

DET ETISKE GRUNDLAG

Af Lotte Hvas

Karina har været til et helbredstjek, som kommunen tilbyder alle sine borgere mellem 40 og 50 år. Ved undersøgelsen finder forebyggelsesmedarbejderen, at Karina er i risiko for at udvikle sukkersyge, og at hun er overvægtig. Karina bliver derfor anbefalet livsstilsændringer og en efterfølgende kontrol.

Dette eksempel med Karina, der kommer til kommunens helbredstjek, er kun ét af utallige eksempler på forebyggelsesinitiativer, som er sat i søen for at forbedre folkesundheden. Da de fleste mennesker gerne vil være raske og leve et liv uden at være afhængig af hjælp, ligger målet om at undgå sygdom og handicap i sin forlængelse af befolkningens ønsker. Alligevel støder forebyggelsen ind i etiske dilemmaer. Det sker især, når myndige mennesker skal overtales til at leve deres liv i overensstemmelse med sundhedsvæsenets anbefalinger, og når mennesker, der ikke har tegn på sygdom, opsøges og tilbydes behandling, der kan have bivirkninger. Det ovenstående eksempel er valgt, dels fordi opsporing af risiko for fremtidig sygdom i form af screeninger og helbredstjek er blevet et almindeligt bud på forebyggelse i dag, og fordi det netop er her, de fleste problemfyldte områder

i forebyggelsen opstår. I relation til eksemplet, bliver spørgsmålet således: Var helbredsundersøgelsen og dens resultater et gode for Karina, fordi hun nu har mulighed for at ændre på sin risiko for fremtidig sygdom, eller medførte det en uhensigtsmæssig indgriben i hendes liv?

Etik er læren om valget af "det gode" og om, hvordan man "bør" handle. I sundhedsvæsenet ønsker alle som udgangspunkt at gøre det godt for såvel nuværende som kommende patienter, men det er ikke altid oplagt, hvad "det gode" er. Især ikke når man handler på vegne af andre. Hvad der udgør et godt liv, varierer i overensstemmelse med den mangfoldighed af værdier, der præger et nutidigt samfund, såsom frihed, livgeværd, selvbestemmelse, medmenneskelighed og retfærdighed. Når der skal tages hensyn til flere og måske modstridende goder, opstår der et reelt etisk dilemma, hvor man skal afgøre, hvilken handling der er den bedste (eller mindst ringe). I en sådan situation drejer det sig ikke om problemknusning eller om at finde den "sande" løsning, men om at undersøge og argumentere ud fra de individuelle, samfundsmæssige og kulturelle værdier, der begrundet valget. I forhold til Karina handler det fx om plig-

ten til at viderebringe viden om en mulig fare (sukkersygen), således at Karina selv kan foretage mulige ændringer i sit liv, hvis hun vil. Men også om risikoen for at trænge ind over hendes personlige grænser ved at sætte en dagsorden, hun ikke selv har valgt, og som nu har gjort hende urolig og afhængig af fortsatte kontroller, til trods for at den klare hensigt var at hjælpe hende.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at der er en afgørende forskel på situationen, når en person henvender sig til sundhedsvæsenet med et helbredsproblem, og når sundhedsvæsenet uopfordret henvender sig til befolkningen eller til enkeltindivider, som opfatter sig selv som raske. I forhold til den syge, som henvender sig, gør lægen, sygeplejersken eller terapeuten det så godt, hun eller han kan, selvom der måske ikke findes den ideelle og bivirkningsfri behandling. I den anden situation, hvor sundhedsvæsenet selv opsøger borgerne, har sundhedsvæsenet et langt større ansvar for de uheldige konsekvenser, som en indsats kan medføre. Dette problem forstærkes af, at der sjældent er det fulde overblik over den positive effekt af en forebyggelsesindsats, og endnu mindre over alle afledte bivirkninger. Det havde således været en helt anden situation, hvis Karina selv havde henvendt sig, fordi hun havde symptomer, i forhold til nu, hvor hun uden at have bedt om det er indkaldt til blodprøver og gennemgang af livsstilsvaner.

Det betyder, at de etiske dilemmaer i forebyggelsen især melder sig, når de handler om symptomfrie og myndige personer, dvs. ved indsatser, der sig-

ter på at ændre befolkningens livsstil og adfærd, og ved forsøg på at opspore tidlige, men ikkeerkendte tegn på sygdom. Det forholder sig anderledes, og oftest mindre dilemmafyldt, når det gælder forebyggelse hos personer, som allerede er i behandling. De har en kendt lidelse, og såvel behandleren som personen selv er som udgangspunkt interesseret i at forebygge tilbagefald og forværring.

