

I PRAKSIS

DULTING I MEDISINSK ETIKK:

KAN LEGER PÅVIRKE PASIENTER TIL Å TA MER AUTONOME AVGJØRELSER?

Av Anniken Fleisje

Når en pasient skal gjennomgå et større inngrep, motta omfattende medisinsk behandling, delta i et forskningsprosjekt eller ta andre betydelige avgjørelser vedrørende egen helsetilstand, er det påkrevet at vedkommende gir informert samtykke. Informert samtykke innebærer at pasienten besitter relevant informasjon, tar avgjørelsen frivillig og er mentalt kompetent til å samtykke. Praksisen med informert samtykke er ment å skulle beskytte mot ufrivillige inngrep, og er tett knyttet til den antatte verdien av autonomi, som i denne sammenheng betyr at enhver har rett til å ta avgjørelser om egne medisinske forhold. Men hva hvis pasientens samtykke ikke er autonomt? De siste årene har flere teoretikere innen økonomisk og adferdspsykologisk forskning hevdet at personer ofte ikke tar autonome valg. Videre har det blitt hevdet at helsepersonell kan påvirke pasienter til å ta mer autonome avgjørelser gjennom såkalt «dulting» («nudging»). Å dulte er i denne sammenheng å øve innflytelse på pasienten i den hensikt å få vedkommende til å ta et bestemt valg. Kan det virkelig være slik at ekstern påvirkning – som en leges påvirkning overfor en pasient – kan føre til økt autonomi? For å besvare det spørsmålet, må vi undersøke den filosofiske og medisinsketiske betydningen av autonomi, hva som menes med «dulting» og forholdet dem imellom.

Det medisinsk-etiske prinsippet om respekt for autonomi

Respekt for autonomi (heretter «autonomiprinsippet») betraktes som et grunnleggende prinsipp innen medisinsk etikk, og viser til pasienters rett til å ta egne medisinske

avgjørelser i tråd med sine egne verdier og oppfatninger. Dette innebærer blant annet å iverksette – eller la være å iverksette – medisinsk behandling etter pasientens ønske. Prinsippet kan også forstås som en plikt til å fremme pasientens autonomi i tilfeller der evnen til autonome avgjørelser er redusert (for eksempel hvis vedkommende har en alvorlig sinnslidelse). Et annet sentralt prinsipp i

De som mener at «dulting» er autonomi-fremmende synes å forutsette at pasienter har et (mer eller mindre) koherent sett med verdier og oppfatninger.

medisinsk-etisk sammenheng er det vi kan kalle velgjøringsprinsippet. Dette innebærer å gjøre det som anses som best for pasienten fra et medisinsk perspektiv, og å redusere eller forhindre smerte. Velgjøringsprinsippet og autonomiprinsippet kan komme i konflikt dersom pasienten ønsker noe annet enn det legen anser som medisinsk hensiktsmessig, for eksempel hvis pasienten motsetter seg behandling mot en alvorlig sykdomstilstand. Tradisjonelt har velgjørighet blitt regnet som et hovedprinsipp i medisinsk etikk. De siste tiårene har imidlertid anerkjennelsen av pasienters rett til autonomi fått økt fokus. Et eksempel er at leger er lovpålagt å respektere (i betydningen «etterkomme pasientens ønsker») at et Jehovas vitne av religiøse grunner ikke vil motta blodoverføring, selv om det skulle være livsnødvendig.

