



Kandidatnummer:

5214

(Hvis besvarelsen skal leveres på navn, skrives navn i stedet for kand.nr.)

FORSIDE

ved besvarelse av hjemmeeksamen, semesteroppgave, rapport, essay osv.

Emnekode:	Ex-100
Emnenavn:	Examen philosophicum
Emneansvarlig (normalt faglærer):	Jan Ørmen
Eventuell veileder:	Agnes Repstad
Innleveringsfrist/ tidspunkt:	19.05.08
Antall sider inkl. forside	10
Merknader:	

Jeg/vi bekrefter at jeg/vi ikke siterer eller på annen måte bruker andres arbeider uten at dette er oppgitt, og at alle referanser er oppgitt i litteraturlisten.

Ja

Nei

Kopiering av andres tekster eller annen bruk av andres arbeider uten kildehenvisning, kan bli betraktet som fusk.

Gjelder kun gruppeeksamen:

Vi bekrefter at alle i gruppa har bidratt til besvarelsen.

Ja

Nei

Kan besvarelsen brukes til undervisningsformål?

Ja

Nei

Innhold

Innledning	3
<i>Problemstilling.....</i>	<i>3</i>
<i>Konsekvensetiske teorier.....</i>	<i>3</i>
<i>Verdier i helsevesenet.....</i>	<i>4</i>
Hoveddel.....	4
<i>Hva ligger i begrepet "etisk tillatt".....</i>	<i>4</i>
<i>Drafting.....</i>	<i>5</i>
<i>Etisk egoisme.....</i>	<i>5</i>
<i>Utilitarisme.....</i>	<i>5</i>
<i>Prioritering ut fra økt mengde lyst.....</i>	<i>6</i>
<i>Prioritering ut fra lystkalkyle.....</i>	<i>7</i>
<i>Prioritering ut fra nytteprinsippet.....</i>	<i>7</i>
<i>Slutte fra "er" til "bør".....</i>	<i>9</i>
Avslutning.....	9
Kilder.....	10

Innledning

Etter 2.verdenskrig har vi sett en økning i bevillinger til helsesektoren, noe som har vært mulig pga høy økonomisk vekst. Medisinsk kompetanse og teknologisk utvikling har gjort helsevesenet i stand til å hjelpe stadig flere mennesker. Denne utviklingen har også ført til en kulturell endring i synet på hva som er sykdom og helse, og hvilken helsetilstand vi kan godta for å kalle oss friske. Økt velferd og kompetanse på det medisinske feltet har også ført til en økt levealder for befolkningen. Alle disse faktorene spiller inn, og gjør at gapet mellom hva en teknisk og medisinsk sett er i stand til å utrette, og hvor mye midler man kan prioritere til helse over statsbudsjettet, snarere synes å øke enn å minske.

De midlene som bevilges til helseformål må så i neste omgang søkes brukt på best mulig måte. Dilemmaet blir da hvordan dette skal gjøres og om det i det hele tatt er etisk tillatt å gjøre slike prioriteringer.

Problemstilling:

Norsk helsevesen har og synes alltid å ville ha begrensede ressurser.

Er prioritering av pasienter på denne bakgrunn etisk tillatt?

Begrunn ditt svar ved bruk av en konsekvensetisk teori.

Det er ulike typer av ressurser innen helsevesenet jeg kunne gått inn og sett på, det være seg utstyr, personell og bygningsmasse. I denne oppgaven velger jeg å konsentrere meg om de **økonomiske** ressursene, som jo er underliggende for de andre rammebetingelsene.

Konsekvensetiske teorier

En skiller mellom to retninger av konsekvensetikk; etisk egoisme og utilitarisme. Begge retningene hevder at etikkens mål er å skape mest mulig lykke. Den etiske egoisme, representert ved Moritz Schlick, hevder at; ”.. enhver bør velge den handling som er best for den handlende selv.” (Vaags2004:91) Utilitarismen framholder derimot prinsippet om å maksimere det gode for flest mulig. Jeremy Bentham og John Stuart Mill representerer begge denne retningen, men der Bentham er opptatt av lyst, er Mill mer opptatt av lykke. Jeg vil gå inn i sider ved de enkelte teoriene i min drøfting av problemstillingen.