Dette kapitel drejer sig derfor primært om nogle af de etiske dilemmaer, der opstår, når sundhedsvæsenet henvender sig til mennesker, der ikke er syge, men muligvis i risiko for at blive det. Formålet med kapitlet er ikke at sige, hvad der er rigtigt eller forkert i relation til forebyggelse. Formålet er derimod at give en hjælp til at analysere og reflektere over, hvilke etiske værdier der er i spil, når man vælger at tilbyde en specifik form for forebyggelse.

I første del af kapitlet gennemgås i korthed forskellige klassiske, etiske tilgange til den ”gode” handling. I den anden del af kapitlet beskrives nogle kendte principper i medicinsk etik, som kan benyttes i helt konkrete situationer, også på forebyggelsesområdet. Her ved vil det være muligt at tegne et ”etisk landkort” for at vurdere de etiske konsekvenser af en given indsats.

Den gode handling

Gennem tiden har valget af den gode handling optaget etikere og filosoffer, og der findes mange måder at anskue det på. Selvom rammerne for dette kapitel ikke giver plads til et fuldt overblik over etik i almindelighed og medicinsk

etik i særdeleshed, er der dog nogle tilgange, der er væsentlige at kende:

- Nytteetik
- Pligtetik
- Nærhedsetik

Disse tre begreber gennemgås derfor kort, men for yderligere læsning og fordybning i emnet henvises til listen med supplerende litteratur.

Nytteetik, også kaldet utilitarisme, definerer den gode handling som den, der sikrer størst mulig nytte for det størst mulige antal mennesker. Den handling, der giver mest nytte, vurderes som værende den bedste og den rigtigste handling. Nytteetikken er fx fremtrædende, når sundhedsadministratorer og politikere drøfter, hvordan man kan få ”mest mulig sundhed for penge”. Her gælder det sundhedsvæsenets makroperspektiv: Hvordan sikrer vi folkesundheden bedst muligt, og hvordan forebygger vi, at sundhedsvæsenets økonomi ikke løber løbsk, når vi samtidig ved, at fremtidens samfund skal håndtere mange flere ældre mennesker med kroniske sygdomme? Langt hen ad vejen kan man ved hjælp af økonomiske analyser og evidensbaserede undersøgelser få brugbare beregninger, om fx hvor mange liv der kan reddes, hvor mange der overdiagnosticeres, og hvad det vil koste (se også kapitel 17 om screening). Når en kommune tilbyder Karina et helbredstjek, er det ud fra en strategisk overvejelse om, at en screening af hele befolkningen vil finde de individer, der er i øget risiko. Ved at påvirke disse personer til en ændret

adfærd forventes det, at det vil forhindre nogle i at udvikle sukkersyge og dyre senkomplikationer.

I nytteetikken findes der ikke nogen moralske absolutter (ud over at det skal ”nytte”), dvs. selv det at manipulere eller lyve kan forsvares, hvis det øger nytten. Til gengæld vil man ud fra et nytteetisk perspektiv hævde, at vi skal forholde os til nyttevirkninger, som ligger langt uden for vores eget synsfelt, hvis det maksimerer nytten totalt set. Således bør vi fx forholde os til social ulighed i sundhed, selvom vi bor og arbejder i et velhavende område/land, fordi det kan maksimere nytten, at vi fordeler ressourcerne til de fattige.

Pligtetik er læren om det, vi er forpligtede til at gøre som mennesker, simpelt hen fordi nogle handlinger bedømmes som gode i sig selv, og ikke nødvendigvis fordi de giver nytte. I modsætning til nytteetisk tænkning er den gode handling ikke til forhandling og kan ikke udregnes. Det grundlæggende krav til alle i sundhedsvæsenet om at yde hjælp til et andet menneske, der har et behov, uanset hvem det er, er netop en sådan pligt, som ikke er til forhandling. Den kaldes også den samaritanske pligt, med henvisning til fortællingen om ”den barmhjertige samaritaner” (1), der anses for at være den fortælling, som det danske sundhedsvæsen bygger på. For Karina betyder det, at hun altid vil være sikker på at kunne få behandling, hvis hun en dag får sukkersyge, uanset at nogle måtte mene, at det er hendes egen usunde kost, der er årsagen.

