenke seg at nedprioritering heller ikke vil gjøre noen forskjell i denne sammenheng, men dette er selvsagt vanskelig å spå.

⁴⁸ Dette er en problemstilling jeg ikke kommer til å gå noe videre inn på.

OPPSUMMERING

I følge Smiley må klanderverdighet forstås i forholdet mellom den som klandrer og den som klandres og ikke som en egenskap ved den som klandres. Gjennom klanderen uttrykker vi misnøye ved personer og anser dem som mindre verdige medlemmer av fellesskapet. Vi klandrer andre dersom vi antar at de vi klandrer kunne ha handlet annerledes enn de faktisk gjorde og vi pålegger dem derfor vår forståelse av fri vilje gjennom klanderen. Det er dermed våre forventinger (som er preget av den sosiale og politiske verdier og normer) til hvilke handlinger vi antar at et individ kan motstå som ligger til grunn for klanderpraksisen.

Vår villighet til å klandre røykeren Ole for sin helsetilstand utfordres av kunnskapen om den relativt korrelasjonen mellom helsetilstand og sosioøkonomisk status som vil kunne refereres til som et spørsmål om flaks. På grunnlag av hvordan vi identifiserer andre over tid og den normative enigheten om at en person kan forventes å ha (i det minste) noe grad av kontroll over seg selv, vil det likevel være plausibelt å klandre røykeren Ole for sin helsemessige tilstand. Gjennom vår villighet til å klandre Ole er det også mulig å anse hans reelle tilstand av gevinst som en ufortjent tilstand. Problemet med denne konklusjonen er at den ikke bare gir incentiv til ikke å gjennomføre prioriteringsforslaget, den gir også incentiv til å prioritere astmatikeren Per foran røykeren Ole. Klander har med andre ord en verdi som taler for at forslaget ikke bør gjennomføres, men i verste fall anbefaler den oss også å gjennomføre et forslag med motsatt fortegn. Denne anbefalingen styrkes gjennom konklusjonen om at astmatikeren Per fortjener noe mer enn røykeren Ole og at det aktuelle forslaget ut fra en fortjenestetenkning er urettferdig.

DEL 3

KONKLUSJON OG UTBLIKK

KAPITTEL 8

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Hovedproblemstillingen for denne oppgaven er som kjent spørsmålet om det aktuelle prioriteringsforslaget bør gjennomføres eller ei. For å ta stilling til problemstillingen har jeg først og fremst forsøkt å svare på om det aktuelle forslaget er rettferdig. (Se forskningsspørsmål 1). Basert på kapittel 5 av den foregående analysen er svaret på dette spørsmålet helt klart negativt. Hovedargumentet for at forslaget er urettferdig er det faktum at astmatikeren Per, basert på sitt nivå av moralske dyder, fortjener noe mer enn røykeren Ole. Grunnlaget for denne konklusjonen finner vi blant annet i Kristjánssons forståelse av hvordan et fortjenestekrav etableres. I det aktuelle caset determinerte jeg grunnlinjen av forventinger til å være moralsk fordi jeg antok det som rimelig at en prioritering innebærer at noen kan gjøre noe med pasientenes tilstander. Under prioriteringsforslaget er det uten tvil astmatikeren Per som lider et tap og på grunn av den moralske forventingsgrunnlinjen er det mulig å stille spørsmålsteget ved denne tap-tilstanden. Gjennom å sammenligne Pers faktiske tilstand av tap med hans fortjente tilstand kom jeg frem til at disse ikke samsvarer. Uoverensstemmelsen mellom tilstandene innebærer som kjent at den reelle tilstanden anses som ufortjent. Pers tap-tilstand ble dermed vurdert som ufortjent.

Fordi det i følge Kristjánsson er vår intuisjon som hjelper oss til å avgjøre fortjenestespørsmål forsøkte jeg i kapittel 6 å se om denne kunne endres på grunnlag av den relativt sterke korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand. Korrelasjonen kan anses som et produkt av flaks eller uflaks, og det er en vanlig antagelse at man ikke har ansvar for tilstander som skyldes flaks eller uflaks. På grunnlag av Kristjánssons aristoteliske forståelse av ansvar endret ikke fenomenet flaks konklusjonen om at astmatikeren Per fortjener noe mer enn røykeren Ole, men analysen gjorde det likevel mulig gjennom dette å sette spørsmålsteget ved om Oles reelle tilstand av gevinst er ufortjent eller ei. I lys av Kristjánsson skal ikke Ole klandres for sin helsemessige tilstand dersom han ikke har hatt mulighet til å gjøre noe med denne. Dersom vi er villige til å klandre Ole for sin tilstand styrkes dermed argumentene for at Oles tilstand er ufortjent og med dette astmatikerens fortjenestekrav.

