

Noen forbinder medisinsk etikk med høy sigarføring og luftige problemstillinger. Ole Frithjof Norheim er professor i faget, men halv stilling som lege i spesialisering på medisinsk avdeling bidrar til jordnærhet. Han har én ledende tese for alt han gjør: Det beste argumentet vinner alltid.

Intervjuet: Ole Frithjof Norheim

Lavtflygende etiker

De som kjenner ham, omtaler Ole Frithjof Norheim som en mangfoldig ressursperson med evnen til å ivareta både forskning og fag. Han ser yngre ut enn sine 43 år, og var ikke gammel da han ble prisbelønnet som «fremragende ung forsker». Hans evne til å tenke helhetlig i spørsmål om prioriteringer ble tidlig lagt merke til, og den faglige innsatsen har vakt internasjonal interesse. I forbindelse med doktorgraden samarbeidet han med noen av de best kjente etikere på verdensbasis.

Norheim beskrives for øvrig som en varm familiemann. Kona Siri møtte han under filosofistudiene, og de deler interessen for rettferdighetstenkning. Paret har fått to døtre, og Norheim holdt seg i form ved å være fotballtrener for eldstedatteren i mange år. Nå blir det i stedet uformelle løpekonkurranser med venner. Uteområdet ved hytta har han forvandlet til en japanskinspirert steinhage, og en krok innendørs er atelier. Han maler og låner gjerne ut bildene. Sammen med gode venner har han dannet Selskapet for rasjonelle valg, der livets store og små store utfordringer diskuteres. Vennene forteller at han som lege og etiker manøvrerer seg gjennom livet og vanskelige beslutninger med klokhet og diskre eleganse.

Arbeid med mening

– Hvorfor ble prioritering et så viktig tema i ditt faglige arbeid?

– Jeg studerte filosofi midtveis i medisinstudiet. Der fikk jeg venner som var opptatt av rettferdighetsteori og utviklingsteori og fikk lyst til å gå dypere inn i dette. Jeg syntes prioritering var et spennende krysningspunkt mellom etisk rettferdighetsteori og praktiske problemstillinger i medisinen. Det var intellektuelt interessant og faglig relevant.

– Så kom du med i Lønning-utvalget?

– Jeg var en av tre sekretærer. Jeg hadde skrevet om prinsipper for prioritering i min doktorgrad. Siden den nettopp var ferdigstilt, ble jeg spurt om å delta i dette arbeidet.

– Hva besto utvalgsarbeidet i?

– Daværende helseminister Gudmund

Hernes oppnevnte et nasjonalt prioriteringsråd for å lage nye retningslinjer for prioritering i norsk helsetjeneste. De første retningslinjene stammet fra et utvalg ledet av Inge Lønning i 1987. Utvalget skulle se på om de første anbefalingene var blitt fulgt opp, spesielt om kronisk syke og psykisk syke var oppprioritert. Vi måtte konkludere med at lite var skjedd.

– Er det ikke det samme vi hører nå?

– I mange år følte jeg lite ble fulgt opp. Nå, 12 år senere, foregår det et ganske intenst arbeid i Helsedirektoratet og i helseforetakene med å videreføre arbeidet med å konkretisere hvem som skal ha rett til prioritert helsehjelp. Når det gjelder områder som rus og psykiatri, er det ikke nok med politiske vedtak og ressurser. Det er mange andre mekanismer som er viktige.

– Hva skal til?

– Sosiologen Dag Album har vist at vi i medisinen har klare, men uformelle prestisjehierarkier som påvirker ressurstilgangen. Det er ikke nok med penger for å prioritere et fagfelt.

– Hvem skal ha myndighet til å prioritere mellom forskjellige fagmiljøer?

– Prinsipielt er det et helsepolitisk ansvar å fordele ressurser. Jeg har alltid ment at vi som fagfolk må delta i det å legge premisene for en slik debatt. Prioriterings-spørsmål er kompliserte, og man må ha mye kunnskap for å gjøre disse vurderingene. Flere av mine faglige mentorer har vært sentrale i norsk prioriteringsdebatt.

– Hvordan skal man som utøvende lege gjøre gode prioriteringer?