Men pligten er mere tvetydig i forebyggelsessammenhænge. Har sundheds-

personalet pligt til at gribe ind i andre menneskers liv, og har den enkelte borger pligt til at følge anvisningerne? Der opstilles i dag regler fra sundhedsvæsen og samfund om det "rigtige" og "sunde" liv – konkretiseret ved KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) og screeningstilbud, som den gode borger bør følge. Samtidig er budskabet, at "alle har ansvar for sit eget helbred og bør yde, hvad de kan". Moralen og pligten for Karina bliver derfor at følge de råd, hun fik, da hun var til sundhedstjek, blev vejret og fundet for tung.

Nærhedsetikken er en yderligere relevant og nødvendig tilgang til etik, hvis man arbejder i nær relation til andre mennesker, som man gør i sundhedsvæsenet (2). Den udspringer af såvel Løgstrups som Levinas' tanker om den etiske fordring (3) og mødet med "den anden" (4). Ud fra et nærhedsetisk perspektiv er det ikke relevant at tale om, at nogle handlinger i forvejen kan anses som gode. Den etisk rigtige handling udspringer derimod af den konkrete situation. Udgangspunktet for nærhedsetikken er en overbevisning om, at vi som mennesker vil gøre, hvad vi kan for at hjælpe, hvis vi ser patienten ("den anden") og situationen i øjnene. Det er denne helt naturlige spontanitet, som opstår i mødet med andre mennesker, der er kilden til vores etiske normer. I det konkrete møde viser der sig et ansvar for det andet menneske, ikke som et frit valg, man påtager sig, men som en absolut fordring eller pligt.

I mødet med Karina og ved at høre hendes historie, er det Karina, som bliver hovedpersonen, og ikke hendes mu-

lige sukkersyge eller de alt for mange kilo. Det vil i lige så høj grad handle om andre ting i hendes liv, såsom bekymringer om familien, arbejdet eller økonomien. Det kunne betyde, at fokus på kalorietælling og vægttab måske skal udsættes lidt, mens der tages fat på andre ting, der er afgørende for Karinas evne til at mestre tilværelsen.

Det etiske "landkort" over forebyggelsesdilemmaer

Principper i medicinsk etik

Medicinsk etik forholder sig til etiske problemstillinger opstået i sundhedsvæsenet, som fx aktiv dødshjælp, abort og fosterdiagnostik. Etiske dilemmaer, der opstår i forbindelse med forskellige forebyggelsestiltag, hører også til her. Medicinsk etik anses blandt fagetikere for at være et eksempel på "anvendt etik", en betegnelse, der benyttes, når man forholder sig til konkrete etiske problemstillinger inden for et specifikt fagområde.

I den meget konkrete vurdering af en indsats kan det være hensigtsmæssigt at forsøge at kortlægge de etiske problemstillinger, der er i spil. Det burde måske til og med være obligatorisk, når man fra politisk-administrativ eller medicinsk side anbefaler et nyt forebyggelsestiltag, så man ikke udelukkende siger, at "forebyggelse er godt, og det må vi have noget mere af."

Når man skal kortlægge et dilemmafyldt område, kan det være hensigtsmæssigt med en vis systematik. På det medicinske område er det almindeligt

at beskrive fire medicinsk-etiske grundprincipper, der især er beskrevet af Beauchamp og Childress i deres grundværk om principperne i medicinsk etik (5):

- At gøre godt (*beneficience*)
- Ikke at skade (*non-maleficience*)
- Respekten for autonomi
- Princippet om retfærdighed

Ud over at gøre det gode skal der således også tages hensyn til andre etiske principper såsom at respektere menneskers selvbestemmelsesret (autonomi) og vurdere, om en indsats sker ud fra et retfærdighedsprincip og derved samlet set gavner dem, der har størst behov.

Denne inddeling danner også rammen i det følgende. Først er det dog nødvendigt med lidt flere oplysninger om Karina og baggrunden for den undersøgelse, hun har været til.

Den fragmenterede forebyggelse

Opsporing af sygdomme ved helbredstjek og screening tager udgangspunkt i, at man ønsker at finde og påvirke biologiske enkeltfaktorer. Det kan handle om forandringer i cellerne, en forhøjet værdi i en blodprøve eller en medicinsk-teknisk måling af et blodtryk eller indhold af kalk i knoglerne. Grundlaget for indsatsen er videnskabelige undersøgelser, der har vist, at disse faktorer øger risikoen for specifikke sygdomme, og ønsket er at påvirke risikofaktorerne i gunstig retning.

