
Lavere prioritet for pasienter med usunn livsstil?

LEGLIVET

BERIT HORN BRINGEDAL

berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Mange norske leger mener at pasientens eget ansvar for sykdom bør telle ved prioritet til helsehjelp, men holdningene varierer sterkt med måten vi spør på.



Illustrasjonsfoto: CC0 /
Tilpasset av Tidsskriftet.

Hvilket ansvar har vi for hvordan det går oss i livet? Er det noen ganger pasientens egen skyld at hen ble syk? Bør det i så fall ha konsekvenser for hvilken rett man har til helsehjelp?

Den amerikanske filosofen Ronald Dworkin (1931–2013) skilte mellom to typer flaks (1). Ren flaks (*brute luck*) er tilfældigheter i livet som personen ikke har kontroll over, for eksempel hvor man ble født eller hvilke gener man har. Valgt flaks (*option luck*) betegner tilfældighetene som oppstår som følge av valgene man tar, for eksempel gjennom livsstil.

Dworkin mente at dette er et moralsk relevant skille. Hva mener legene? Vi har ved tre anledninger spurt et representativt utvalg leger om de er enige i at pasientens eget ansvar bør ha vekt ved prioritet til helsehjelp (2).

«I 2008 og 2021 var henholdsvis 19 % og 22 % enige i at tilgang til dyre helsetjenester burde være avhengig av pasientens eget ansvar for sykdommen»

I 2008 og 2021 var henholdsvis 19 % og 22 % enige i at tilgang til dyre helsetjenester burde være avhengig av pasientens eget ansvar for sykdommen, mens 27 % og 40 % mente at tilgang til knappe organer burde gjøres avhengig av pasientens ansvar. Røyking var på topp for spesifikke livsstilsfaktorer (42 % og 44 %), mens usunn mat var på bunn (17 % og 15 %).

Vi stilte de samme spørsmålene i 2014 også, men da inkluderte vi tre vignetter som illustrerte forskjellen på de to typene flaks. Vignettene ble for øvrig brukt i en sammenligning med britiske leger, som svarte nokså likt som de norske (3).

Svarene fra legene i 2014 skilte seg betydelig fra svarene i 2008 og 2021. Mens ca. 20 % mente at prioritet til kostbare tiltak burde gjøres avhengig av pasientens livsstil i 2008 og 2021, mente 43 % dette i 2014. Respondentene ble trolig preget av vignettene, slik at de ble påvirket til å være positive til at pasientens egne handlinger skulle telle.

Mange leger mener altså at livsstil skal ha betydning for prioritet, selv om dette er i strid med regelverk og retningslinjer. Men resultatene viser også at det er uklart hva som ligger i at prioritet skal variere med livsstil. Er det for eksempel slik at pasientene skal ha en annen type behandling, stilles lenger bak i en kø eller ikke få behandling i det hele tatt? Det kan være nyttig at fagmiljøet selv diskuterer dette, både for å klargjøre hva man mener og hvordan praksis bør være. Studien er også en påminnelse om at moralske holdninger er ustabile og sterkt påvirkbare av hvordan spørsmålene formuleres og hvilken kontekst de kommer i.

«Studien er en påminnelse om at moralske holdninger er ustabile og sterkt påvirkbare av hvordan spørsmålene formuleres»

Den overordnede verdien i medisinsk etikk er at mennesker med behov for helsehjelp skal få hjelp og at det bare er det medisinske behovet som skal bestemme tilgangen. Studien kan tyde på at en del leger ikke bare vil legge vekt på behovet for hjelp, men også hva som ligger til grunn for behovet.

REFERENCES

1. Dworkin R. What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philos Public Aff* 1981; 10: 283–345.
2. Bringedal BH, Rø KI. How stable are moral judgements? A longitudinal study of context dependency in attitudes towards patient responsibility. *BMC Med Ethics* 2024; 25: 36. [PubMed][CrossRef]
3. Everett JAC, Maslen H, Nussberger A-M et al. An empirical bioethical examination of Norwegian and British doctors' views of responsibility and (de)prioritization in healthcare. *Bioethics* 2021; 35: 932–46. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 23. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0198
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.