Utilitarismen legger til grunn at økt mengde av lyst i verden er målestokken for hva som er en etisk god handling. Jeg vil i denne oppgaven ikke forholde meg til et slikt globalt perspektiv, men se på konsekvenser for den norske befolkningen.

Verdier i helsevesenet.

”Helsetjenesten er en av våre fremste bærere av humanistiske verdier knyttet til menneskenes likeverd, verdier som står meget sterkt i vår kultur.”(Lian 1999:1) Helsevesenet bidrar til bevaring av helt grunnleggende verdier i vår kultur, gjennom at helsetjenester fordeles etter behov, uavhengig av individets alder, kjønn, bosted, inntekt og sosiale status. (Lian 1999). Helsevesenet forfekter således det synet at hvert enkelt individ har verdi i seg selv, i kraft av det at det er et menneske.

Først vil jeg redegjøre for hva som ligger i begrepet ”etisk tillatt”. Jeg vil så legge fram noe av innholdet i teoriene til Moritz Schlick, J. Bentham og J. S. Mill. I tilknytning til dette vil jeg drøfte om det er etisk tillatt å foreta prioriteringer av pasienter på bakgrunn av disse teoriene. Jeg har i all hovedsak forholdt meg til pensumlitteraturen, men støtter meg også til Olaug Synnøve Liens doktorgradsavhandling og Macintyres bok om Etikdens historie.

Hoveddel

Hva ligger i begrepet etisk tillatt?

I dagligtalen bedømmer vi gjerne handlinger ut fra om vi mener de er rette eller gale. Innenfor etisk språk, søker man å være noe mer presise i forhold til hva man legger i disse adjektivene.

Eks. Du ser et barn som gråter. Noen vil da hevde at du **skal** gå og trøste barnet, mens andre vil si at du **kan** gå og trøste barnet. Begge deler er tillatt å gjøre, men vi sier at det første er etisk påbudt (du skal, det er en plikt) mens det andre er etisk valgfritt (du kan, men det er opp til deg). ”En handling er etisk tillatt når den ikke er etisk forkastelig”(Vaags 2004:19) En etisk tillatte handling er altså en handling som ikke er etisk forbudt.

Det er viktig å understreke at det her er snakk om etikk, ikke jus. Det er altså ikke sånn at om prioriteringer får dødelige konsekvenser for enkelte, at helsevesenet er juridisk ansvarlig for mord. Begrepene ”etisk tillatt” eller ”etisk forbudt” brukes for å trekke opp et skille i forhold til hvordan vi bedømmer en handling etisk. Det dreier seg altså om vurderinger av om en handling er noe vi kan, bør eller skal gjøre eller ikke gjøre etisk sett.

Drøfting.

I denne drøftingen vil jeg presisere at når det er snakk om prioritering av pasienter ikke behøver å bety at noen skal få behandling mens andre ikke skal få. Det kan og være snakk om å prioritere hvem som skal få behandling først.

Etisk egoisme

Moritz Schlick ser mennesket som grunnleggende egoistisk i den forstand at det alltid velger ut fra det som vil gi størst mulig lykke til den handlende selv. Selv de tilsynelatende mest altruistiske handlinger vil han hevde er egoistisk motiverte.

I en økonomisk prioriteringssituasjon i helsevesenet vil en kunne tenke seg at et etisk egoistisk utgangspunkt for valg kunne føre til at beslutningstager ville ta mer hensyn til sine egne behov og sin egen lykke enn pasienten. La oss si beslutningstager hadde sterke antipatier mot mennesker tilsluttet Jehovas Vitner. I higen etter egen lykke ville denne da kunne nedprioritere vedkommende pasient ut fra medlemskap i dette kirkesamfunnet. ”En etisk teori er ikke god hvis den tillater klart umoralske handlinger”. (Vaags 2004:82). En slik handling vil jeg hevde er klart umoralsk og en etisk teori som legger det til grunn, vil ikke være et godt utgangspunkt for økonomiske prioriteringer innen helsevesenet. I min videre drøfting velger jeg å legge bort etisk egoisme, siden den så klart tillater umoralske handlinger, og derfor ikke kan anses som en god etisk teori med argumenter som er relevante og holdbare i denne sammenhengen.

Utilitarismen.