– Det viktigste er at man er oppdatert på fagutvikling og retningslinjer, slik at anbefalingene er basert på god kunnskap om alvorlighetsgrad, om nytteverdi av tiltak og om de er kostnadseffektive. Hvis vi innarbeider denne type tenkning i de faglige anbefalingene, tror jeg vi kan få en mer rettferdig fordeling av ressursene, slik at det blir mer meningsfylt og interessant å jobbe i helsetjenesten. Noen blir utbrent fordi det foregår mye utredning og behandling som man ikke finner mening i.

– Finnes det helsetilbud pasientene selv bør betale for?

Norheim tenker seg litt om før han svarer. – Det er et vanskelig spørsmål. Norske pasienter betaler egentlig ganske mye i egenandeler hvis man for eksempel må på legevakten, betaler medisinen selv og i tillegg tar et røntgenbilde. Jeg ser for meg at vi i fremtiden blir enige om hva som skal betales av det offentlige og hva pasientene må betale selv. Jeg har vært opptatt av forebygging av hjerte- og karsykdommer. Det er et område hvor man kan sette grenser for hvor langt det offentlige ansvar strekker seg. Jeg ledet et arbeid om retningslinjer når det gjelder forebygging av disse sykdommene. At man setter en risikogrense for å få medikamenter på blåresept, tror jeg er akseptabelt. Det finnes dokumentert effektive medikamenter som kan redusere en svært lav risiko. Da kan man velge dette ved å betale selv.

Det beste argumentet vinner

– Det er mange som lurer på hvordan du fikk allmennelegene og indremedisinerne til å bli enige om disse retningslinjene. Hvordan gikk dere frem?

– Vi har brukt standardmetode for å utvikle retningslinjer, med en systematisk tilnærming til å oppsummere kunnskapsgrunnlaget. Det å få eksperter som er uenige til å lese og kritisk gå igjennom faglitteraturen som finnes på området, er viktig for å danne plattformen. Min lede-tråd har vært å skille skarpt mellom faglige, helsepolitiske og økonomiske vurderinger. Ved å sortere argumentene så tydelig som mulig kunne vi nå frem til enighet, mer enn vi hadde trodd på forhånd.

– Det ble ingen splittelse?

– Uenigheten har vært markant, men vi har holdt på at det beste argumentet vinner. – Hvordan skal man møte pasientenes forventninger om ressurskrevende behandling, og hva innebærer det at pasientene får stadig mer innflytelse i helsevesenet?

– Vi har et ideal om brukermedvirkning i helsetjenesten. Jeg tror det er positivt, men



Ole Frithjof Norheim

Født 29. mai 1965

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1991
- Dr.med. Universitetet i Bergen 1998
- Professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Bergen
- President i The International Society for Priority Setting in Health Care (2006–08)
- Lege i spesialisering ved medisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus

Foto Marit Tveito

vi har kanskje ikke tenkt grundig nok igjennom at det må tas beslutninger som også kan gå imot pasientens ønske. Prioritering vil jo si at man av og til må si nei. Vi er nødt til å institusjonalisere gode prosesser der brukerne er med på å ta kollektive beslutninger, pasienten som enkeltperson kan ikke kreve hva som helst. Det ville bli helt uholdbart for andre.

– Når blir en behandling for kostbar?

– I praksis setter vi slike grenser, men politikerne har ikke ønsket å gjøre det veldig eksplisitt. Vi gjør det implisitt. Jeg har alltid vært en tilhenger av at vi bør vite hva vi gjør og at vi bør begrunne det vi gjør. Vi må veie kostnader opp mot tilstandens alvor og effekten av tiltaket, og vi bør ta den diskusjonen.

– Du mener det bør være åpne prosesser. Er det for ubehagelig for politikerne å ta debatten?

– Jeg er influert av en amerikansk filosof, Norman Daniels, som skrev boken *Setting limits fairly* sammen med Jim Sabin. De utviklet et rammeverk for transparente prioriteringsbeslutninger basert på tanken om at det beste argumentet gjelder. Hvis man skal få til gode beslutninger, ikke minst dersom man skal ta dramatiske beslutninger, har man en forpliktelse til å gi en begrunnelse til dem som blir berørt. Hvis beslutningen er feil eller dårlig, er det mulig å kritisere den. Dersom beslutninger tas bak lukkede dører, er det en risiko for at det er de som har makt, innflytelse og nettverk som påvirker ressursfordelingen, ikke det som finnes av kunnskap og etiske vurderinger. – Det kan av og til virke som om det ikke skal mer til enn et fakkeltog før beslutninger blir omgjort. Synes du norske leger har grunn til å føle seg sviktet av politikere?