Autonomi

Ordet «autonomi» stammer fra de greske termene autos («selv») og nomos («lov», «regel» eller «styre»), og ble opprinnelig brukt som betegnelse på bystater der innbyggerne selv fastsatte lovene. Begrepet har senere blitt utvidet til å omfatte individer, og viser altså til en form for «selv-styre» eller selvbestemmelse: En person er autonom i henhold til sine ønsker eller handlinger dersom de er «ens egne», det vil si om de stammer fra vedkommendes egne verdier eller oppfatninger. Hierarkiske modeller, utviklet av blant andre Harry Frankfurt (f.eks. 1971) og Gerald Dworkin (f.eks. 1988), har vært innflytelsesrike i forståelsen av autonomi. Ifølge hierarkiske modeller er samsvar mellom førsteordensønsker (ønsker om å handle på en bestemt måte) og andreordensønsker (ønsker om å ha visse førsteordensønsker) en forutsetning for autonomi. Hvis man for eksempel har et førsteordensønske om å ta en røyk, men et andreordensønske om ikke å ha dette ønsket – altså at man har et andreordensønske om å slutte å røyke – er man ikke autonom i henhold til ønsket om å ta en røyk.

Det er flere innvendinger til hierarkiske modeller om autonomi. Én av innvendingene består i at hierarkiske modeller ikke behandler spørsmålet om hva slags ytre påvirkning som kan være kompatibelt med autonomi. Hvis for eksempel ens andreordensønsker er resultat av manipulasjon eller hjernevask, oppfyller de – ifølge hierarkiske modeller – betingelsene for autonomi, så fremt de samsvarer med førsteordensønsker. Det at ønsker som har oppstått på bakgrunn av manipulasjon skulle være autonome, har imidlertid av mange blitt betraktet som kontrainuitivt, ettersom ønsker frambragt av en manipulator neppe kan betraktes som aktørens «egne».

Forkjempere for såkalte «eksternalistiske» tilnærminger til autonomi har forsøkt å løse «manipulasjonsproblemet» ved å framheve den kausale bakgrunnen for verdier og oppfatninger. Hvordan verdier og oppfatninger har oppstått har betydning for hvorvidt de kan betraktes som autonome, ifølge slike teorier. Eksternalistiske tilnærminger forsøker å skille påvirkning som undergraver autonomi, som for eksempel manipulasjon, fra påvirkning som regnes som kompatibelt med autonomi, som innflytelse via oppvekst og sosiale og kulturelle faktorer. Ifølge John Christmans eksternalistiske posisjon må den kausale prosessen bak et ønske innebære rasjonalitet og fravær av selvbedrag. Rasjonalitet regnes i denne sammenhengen som å inneha verdier og oppfatninger som i hovedsak er konsistente samt at de ikke inneholder logiske feilslutninger. Fravær av selvbedrag betyr at ens verdier og oppfatninger stemmer overens på en måte som utelukker fornektelse. Det er riktignok ikke konsensus om hvordan man skiller

autonomi-undergravende fra autonomi-kompatibel påvirkning, eller om hva som kan betraktes som nødvendige og tilstrekkelige betingelser for autonomi. Imidlertid kan både hierarkiske og eksternalistiske tilnærminger regnes for å vise til sentrale aspekter ved autonomt aktørskap. La oss derfor ha begge tilnærminger med oss i den videre redegjørelsen for «dulting» og autonomi.

«Dulting»

I boka *Nudges* fra 2008 argumenter økonomer Richard H. Thaler og juristen Cass R. Sunstein for at folk ofte tar valg i strid med egne ønsker. De hevder at studier innen økonomi og adferdspsykologi viser at folk i mange tilfeller handler på bakgrunn av kognitive feil og viljessvakhet – for eksempel når en som har bestemt seg for å slutte å røyke likevel tar seg en røyk. Med utgangspunkt i en hierarkisk tilnærming, betyr det at det ofte er en motsetning mellom folks første- og andreordensønsker, og at de dermed ikke handler autonomt. Hvis det er riktig, kan vi anta at det også gjelder for pasienter i en samtykkesituasjon: Avgjørelsen om enten å samtykke eller ikke å samtykke til et medisinsk inngrep, er ofte ikke autonomt.