Utilitarismen synes derimot å ha sider ved seg som kan tale både for og imot at det er etisk tillatt med slike prioriteringer, og har derfor relevans i denne sammenhengen. Utilitarismen er universell på den måten at den søker å ta hensyn til alle som blir berørt av handlingen og ikke bare den handlende selv. Både Bentham og Mill utviklet sine teorier i et samfunn preget av

store klasseforskjeller og forskjeller mellom kjønn og rase. Mill var allikevel den som gikk lengst i å innrømme likeverd og like rettigheter overfor alle grupper.

Jeremy Bentham (1748-1832) er i utgangspunktet opptatt av lykken for den enkelte, og forsøker å få til en sammensmeltning der den størst mulige lykke for den enkelte også fører til størst mulig lykke for flest mulige. Sånn sett kan man kanskje hevde at også Bentham sto for en egoismelinje, men hans hovedfokus var størst mulig lykke for flest mulig, da ved at han brukte lykke som et synonym for lyst. John Stuart Mill(1806-1873), som videreutviklet Benthams teori, understreker at det er lykken for de som berøres av handlingen man skal ta hensyn til, ikke lykken til den enkelte handlende. For Mill hadde lykke en verdi i seg selv, og var det man skulle strebe etter. Mill hevder menneskets evne til å sette andres behov foran sine egne. I denne sammenhengen kan vi se på nytte som det som skaper størst mulig lykke, hva som er nyttig å gjøre for å oppnå lykke.

Bentham hevdet at mennesket av natur søker det gode, vellyst, framfor ubehag. Faktorene lyst og ulyst får derfor avgjørende betydning for alle valg vi tar i livet. ”Rett handling bestemmes av forholdet mellom lyst og ulyst” (Vaags 2004:95). En handlings etiske egenskap, om den er etisk tillatt eller etisk forbudt, vil bli knyttet til om handlingen øker den totale mengden lyst eller ulyst.

Prioritering ut fra økt mengde lyst.

Hvordan vil dette ta seg ut i en prioriteringssituasjon innen helsevesenet? Jeg vil nå se på holdbarheten til 1.argument, nemlig det å hevde, som Bentham, at det er etisk tillatt å prioritere pasienter på bakgrunn av om resultatet fører til økt mengde lyst. Et eksempel som taler for dette vil være å prioritere penger til et vaksinasjonsprogram, som vil kunne redde mange menneskeliv på sikt, framfor å bruke pengene på kostbar behandling for noen få. Dette vil jo øke den totale mengden lyst. På en annen side vil det være betenkelig å bruke dette argumentet i tilfeller der dyr, livreddende behandling for noen få, blir satt til side for å gi kosmetisk behandling til en stor gruppe. En har økt mengden lyst både for de som får rettere nese og penere tenner, og deres pårørende, men det har fått et tragisk utfall både for de som trenger livreddende behandling og deres nærmeste.

Jeremy Bentham kan synes å være mest rendyrket i sin utilitarisme, og tas til inntekt for argumentet om kun å ta hensyn til mengde total lyst i verden. Mill derimot, som hevder at det

er lykken til de som berøres av handlingen en skal ta hensyn, vil nok ikke kunne forsvare prioritering på dette grunnlaget. Han hevdet at det finnes ting som er gode i seg selv, slik som vennskap, som fører til at vi får det godt. Som i dette tilfellet kan man da se på det å sette et dødssykt menneskes mulighet til helbredelse foran muligheten til å gi økt lyst til en større gruppe, som er gode i seg selv. Mill hevder at "Utilitarismen, hvis den forstås på rette måten, ikke tillater handlinger som vi i alminneligheten ville avsky." (Macintyre 1996:213) Derfor vil ikke han kunne bli tatt til inntekt for en holdning om bare å sette hensynet til økt lyst for flertallet.