– Ja, jeg synes nok det. Jeg kjenner mange leger som har tatt en beslutning og sagt nei, så er det blitt mediasak og politikerne har omgjort beslutningen. Politikerne har vanskelig for å gjøre prioriteringer når slike temaer bringes inn i offentlighetens lys, mens vi leger er nødt til å gjøre det hver dag.

– Du har jobbet i utviklingsland. Påvirker det dine tanker om prioritering?

– Min hovedforskningsinteresse er ressursfordeling i lavinntektsland. Vi vet at det er så mye som kan gjøres, ikke bare for å bedre livskvalitet marginalt, men for å redde liv. Hvorfor er det så mange barn som dør av malaria? Dokumenterte kostnadseffektive tiltak prioriteres ikke. Det opplever jeg som en større og vanskeligere utfordring enn de problemene vi møter i Norge.

Skyld og sykdom

– Hvordan ser du på selvforskyldt sykdom når det gjelder fordeling av ressurser?

– I rettferdighetsteorien setter man et klart skille mellom faktorer man kan påvirke og faktorer som ligger utenfor ens kontroll. Samfunnet har ansvar for deg hvis du blir ufør av en arbeidsulykke eller arver dårlige gener. Hvis du har tatt et valg som påvirker din livssituasjon, sier rettferdighetsteorien at man bør holdes ansvarlig for de valgene man tar. Man kunne tenke seg at man innenfor helsevesenet satte mye strengere krav til pasientene og ba dem ta ansvar for egen helse, noe jeg synes vi skal gjøre. Dette er et kjerneproblem i vår velferdsstatsmodell. Men jeg mener også at man ikke skal la egenansvar for sykdom påvirke prioriteringsbeslutninger. Sykdom kan skyldes valg, men også faktorer som ikke bare kan tilskrives den helseskadelige livsstilen man har valgt. Det er problematisk og vanskelig å innføre ansvar som kriterium for hvem som skal få og hvem som ikke får behandling på individuelt nivå. Røyking skattlegger vi sterkt for å betale en del av kostnadene andre påføres, og det synes jeg er uproblematisk.

– Det er mange alkoholrelaterte skader. Skal de som skader seg i rus betale mer?

– Jeg har jobbet i alkoholomsorgen og har sett mange annen- og tredjegerasjons alkoholikere. Hva som er «fritt valg» når det gjelder misbruk, er et dypt filosofisk spørsmål. Jeg tror ikke disse pasientene skal betale mer.

Vekselvirkning

– Hvordan er det å være professor den ene måneden og underordnet lege den andre?

– Vekslingen er stimulerende. Jeg har fantastiske doktorgradsstudenter som utfordrer meg. Og så er det godt å møte pasienter, kolleger og av og til dramatiske situasjoner på vakt. Det er dessuten lærerikt å være lavt i noen hierarkier og høyere oppe i andre. I sykehusene er det et tydelig hierarki, og jeg evner nok ikke alltid å ta det så seriøst. Det er kanskje nødvendig at det er slik, men det frigjør lite energi hos underordnede.

– Hva er fordelene ved å jobbe slik?

– Når man underviser i etikk og jobber med etiske problemstillinger på et teoretisk nivå, er det viktig at man kan kjenne problemene på kroppen. Jeg har alltid vært opptatt av å se problemstillinger fra flere sider. Dessuten lærer jeg mye av mer erfarne kolleger. Jeg tror praksis trenger mer refleksjon og etikk, og vi som driver med etikk, trenger å bli dratt mer ned på jorden.

– Noen kan mene at etikere generelt er langt fra den kliniske hverdag. Er det for stor avstand mellom teori og praksis?

– Jeg tror at vi i Norge trenger alle typer medisinske etikere – og å oppøve toleranse for stor uenighet og et mangfold av perspektiver.

– Er det noe du ikke får tid til?

– Jeg skulle gjerne hatt tre liv – være lege, filosof og gjerne maler, alt på fulltid. Jeg ville hatt enda mer tid med familien og venner, men jeg prøver å balansere det. – Hva gjør du om 20 år?

– Jeg håper at jeg jobber som lege i et østafrikansk land.

– Som kliniker?

– Ikke utelukkende. Jeg har lyst til å påvirke prioriteringsbeslutninger i utviklingsland.

Marit Tveito

marittveito@hotmail.com
Diakonhjemmet Sykehus