Ifølge Thaler og Sunstein kan «dulting» hjelpe folk til å ta mer autonome valg. «Dulting» viser til «et hvilket som helst aspekt ved valgarkitekturen som endrer folks adferd på en forutsigbar måte uten å forby noen alternativer eller forandre deres økonomiske insentiver på en signifikant måte. For å telle som 'dulting' må intervensjonen være veldig lett og billig å unngå» (2008:6). Følgende er eksempler på «dulting»:

- En kafeteriaansatt som plasserer frukt i nærheten av kassa, og godteri på vanskelig tilgjengelige steder, for å få kundene til å velge sunt i større grad.
- En lege som sier til en pasient at «90 % av dem som gjennomgår operasjonen overlever», framfor «10 % som gjennomgår operasjonen dør», i visshet om at det øker sjansen for at pasienten samtykker til operasjonen.
- Helsepersonell som utarbeider et skjema der folk blir bedt om enten å samtykke eller la være å samtykke til organdonasjon, og det allerede er tentativt krysset av for at samtykke er gitt, for å øke sjansen for at folk samtykker. Det betyr at hvis man motsetter seg organdonasjon, må man gjøre en aktiv handling – for eksempel lage et eget kryss, mens «default»-alternativet – altså,

hvis man ikke krysser av for noe – betyr at man samtykker.

I disse tilfellene kan «dulteren» bidra til at den som «dultes» velger slik han gjør. Imidlertid tar den som blir «dultet» selv avgjørelsen, og det kan sies å være lett for vedkommende å velge noe annet (uten at det er helt klart hva det betyr at noe er lett å unngå).

Er «dulting» kompatibelt med å respektere pasienters autonome valg?

Bør «dulting» betraktes som autonomi-undergravende, ettersom det innebærer en form for ytre påvirkning? Eller kan det tvert imot hjelpe pasienter til å ta valg mer i tråd med egne ønsker, og dermed fremme autonomi? Med utgangspunktet i eksemplene over kan det argumenteres for at den som «dultes» til å velge frukt framfor godteri handler mer i tråd med sine andreordensønsker, og dermed mer autonomt (så fremt vedkommende har et andreordensønske om å spise frukt framfor godteri). Eller at den som velger å gjennomgå en potensielt livreddende operasjon gjør et mer rasjonelt – og dermed autonomt – valg ved å samtykke til operasjonen, noe hun kanskje ikke ville gjort hvis legen hadde presentert dødsraten framfor overlevelseshastigheten.

Hvis «dulting» på denne måten fremmer autonomi, kan det sies å bidra til å løse eventuelle konflikter mellom autonomi-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet: En lege som «dulter» kan bidra til at pasienter samtykker til det som er *både* i samsvar med pasientens egne verdier og oppfatninger *og* i tråd med hva legen anser som best. Hvorvidt dette faktisk kan være tilfellet, avhenger av blant annet følgende faktorer:

Er pasientens verdier og oppfatninger koherente?

De som mener at «dulting» er autonomi-fremmende synes å forutsette at pasienter har et (mer eller mindre) koherent sett med verdier og oppfatninger. Imidlertid kan det tenkes at ens verdier og oppfatninger inneholder flere motstridende elementer – også på samme (andreordens) nivå. I så tilfelle vil det å fremme autonomi, ifølge en hierarkisk modell, innebære å etterstrebe koherens mellom verdier og oppfatninger og å handle deretter. Det å bli «dultet» til en avgjørelse som kohererer kun med enkelte verdier og oppfatninger, kan derimot neppe anses som autonomi-fremmende.

Hvordan «dulting» påvirker pasienter hvis verdier

og oppfatninger strider mot hva som anses som medisinsk hensiktsmessig

Hvis en pasient blir «dultet» til å ta en avgjørelse som (mer eller mindre) kohererer med vedkommendes verdier og oppfatninger, kan det argumenteres for at «dultingen» fremmer autonomi hvis pasienten ellers ville ha valgt annerledes. Hvis pasienten derimot hadde tatt samme avgjørelse uten å bli «dultet», kan det sies at «dultingen» ikke påvirker evnen til autonomi overhodet. Men hvis pasientens verdier og oppfatninger strider mot det som anses som hensiktsmessig fra et medisinsk perspektiv, og pasienten påvirkes til å samtykke i tråd med hva legen anser som hensiktsmessig, vil det undergrave autonomi – samtykket er da ikke pasientens « eget ». Imidlertid kan det argumenteres for at slik påvirkning ikke er tilstrekkelig lett for pasienten å unngå, og derfor ikke kan betraktes som «dulting».