Utilitarismen i rendyrket form avviser at noe har verdi i seg selv. Verdien oppstår i det handlingen blir et middel til å oppnå størst mulig lyst og lykke for flest mulig. Jeg vil hevde at man da på samme måte som ved etisk egoisme, kan argumentere for at utilitarismen kan føre til klart umoralske handlinger. Hvis flertallet av de involverte føler økt lyst og lykke ved at en folkegruppe blir nektet helsestell pga etnisk opprinnelse, for eksempel, vil dette være en klart umoralsk handling. "Handlingsutilitarismen kan brukes til å rettferdiggjøre handlinger som er klart umoralske" (Vaags 2004:96) Bare det at det er mulig å argumentere for en slik holdning ut fra utilitarismen, gjør at jeg mener at argumentet om at det skal være etisk tillatt å prioritere pasienter på bakgrunn av om resultatet fører til økt mengde lyst i verden ikke er holdbart.

Prioritering ut fra lystkalkyle.

Både Bentham og Mill kan tas til inntekt for standpunktet om at "..alle mennesker synes å oppfatte lykke som et gode. (Vaags 2004:94) Mill mener sågar at det er lykken som er det gode. Hvordan kan vi så måle en størrelse som lykke? Bentham forsøkte å vitenskapeliggjøre måling av lyst eller ubehag utløst av en handling. Han utviklet en lystkalkyle, der han kvantifiserer lyst og ulyst, for å kunne avgjøre hvordan vi bør handle i gitte situasjoner. Lysten måles ut fra; varighet, intensitet, sikkerhet, nærhet, fruktbarhet, renhet og omfang. (Vaags 2004:51) Mill derimot forkaster det syn at sammenligning av gleder er og bare kan være kvantitative. Han innfører en kvalitativ distinksjon mellom "høyere" og "lavere" gleder. (Macintyre 1996:208)

Sett at en slik lystkalkyle ligger til grunn for prioriteringer innen helsevesenet. Argument nr 2 ville da kunne lyde; det er etisk tillatt å foreta prioriteringer av pasienter på bakgrunn av vurderinger ut fra en lystkalkyle.

Uten at jeg skal gå noe inn i de ulike vurderingskriteriene, er det nærliggende å tro at noen av disse faktorene faktisk tas i betraktning når det foretas prioriteringer i helsevesenet. Men jeg kan vanskelig se for meg at det foretas nøye kalkyler hver gang er står i en prioriteringssituasjon.

Det er klart at det praktisk sett vil være bortimot umulig å foreta slike nøye kalkyler hver gang en skal foreta prioriteringer. Dette taler mot holdbarheten i argumentet å legge en slik kalkyle til grunn for prioriteringer.

Som nevnt tidligere, vil det være nyttig å ha disse variablene i mente i mange tilfeller. ”Begrepet om den allmenne lykke har en innlysende legitim anvendelse i et samfunn der det er alminnelig enighet om at allmennhetens lykke består i flere og bedre sykehus og skoler” (Macintyre 1996:210). I denne sammenheng kan det da være nyttig å forsøke å beregne hva som gir allmenn lykke.

I en situasjon der en skal beregne lykke på denne måten, vil en lett komme opp i dilemmaer der det som anses som lykke for noen, snarere kan sees som en ulykke for andre. Det er svært relativt hva mennesker oppfatter som godt eller dårlig. I mange tilfeller vil det på forhånd være vanskelig å se konsekvensene av valgene som blir tatt. I etterkant av vaksinasjonsprogrammet mot hjernehinnebetennelse har det bl.a. vært reist spørsmål om denne vaksinen har ført til hjerneskode hos enkelte deltagere. Da blir dilemmaet om en skal tillate at enkelte får slike skader, for å kunne beskytte et stort flertall mot en dødelig sykdom. Selv mener jeg dette er meget betenkelig, særlig tatt i betraktning det som er helsevesenets verdigrunnlag, og at argumentet om å prioritere ut fra lystkalkyle ikke er holdbart.

Prioritering ut fra nytteprinsippet.

Jeg vil ta med et tredje argument, som er nærliggende å diskutere med utilitarismen som bakgrunn. I tilfeller der flere handlingsalternativer synes å maksimere det gode for flest mulige er det etisk tillatt å prioritere pasienter. I slike tilfeller hevder Mill at ”... utilitarismen ikke påbyr mer enn at man bør bruke nytteprinsippet som kriterium.. (Macintyre 1996:209) ”Utilitarisme kommer av det engelske ordet ”utility”, som betyr nytte”.(Tollefsen mfl 2002:366). Om man velger å foreta prioriteringer ut fra at hensynet til nytten, behøver ikke det bety at den ene pasienten er mer verd som menneske enn den andre, det handler om hva