Ved hjelp av Smileys forståelse av klander konkluderte jeg i kapittel 7 med at vi er villige til å klandre røykeren for sin tilstand. En nærliggende konsekvens av denne villigheten

til klander er ikke bare en anbefaling om at forslaget ikke bør gjennomføres. Også argumenter for å anse en prioritering av astmatikeren over røykeren som rettferdig styrkes. I den forbindelse påpekte jeg derfor at et ”nei” på spørsmålet om rettferdighet i første omgang ikke innebærer noe annet enn at forslaget ikke bør gjennomføres.

Konklusjonen om at prioriteringsforslaget ikke er rettferdig fører oss over på det andre forskningsspørsmålet i sammenheng med problemstillingen. Betyr konklusjonen at forslaget ikke bør gjennomføres? Dersom man ønsker en rettferdig prioritering er svaret på dette helt klart ja. I lys av Kristjánsson vil en slik vurdering likevel være for enkel til at den godkjennes som et grunnlag for svaret på et slikt verdispørsmål. I hans øyne betyr ikke det faktum at prioriteringsforslaget ikke er rettferdig at det ikke kan eller bør gjennomføres. Rettferdigheten er som vi har sett kun en ingrediens i moralsk retthet og skal av den grunn diskuteres opp mot andre verdier før man tar stilling til om dens krav bør innfris eller ei. (Se Kristjánsson over).

KAPITTEL 9

UTBLIKK

ET FORSVAR FOR PRIORITERINGSFORSLAGET

På grunn av sin intuitive appell er rettferdighet i sammenheng med den aktuelle problemstillingen en selvskreven verdi og som vi har sett så veier den tungt. Prioriteringsforslaget er ikke rettferdig.

På grunnlag av denne konklusjonen må derfor tilhengere av forslaget forsøke å finne andre verdier enn rettferdighet som støtter forslaget og som gjør det akseptabelt for folk at det gjennomføres på tross av at det ikke er rettferdig. I følge Stene-Larsen er det, som vi har sett, den økonomiske verdien som godkjenner en aksept av urettferdigheten ved det foreståtte prioriteringsforslaget. Samfunnet har rett og slett ikke råd (økonomisk sett) til å la være å prioritere de ressursvake pasientene i helsekøen. Det faktum at økonomien ikke tåler å la være å prioritere den ressursvake er selvsagt en viktig verdi i forhold til å avgjøre om prioriteringen bør gjennomføres eller ei. Midlene som blir brukt i helsesektoren tilhører tross alt fellesskapet og de fleste i samfunnet har vært med på å skape disse. Det sier seg dermed selv at en sløsing med disse midlene ikke vil bli godt mottatt av potensielle velgere. Problemet med økonomiargumentasjonen er at det er en kjent sak at det er de ressurssterke pasientene som i størst grad har bidratt til de midlene som blant annet brukes på helse. Nettopp på grunn av større bidrag når det gjelder både økonomiske midler og innsats for egen helse vil en prioritering av den ressursvake oppleves som urettferdig. Dersom man skal skape en aksept for forslaget trengs det derfor, i mine øyne, andre argumenter enn det Stene-Larsen legger fram. Den samfunnsøkonomiske gevinsten vil riktignok kunne anses som en bonusverdi, men man trenger altså tyngre argumenter for at folk skal kunne akseptere forslaget.

Slik jeg ser det finner vi de tyngste argumentene i sammenheng med det aktuelle forslaget i spørsmålet om hva slags type samfunn vi ønsker at samfunnet vårt skal være. Hva slags verdier ønsker vi å dyrke i dette samfunnet og på hvilken måte skal vi gjøre det? Det er selvsagt vanskelig å svare konkret og nøyaktig på disse spørsmålene. Først og fremst fordi både "samfunn" og "verdier" er to upresise begreper som er mulig å tolke på ulike måter, men også fordi det vil være tendensiøst å svare på hvilke verdier vi i Norge ønsker å dyrke. Jeg vil likevel forsøke å gjøre et forsøk.