Hvorvidt «dulting» bidrar til avgjørelser der verdier og oppfatninger ikke er relevante

Det kan tenkes at man i visse situasjoner står overfor avgjørelser der man ikke har noen relevante verdier eller oppfatninger å velge på bakgrunn av. La oss si at en person vurderer å samtykke til organdonasjon, og at hun ikke har noen relevante verdier eller oppfatninger knyttet til avgjørelsen, men samtykker simpelthen fordi det er «default»-alternativet. Ettersom samtykket altså ikke har bakgrunn i vedkommendes verdier eller oppfatninger, kan det hevdes at det ikke kan betraktes som autonomt. Imidlertid kan det innvendes at denne formen for «dulting» er en for svak påvirkning til å betraktes som autonomi-undergravende.

Hvorvidt «dulting» bidrar til nye verdier og oppfatninger

Det kan også tenkes at en person som vurderer å samtykke, og som ikke har noen korrelerende verdier eller oppfatninger, utvikler nye verdier og oppfatninger etter å ha blitt «dultet». La oss si at personen i eksempelet med organdonasjon utvikler nye verdier og oppfatninger som peker i retning av å samtykke til organdonasjon etter å ha blitt «dultet» og dermed samtykker. I denne situasjonen er avgjørelsen ikke i strid med allerede eksisterende verdier eller oppfatninger, men følger av nye verdier og oppfatninger. Det kan argumenteres for at vedkommende ikke er autonom i henhold til en avgjørelse hvis den har opphav i noe annet enn verdier og oppfatninger, hvilket betyr at verdier og oppfatninger er en forutsetning for å ta autonome avgjørelser. I så fall kan det argumenteres for at utvikling av nye verdier og oppfatninger, som man deretter velger på

bakgrunn av, bidrar til å fremme autonomi. På den annen side kan det argumenteres for at vedkommende ikke kan betraktes som autonom i henhold til sine verdier og oppfatninger hvis de stammer fra ytre påvirkning, snarere enn fra vedkommendes egne overveielser – slik som er tilfellet i dette eksempelet.

En posisjon som hevder at «dulting» er kompatibelt med autonomi, eller bidrar til å fremme autonomi, forutsetter altså flere ting: For det første forutsettes det at den som blir «dultet» har et mer eller mindre koherent sett med verdier og oppfatninger. For det andre forutsetter posisjonen at «dultingen» er tilstrekkelig lett å unngå slik at pasienten ikke samtykker i strid med sine verdier og oppfatninger – hvis disse oppfatningene altså er mer eller mindre koherente. For det tredje forutsettes det at avgjørelser ikke nødvendigvis må stamme fra vedkommendes egne verdier eller oppfatninger for å betraktes som autonome, for eksempel hvis aktøren ikke har relevante verdier eller oppfatninger. For det fjerde forutsetter posisjonen at «dulting» som bidrar til nye verdier og oppfatninger er kompatibel med, eller til og med fremmer, autonomi. Aksepterer man disse premissene, vil altså en lege kunne «dulte» en pasient til å samtykke uten å undergrave pasientens autonomi.

LITTERATUR:

Dworkin, G. 1988, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, Cambridge.

Frankfurt, H. 1971, «Freedom of the Will and the Concept of a Person», *Journal of Philosophy*, 68:1, 5–20.

Thaler, R. H. and Sunstein, C. R. 2008, *Nudge*, Yale University Press, London.