Problemet, når man skal afgøre, om det er den rigtige indsats, man har valgt i forhold til den enkelte, er bl.a., at indsatsen er fragmenteret og ikke tager udgangspunkt i hele personen og dennes erfaringer, belastninger og ressourcer.

Om Karina kunne jeg for eksempel også fortælle følgende: Hun var knap 50 år gammel, og havde en række ting at slås med: Hun var førtidspensionist på grund af en kronisk depression kombineret med hovedpine efter en trafikulykke for mange år siden. Hun var alenemor til to store drenge, og kontakten til børnenes far var problemfyldt. Den yngste søn blev mobbet i skolen, mens den ældste netop var hjemkommet fra soldatertjeneste i Afghanistan og havde fået svære psykiske problemer efter krigsoplevelserne. Økonomien hang i laser, bl.a. på grund af dyre lån, som hun gennem tiden havde taget for at få lidt ekstra til børnene. Men der er også positive ting: Karina er fx blevet frivillig hjælper i en Røde Kors-butik i byen og har herigennem fået et godt socialt netværk.

At gøre det gode

Udgangspunktet for de fleste mennesker, der arbejder i sundhedsvæsenet, er at hjælpe andre. Ligeledes med forebyggelse, hvor initiativerne udspringer af et genuint ønske om at reducere lidelse og sygdom, ofte på baggrund af at man via sit arbejde har set, hvor slemt en sygdom kan udvikle sig.

Men hvordan hjælper man bedst muligt, når vi taler om forebyggelse? Og hvem er det, vi ønsker at hjælpe? Mu-

lighederne er mange og baserer sig på forskellige holdninger og menneskesyn, herunder politisk observans. Engang var udgangspunktet for forebyggelse, at sygdomme var samfundsskabte. Forebyggelsesindsatsen lå i forlængelse af dette og fokuserede på fx boligsanering og fastsættelse af grænseværdier i arbejdsmiljøet, mens det i dag er drejet 180 grader til, at "sundhed er den enkeltes ansvar." Nu koncentrerer forebyggelsesindsatsen sig om KRAM-faktorerne, som den enkelte kan påvirke gennem valg af livsstil. Men pendulet svinger fortsat, og der tales nu også om "strukturel" forebyggelse ud fra en tankegang om, at de bedste resultater opnås, hvis samfundet struktureres, således at det også bliver nemmere at vælge en sund adfærd.

Man har en etisk forpligtelse til at handle, hvis man oplever, at nogen udsættes for en konkret fare. Det klassiske eksempel er en mand, der er ved at gå ud på en bro, og hvor broen er ved at styrte sammen. Her er de fleste enige om, at man som medmenneske bør forsøge at stoppe manden, hvis man er klar over faren. Men hvad nu hvis manden allerede er klar over faren og gerne vil forsøge at passere alligevel? Skal man så stoppe ham med magt eller overtalelse, eller skal man blot se til, mens han går videre?

I henhold til handlepligten, kan man som sundhedsarbejder ikke blot sidde med hænderne i skødet, når man har fået indsigt i og viden om, at nogle mennesker har en svært øget sundhedsrisiko. Viden forpligter. Men hvor stor skal faren være, og hvilke omkostninger ved

indsatsen kan man acceptere, når det handler om at blande sig i andre menneskers liv?

En måde at komme et svar nærmere på er, at vi i dag siger, at forebyggelse skal være evidensbaseret. Selvom afvejningen mellem de grundlæggende etiske værdier ikke kan afgøres ved at måle og veje, så bør gode videnskabelige undersøgelser indgå i svaret på, om der er en effekt (om vi gør "godt"), og i givet fald, hvor stor den er. Der bør også foreligge evidens for, at indsatsen ikke har uheldige konsekvenser, der overskygger den gode virkning: Skader vi mere, end vi gavner?