Forsøket bygger på en tolkning av hva som skjer når man kombinerer nordmenns syn på ressursfordeling og den relativt sterke korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand. Grunnlaget for tolkningen baserer seg på forskningen Storesletten bygger sin nevnte artikkel i Aftenposten på⁴⁹, samt forskningen gjort av Folkehelseinstituttet.⁵⁰ (Se begge over).

Som vi allerede har sett ønsker europeere (og amerikanere) en omfordelingspolitikk som fordeler ressurser fra den heldige til den uheldige, men ikke fra den flittige til den late. (Se Storesletten, 2010).

Omfordeling av ressurser fra:	Ønsket av europeere?
Heldig til uheldig	Ja
Flittig til lat	Nei
Heldig og flittig til uheldig og lat	?

Tabell 8

På grunnlag av to forhold at det rimelig å spørre hva som er ønsket omfordeling av ressurser fra den heldige og flittige til den uheldige og late. For det første viser forskningen at den sosioøkonomisk sterke personen er flittigere (for eksempel til å ta vare på egen helse) enn den sosioøkonomisk svake. (Se over). For det andre viser det seg at folk i Europa mener at den sosioøkonomiske tilstanden en person befinner seg i, i større grad skyldes flaks enn innsats. (Se over).

Basert på de to overstående faktorene får dette, slik jeg ser det, som konsekvens at det er plausibelt å konkludere med at folk i Norge har mindre problemer med å omfordele ressurser fra den heldige og flittige til den uheldige og late enn å gjøre motsatt. (Kanskje også enn å la være). Det kan med andre ord se ut som om at korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand, samt vår forståelse av sammenhengen mellom flaks og suksess, gir oss et incentiv til en gjennomføring av prioriteringsforslaget. Ønsket om en prioritering av den ressursvake over den ressurssterke har med andre ord en mulig gjennomslagskraft i det norske samfunnet, til tross for at intuisjonen legger føringer for at dette er en urettferdig prioritering.

⁴⁹ Alestina & Angeletos, 2005

⁵⁰ Næss & Strand, 2007

EN BEGREPSMESSIG ANBEFALING

Gjennom å anerkjenne at vi har problemer med når og hvordan vi bruker begrepet om "rettferdighet" ser jeg et behov for et begrep som kan dekke denne bruken. Vi kan selvsagt som Kristjánsson benytte en forståelse av moralsk rett. I et prioriteringsspørsmål vil vi dermed veie verdier opp mot hverandre fordi vi ønsker å prioritere på en slik måte som vi i størst mulig grad kan kalle moralsk rett. I og med at problemstillingen inkluderer et verdispørsmål som det helt klart knytter seg ulike meninger og følelser til opplever jeg imidlertid at denne karakteristikken av prioriteringen kan fremstå som for bastant og absolutt. Dersom målet er å gi folk grunner til å akseptere en gjennomføring av forslaget (for eksempel for politikere) egner med andre ord begrepet om "moralisk rett" seg dårlig. Opplevelsen og intuisjonen om rettferdighet står helt klart sterkt når det gjelder prioritering og fordeling av ressurser, og jeg vil av den grunn argumentere for at bruken av begrepet "fairness" egner seg som en betegnelse på hva denne typen prioritering innebærer. Etter mine vurderinger kan "fairness" dermed erstatte et manglende rettferdighetsbegrep og gi mulighet til å akseptere en prioritering, til tross for at den ikke er rettferdig.

Smiley (1992, s. 233) viser den begrepsmessige verdien ved "fairness" gjennom eksempler hvor vi aksepterer påstander om uvitenhet eller tvang på tross av forestillingen om den frie vilje og forventingen om at alle skal bidra i et samfunn.⁵¹ Et eksempel på dette vil være en mor som lever i en getto og som har utøvet vold av en annens eiendom for å skaffe mat til barna sine. I dette tilfellet er det lett å anerkjenne at moren ikke har levd opp til en del av det ansvaret alle borgere i et fellesskap har, men det er uansett mulig å oppleve at det er "fair" ikke å klandre henne for forbrytelsen hun har gjort seg skyldig i. Denne opplevelsen kan for eksempel bunne i at moren ikke har tilgang på det hun med nødvendighet trenger for å leve et liv. I lys av Kristjánsson vil det være vanskelig å argumentere for at vi opplever morens forbrytelse som rettferdig, men intuitivt vil flere kunne si seg enig i at forbrytelsen er "fair" på grunnlag av de omstendighetene som ligger til grunn for handlingen. Det er dermed gjennom slike eksempler mulig å se verdien av å benytte termen "fairness" som noe som skiller seg fra rettferdighet.