som er nyttig og vil skape størst mulig lykke for flest mulige. La oss si at en hjertekirurg har behov for en øyeoperasjon for at hun skal være i stand til å fortsette å utføre sitt virke. En pensjonist har også behov for samme operasjon for å ha en god livskvalitet. Jeg mener at det ut fra en utilitaristisk tankegang vil være etisk tillatt å prioritere hjertekirurgen foran pensjonisten. Hun vil i etterkant kanskje ha muligheten til å redde flere liv og være til nytte og lykke både samfunnsøkonomisk og menneskelig. Pensjonisten vil selvfølgelig også kunne være til økt nytte og lykke etter en slik operasjon, men ikke i samme grad som hjertekirurgen. Det hele ville naturligvis stille seg annerledes hvis man mente at pensjonisten ikke skulle opereres i det hele tatt, fordi hun var mindre verd som menneske. Nyttebegrepet kan være direkte farlig hvis det ikke brukes i sammenheng med andre kriterier, f. eks prinsippet om at alle mennesker er like mye verd.

Utilitarismen forutsetter at man overveier alle relevante handlingsalternativene. Man er også i sterk grad avhengig av at mennesker har god utdannelse, frihet og politiske rettigheter inntatt for å være i stand til å foreta kalkyler og valg. (Vaags 2004:73-74)

Fra er til bør.

Når det er snakk om etiske vurderinger kan det være lett å slutte fra det normative ”er” til det deskriptive ”bør”. David Hume var den første til å påpeke at dette er en feilslutning. Han mener at vi skal ta i betraktning våre dagligdagse oppfatning om hva som er nyttig eller unyttig for oss, men at det ikke sier noe om hva vi bør gjøre på grunnlag av hvordan ting faktisk er. Hvis en legger til grunn at det er slik at mennesket har verdi i seg selv, vil det ut fra Hume ikke dermed si at dette kan hjelpe oss til å si noe om hvordan vi faktisk bør handle.

Avslutning.

At det er nødvendig med prioriteringer av pasienter innen helsevesenet synes åpenbart. Som jeg har vist til og drøftet i hoveddelen, kan vi se at både etisk egoisme og utilitarismen hevder at ingen handlinger er onde i seg selv, men at det er konsekvensen av handlingen som bestemmer om en handling er god eller ikke. Altså, det er handlingens konsekvens som er bestemmende for om den er etisk tillatt eller forbudt.

Jeg har sett på holdbarheten til argumentet om at det er etisk tillatt å prioritere pasienter på bakgrunn av om resultatet fører til økt mengde lyst. Som vist i drøftinger, ser jeg ikke på dette som et holdbart argument. På samme måte forkaster jeg holdbarheten i argumentet det er etisk

tillatt å prioritere pasienter på bakgrunn av om resultatet fører til økt mengde lyst. Det siste argumentet; i tilfeller der flere handlingsalternativer synes å maksimere det gode for flest mulige er det etisk tillatt å prioritere pasienter mener jeg det er holdbart i tilfeller der en legger nytteprinsippet til grunn.

På bakgrunn av den drøftingen jeg har gjort, vil jeg hevde at det er betenkelig å legge konsekvensetisk teori til grunn for vurderinger av om det er etisk tillatt eller ikke å foreta prioriteringer av pasienter på grunnlag av begrensede ressurser. Selv om utilitarismen i mange sammenhenger handler om å ta hensyn til flest mulige, vil jeg si at **særlig argumentet om at både etisk egoisme og rendyrket utilitarisme kan føre til klart umoralske handlinger, gjør at jeg vil hevde at det ikke er etisk tillatt å foreta prioritering av pasienter begrunnet i konsekvensetisk teori.**

Kilder

- Lian, Olaug Synnøve (1999) *Mellom Hippokrates og Adam Smith. Om utilitarisme, helsereformer og den medisinske kultur*. Tromsø. Universitetet i Tromsø
- Macintyre, Alasdair (1996) *Etikkens historie*. Oslo. Gyldendal Fakkell
- Tollefsen mfl (2002) *Tenkere og ideer*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Vaags, Ralph Henk (2004) *Etikk*. Bergen. Fagbokforlaget