I forhold til Karina er der imidlertid et paradoks i forhold til den foreliggende viden om overvægt (6, 7, 8): Flere og flere bliver overvægtige ligesom Karina. Overvægt er hos nogle – men ikke alle! – forbundet med risiko for sygdom senere i livet. Det ved man, men man ved til gengæld meget lidt om, hvad der kan få mennesker til at tabe sig, vel at mærke så vægttabet holder ved, og hvordan vægttabet skal foregå, så det ikke bliver usundt i sig selv. Man ved heller ikke meget om, hvorfor nogle bliver overvægtige, mens andre ikke gør. Måske ligger hemmeligheden i arvelige forhold og tidlige miljøfaktorer helt tilbage til fosterlivet. I hvert fald er det ikke nok udelukkende at tale om kost og kalorietælling og anbefale nye slankekur. Derfor er det også uklart, hvad der er den "gode" handling i relation til Karina. Især da den nyeste evidens tyder på, at det ikke har den ønskede effekt på folkesundheden at tilbyde helbredsundersøgelser til den raske del af befolkningen (9).

Men ønsket om at gøre godt og vise handlekraft og initiativ overtrumfer ofte indvendingerne og en eventuel manglende eller tvivlsom evidens. Der tales til og med om en "godhedsdiskurs"(10), som det er umuligt at tale imod. Hvis man kritiserer de videnskabelige argumenter, der skal underbygge den gode vilje, risikerer man at positionere sig som modstander af "det gode". Men i en diskussion om etik er det også vigtigt at være kritisk over for interesse modsætninger og risikoen for, at effekterne af en indsats har været overvurderet. Det er vigtigt at gå frem med en vis ydmyghed i et felt, hvor ingen endnu sidder inde med den eviggyldige sandhed.

Først og fremmest ikke skade

En gylden regel i arbejdet med patienter lyder: *Primum non nocere* – Først og fremmest ikke skade (11). Uanset at udgangspunktet er et ønske om at gøre godt, vil der altid være en risiko for bivirkninger og uønskede konsekvenser, når sundhedsvæsenet tilbyder en undersøgelse og behandling – også når det gælder forebyggelse. Bivirkninger eller skadevirkninger, som vel at mærke hverken handler om fejl eller sjuks fra personalets side, men som er en uundgåelig del af en indsats.

Bivirkninger, eller utilsigtede virkninger, handler ikke kun om fysiske skader, men også om mulige psykiske, sociale og kulturelle effekter som bekymring, stigmatisering og magtesløshed. For eksempel kan man se, at et velmenende

fokus på mennesker som Karina betyder, at de overvægtige i samfundet kan føle sig stempet som nogle, der ikke har kontrol over sig selv, og føler sig set ned på. Behandlerne i sundhedsvæsenet – fx lægen eller personalet i kommunens sundhedscenter – tildeles en position, hvor de får ret til at sige, hvordan andre mennesker bør se ud, leve og prioritere. For Karina ligger følelser som skyld og skam over selv at være årsag til situationen snublende nær, selvom hun måske ikke har haft reel mulighed for at ændre på de sygdomsfremkaldende faktorer i form af arv, social belastning og manglende ressourcer til at lave grundlæggende ændringer i sit liv (12).

Frygt for sygdom er en velkendt motivator for at ændre adfærd, især hvis man som modtager tror, at en sygdom kan ramme en selv. Ved at oplyse Karina om hendes konkrete risiko for sukkersyge forsøger man at gøre Karina opmærksom på faren for, at hendes livsstil vil medføre, at lige netop hun bliver syg en dag. Hermed bliver sygeliggørelse og bekymringsgørelse en af de kendte og omdiskuterede bivirkninger. Positive billeder og forventninger til fremtiden erstattes med negative billeder. En mulig sygdom i fremtiden er noget, man skal forholde sig til her og nu, fx ved at gå til kontroller og tjek eller spise medicin for forandringer, der kun kan måles hos lægen. Kroppens egne sansninger kan ikke længere benyttes som pejlemærke for, hvornår man skal henvende sig til sundhedsvæsenet, fordi det er bedre at komme "jo før jo bedre" og i hvert fald "før det er for sent". Hvis man mister tilliden til sin egen krops signa-

ler, kan resultatet blive en øget afhængighed af sundhedsvæsenet og dets medicinsk-tekniske udstyr og en dårligere evne til at mestre livet.

Retten til selv at bestemme

Autonomi er højt vægtet i samfundet i dag, og respekten for det enkelte menneskes mulighed for at tage velovervejede, informerede valg, vejer tungt.