På samme måte som i det overstående eksemplet er det mulig å gi argumenter for at en prioritering av ressursvake er en "fair" prioritering, til tross for at den ikke er rettferdig.⁵² Ved å anerkjenne at prioriteringen ikke er rettferdig gir vi likevel en pekepinn på hvordan vi i

⁵¹ I Smileys terminologi vil eksempler som dette være tilfeller hvor et gjensidig forhold mellom potensiell klandrer og den klandrede ikke kan eksistere (Smiley, 1992, s. 233).

⁵² For eksempel gjennom å vise til hvilke verdier vi ønsker å bygge samfunnet vårt på. (Se over).

en ideell verden skulle ønske at vi kunne prioritere. (Jf. Kristjánssons syn på hvordan vi i bunn og grunn tenker om fortjeneste, se over). Verden er (dessverre) ikke ideell og vi må derfor ta hensyn til andre faktorer enn hva folk i bunn og grunn fortjener.

Kort og godt synes med andre ord begrepet om "fairness", etter min mening, noe mer nyansert enn rettferdighetsbegrepet. Av den grunn kan det derfor i noen sammenhenger gi oss grunnlag for å akseptere handlinger, og dermed også prioriteringer, til tross for at de ikke er rettferdige.

LITTERATURLISTE

Aktuelt. (2011). *Livsstilssykdommer og helsevesenet*. NRK nett-TV. Sett 7.mars.2011, <http://www.nrk.no/nett-tv/prosjekt/1370/>

Alesina, A. og Angeletos, G. (2005). Fairness and Redistribution. *The American Economic Review*, 95(4), s. 960-980.

Arentz-Hansen, C. (2007). *Hva er astma?* Lommelegen. Lest 25. september 2010, <http://www.lommelegen.no/322787/hva-er-astma>

Arentz-Hansen, C. (2007). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Lommelegen. Lest 1. september 2010, <http://www.lommelegen.no/321037/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-%28kols%29>

Aristoteles. *Nicomachean Ethics*. I: Morgan, M. L. (1992) (Red.), *Classics of Moral and Political Theory*. Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company.

Bakken, A. (2011, 16. april). Det store helsesillet. *Aftenposten*, s. 19, del 1.

Bringedal, B & Bærøe, K (2010). Bør leger bidra til å ujevne sosial ulikhet i helse? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 10, s. 1024-1027.

Bringedal, B. Feiring, E. (2011). *On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors*. *Journal of medical ethics*. Lest 19. Mars 2011, <http://jme.bmj.com/content/early/2011/02/18/jme.2010.038844.full?sid=3e6358a5-bc5d-4c79-973b-93b12eb83006>

Campbell, T. (2001). *Justice*. (2. utg.). New York: St Martin's Press.

Claussen, B. (2010). Legers innvirkning på sosiale ulikheter i helse. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 10. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1975849

Cupit, G. (1996). *Justice as fittingness*. Oxford: Clarendon Press.

Den norske legeforening. (2010). *Etiske regler for leger*. Lest 29. november 2010, <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>

Djuve, A. (2010, 4. november). Pensjonstanker. *Dagens Næringsliv*, s. 2.

Feather, N.T. (1999). *Values, Achievement, and Justice: Studies in the Psychology of Deservingness*. Dordrecht: Kluwer/Plenum.

Feinberg, J. (1970). *Doing and Deserving: Essays in the Theory of Responsibility*. Princeton: Princeton University Press.

Folkehelseinstituttet. (2010). *Økte forskjeller i dødelighet mellom utdanningsgrupper*. Oslo: Instituttet. Lest 20. september 2010, http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3261:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:82791::1:5569:1:::0:0

Fredriksen, S. (2007). *Uflaks*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Gert, B. (1998). *Morality*. Oxford: Oxford University Press.

Helsedirektoratet. (2006). *Regjeringen utarbeider nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse*. Direktoratet.

http://www.helsedirektoratet.no/gradienten/regjeringen_utarbeider_nasjonal_strategi_mot_sosial_ulikhet_i_helse_45224

Hertzberg, L. (1974). Blame and Causality. *Mind*, 84(336), s. 500-515.

Hornburg, T. og Westerveld, J. (2010, 5. juni). Dette er så vondt å snakke om at det har blitt tiett ned i lang tid. Men nå må vi være ærlige. *Aftenposten*, s. 6, del 1.

