



**Bent Sofus Tranøy**

Forfatter og førsteamanuensis ved Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo

## Når valget er å slippe å velge

Læren om valgfrihet som den høyeste verdi tilbyr enkel retorikk, men dekker over kompliserte realiteter. Hvis jobben din innebærer å legge til rette for andres valg, er det stort sett umulig å la være å påvirke valgene som gjøres. Det er ikke sikkert legestanden alltid er like oppmerksom på dette.

En ung, ressurssterk og verbalt begavet kvinne har levd en stund med en grusom diagnose. Sykdommen hennes angriper hjertet og lungene. Den er progredierende, og på sikt er en i flere henseende risikabel transplantasjon kanskje hennes eneste håp. Etter episodiske, men intense magesmerter og videre utredning får hun vite at dette verken dreier seg om hjertelidelsen eller de mange medisinene hun tar. Nei, hun sliter med gallesten. Hva nå? Det er mer risikabelt å operere henne enn de som ellers er friske, og det er risikabelt å måtte la henne slutte med blodfortynnende medisin i perioden før operasjonen. Å la være å operere kan også ha alvorlige konsekvenser.

Kvinnen er sliten og lei seg der hun sitter overfor et panel av leger. Legene belyser dilemmaet så godt de kan. Deretter ber de henne velge: operasjon eller ikke. Skal det gjøres, må det skje fort. Ellers kommer sommerferien i veien.

Hun hører hva de sier og kjenner etter hva hun føler. Hun vil ikke velge. Det er hennes kropp, men fagfolkenes kunnskap, skjønn og risikovurderinger er alt hun har av premisser. Hun ber dem om å velge for henne. Hun vil aldri overskue avveiningen like klart som dem. De nekter, uten å gjøre

det helt klart hvorfor de nekter. Hun spør hva overlegen ville gjort hvis det var ham det gjaldt. Det kan han nesten ikke svare på, begge deler innebærer risiko, sier han. Vi kan bare informere deg, du må selv foreta risikovurderingen og bestemme hva som er riktig for deg. «Men jeg kan kun tilegne meg et minimum av kunnskap i løpet av denne samtalen, mens dere sitter på årelang utdanning og erfaring og dermed et mye bedre grunnlag for å foreta en slik vurderingen,» sier hun. «Jeg ønsker å sette ut denne beslutningen til dere.» «Det kan vi ikke hjelpe deg med,» svarer legene.

I ettertid sier hun at hun følte seg som en bedriftsleder med verdens beste rådgivere tilgjengelig. Rådgivere som informerte, men som nektet å rådggi.

Vi lever i en tid hvor valgfrihet holdes frem som den fremste av alle verdier. For noen tiår siden var informert samtykke det nye idealet. Den tradisjonelle legerollen med sitt preg av industriell paternalisme skulle mykes opp. Legene skulle lære seg å kommunisere, se hele mennesket og ikke bare diagnosen. En form for velmenende overtalelse, basert på respekt for individet. Med valgfrihetsideologien har vi gått et langt skritt lenger. Legene nekter å imøtekomme ønsket til denne intelligente og verbale kvinnen som åpenbart er ved sine fulle fem. Jeg har en mistanke om at de ikke tør.

Mot et bakteppe av valgfrihetsideologi og idealet om pasientens autonomi nekter de å tilkjenne kvinnen *retten til å velge å ikke velge*. Hun får ikke lov til å velge seg paternalistisk omsorg. Dette illustrer at valgfrihet er et vanskeligere og mer problematisk ideal enn de mer banale valgfrihetsideologene (tenk Inge Lønning eller Siv Jensen) gir inntrykk av.

Forskning på menneskelig atferd i valg-

situasjoner har avdekket i hvert fall to fenomener som leger burde tenke over. Det ene er at mange aspekter ved en valgsituasjon påvirker folks bedømminger og beslutninger. Her snakker vi om et spenn av faktorer som strekker seg fra det alle erfarne leger vet (hvordan de vinkler informasjon), til ting du ikke skulle tro hadde effekt som rekkefølge, manipulerbare og situasjonsbestemte kontraster, ditto assosiasjoner og mye annet.

Det andre fenomenet er at mange mennesker mye av tiden velger minste motstands vei. De lar være å velge og realiserer dermed hva som enn måtte være «default option». I det siste har dette atferdstrekket fått oppmerksomhet i diskusjonen omkring valg av regime for organonasjon: Skal staten kunne gå ut fra at alle som ikke aktivt reserverer seg, er potensielle organonorere, eller skal vi ha det som før, at man må registrere seg for å bli donor? Begge alternativer harmonerer fullt og helt med prinsippet om valgfrihet, men den første løsningen øker tilgangen på donorer dramatisk. Poenget er at tendensen til å velge å ikke ta noe valg er et generelt atferdstrekk, og det bør leger og alle andre som legger til rette for andres valg ta inn over seg. De har ganske enkelt et større ansvar enn hva det har vært vanlig å tenke hittil.

Tenkte for eksempel legene i min historie over at i dette tilfellet er ingen operasjon det som blir utfallet for kvinnen om hun ikke aktivt foretar noe valg. Det er det som «skjer» hvis hun forholder seg helt passiv. I praksis har de altså «rigget» valget for henne, og hvis det var det de ønsket, har de vært smarte om enn unødig uærlige. En mer rimelig tolking er at de ikke har et reflektert nok forhold til hva det innebærer å legge til rette for andres valg.

### I neste nummer:

- Huntingtons sykdom
- Essensiell tremor
- En annen kardiovaskulær epidemiologi
- Dystonier
- Alimemazin til barn?
- Koronar CT-angiografi