Hornburg, T. og Westerveld, J. (2010, 14.juni). Høyt utdannede får neste hele helsegevinsten. *Aftenposten*, s. 4, del 1.

Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 365, s.493–500.

Hurst S.A. (2009). Just care: should doctors give priority to patients of low socioeconomic status? *J Med Ethics* 35, 7–11.

Johansen, T. U. (2006, 14. mai). Kongen røykte 45 sigaretter om dagen. *Verdens gang*, s. 9

Knowles, J. (1977). *Doing Better and Feeling Worse*. New York: W.W. Norton.

Kristjánsson, K. (2006). *Justice and Desert-Based Emotions*. London: Ashgate Publishing Limited.

Lamont, J. (1994). The concept of desert in distributive justice. *The Philosophical Quarterly* 44, 45-64.

Legeforeningen. (2002). *Etiske regler for leger*. Oslo: Den norske legeforening. <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>

Legeforeningen. (2010). *Samarbeid*. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt. <http://www.legeforeningen.no/id/4724.0>

Lund K.E. (2011). Kan Norge bli røykfritt? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 6, s. 563-564.

- McLeod, O. (1999). Contemporary interpretations of desert: introduction. I: Pojman, L.P. & McLeod, O. (Red.), *What Do We Deserve? A Reader on Justice and Desert*, Oxford: Oxford University Press.
- Miller, D. (1976). *Social justice*. Oxford: Clarendon Press.
- Nagel, T. (1979). *Mortal Questions*. (13. utg. 2008) Cambridge: Cambridge University Press.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapporten 2010 – Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Instituttet. <http://www.fhi.no/dav/0161795966.pdf>
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. (2011). *Sosial ulikhet i helse- relevant for helse- og omsorgstjenesten?* Oslo: Rådet. <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Sosial+ulikhet+i+helse-+relevant+for+helse-+og+omsorgstjenesten%3F.13863.cms>
- Næss Ø, Rognerud M, Strand B. H. (2007). *Rapport 2007: Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. <http://www.fhi.no/dokumenter/1AE74B1D58.pdf>
- O'Connor, D. (1988). Aristotelian justice as a personal virtue. *Midwest Studies in Philosophy*, 13(1), s. 417-427.
- Ordnnett.no (2010). Kunnskapsforlagets blå språk- og ordboktjeneste. <http://www.ordnett.no>
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63
- Pojman, L. (2001). Justice as desert, *Queensland University of Technology Law & Justice Journal*, 1(1), s. 88-109.
- Rawls, J. (1973). *Theory of justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Roberts, R. C. (1989). Aristotle on virtues and emotions. *Philosophical Studies*, 56(3), s. 293-306.
- Rugland, I. (2010). *Sier ikke nei til noe*. Aftenpostens nettutgave. Lest 27. juli 2010, <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3744665.ece>
- Sadurski, W. (1985). *Social Justice Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sletbak-Akerø, T. (2011). *Leger vil nedprioritere røykere*. NRK. Lest 7. mars 2011, <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.7531005>
- Smiley, M. (1992). *Moral Responsibility and the Boundaries of Community*. Chicago og London: The University of Chicago Press
- Stenersen, T. (2010, 5. juni). Pasienter med disse sykdommene vil oftere få nei til behandling: Hjertesvikt, KOLS, Kreft. *Aftenposten*, førsteside, del 1.

Storesletten, K. (2010, 3. desember). Innsats eller flaks? *Aftenposten*, s. 8, del 3
Strand, B. H. og Grøholt, E. (Red.). (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *British Medical Journal*. <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c654>

Strøm-Erichsen, A. (2010, 27. januar). Tale til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse-og-omsorgsminister-stroem-erichsen/2010/Tale-til-Nasjonalt-rad-for-kvalitet-og-prioritering-i-helsetjenesten.html?id=592351

Wikipedia. (2010). *Steven Bradbury*. Lest 3. desember 2010,
http://en.wikipedia.org/wiki/Steven_Bradbury

Wikler, D. (2004). Personal and Social Responsibility for Health. I: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (Red.), *Public Health, Ethics, and Equity* (s. 109-133). New York: Oxford University Press.

Williams, B. (1981). *Moral Luck*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wyller, B. V. (2000). Gi keiseren hvad keiserens er *Tidsskriftet for Den norske legeförening*, 25. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=198868