Autonomi (*autos* = selv, *nomos* = lov) betyder selvstyre eller selvbestemmelse. Men at bestemme helt selv er mere kompliceret, end det lyder. I hvor høj grad kan vi fx tale om selvbestemmelse, når det gælder livsstil og sunde vaner? Vi har selvfølgelig en vis indflydelse på, hvilke varer der lægges ned i indkøbskurven, hvis vi ellers har råd og bor et sted, hvor vi har mulighed for at vælge. Men samtidig er vores livsstil i høj grad afhængig af det sociale miljø, vi færdes i, og hvilke vaner og præferencer vore ligesindede har. Vi er ikke født med selvstændige "autonome" præferencer for en speciel livsstil, men bliver formet og omformet af vores omgivelser.

Forebyggelsesinitiativer har en tendens til at gå på kompromis med selvbestemmelsen ved at signalere, at eksperterne og politikerne bedst ved, hvad der er godt for befolkningen, hvilket af mange opfattes som formynderisk. Hvis samfundet desuden lægger pres på den enkelte og gennem krav eller manipulation forsøger at få borgerne til at leve sundere eller deltage i undersøgelser, de egentlig ikke er interesserede i, vil det kunne sidestilles med paternalisme (se senere i dette kapitel).

Forebyggelsesinitiativer fra samfundets side, fx rygeforbud, øgede afgifter og alkoholpolitik på arbejdspladsen, kan i nogle henseender sidestilles med de indskrænkninger i autonomien, som sker i kraft af at være samfundsborger. Her accepterer vi i vid udstrækning at indordne os efter regler, som indskrænker vores egen handelfrihed. Vi accepterer fx at betale skat, at køre i højre side af vejen og at bruge sikkerhedssele. På samme måde vil mange acceptere, at politikerne og sundhedsadministrationen, som skal "passe på os", også tager beslutninger på vore vegne, fx i forhold til beskyttelse over for infektionssygdomme. Men den, der tilrettelægger og udfører indsatsen, bør hele tiden holde sig for øje, om det faktisk, at indsatsen kan have en gavnlig virkning, berettiger, at man går ind over folks grænser og fortæller, hvad der er bedst for den enkelte. I bedste fald kan det have en gavnlig virkning for den pågældende, men i værste fald handler det om, at den enkelte får overtruffet sit eget perspektiv på livet og sine egne værdier.

Nogle vil i modsætning til dette fremføre, at det er paternalisme, hvis man ikke giver mennesker alle oplysninger om muligheder for at forebygge en given sygdom, herunder tilbyder mulige forebyggende undersøgelser og tjek. Først når alle oplysninger om sygdommen og ens egen risiko foreligger, vil det være muligt at tage et fuldt informeret valg. Til gengæld vil muligheden for at sige nej til overhovedet at få risikoen at vide ikke længere være til stede.

Dagsordenen om fokus på risiko for fremtidig sygdom er primært sat af

sundhedsvæsenet, og retten til ikke at gå op i fremtidige helbredsproblemer er ved at være tabt. For Karinas del handler det om, at hun bliver gjort opmærksom på risikoen for sukkersyge og får viden om, hvordan hun kan undgå den. Hun kan ikke længere tillade sig at være ligeglad med sin vægt og tænke på noget andet.

I diskussionen om, hvorvidt paternalisme er uhensigtsmæssig eller ej, er det vigtigt at skelne mellem "hård" og "blød" paternalisme. Den "hårde" paternalisme handler om, at en person mener at vide, hvad der er bedst for en anden, vel at mærke en anden person, der er fuldt i stand til at tage egne beslutninger. En sådan paternalisme, som forbindes med en gammeldags, autoritær læge, opfattes af de fleste for at være passé. Den "bløde" paternalisme er derimod et spørgsmål om at tage beslutninger for mennesker, der ikke er i stand til at forstå rækkevidden af deres egne ønsker og handlinger. Det klassiske eksempel er et barn, der gerne vil krydse vejen, men hvor faren siger nej eller vælger at holde barnet i hånden, mens vejen krydses. Inden for psykiatrien ser vi fx blød paternalisme, når patienternes mentale tilstand gør, at de ikke kan varetage deres egne interesser. Men også i den almindelige behandling af patienter gør en vis form for blød paternalisme sig gældende. Mange patienter er i en sårbar, udsat position og ønsker, at den professionelle tager ansvar for behandlingen.

På forebyggelsesområdet er det imidlertid hovedreglen, at tilbuddene er rettet mod myndige personer, der fuldt

ud er i stand til at tage beslutninger på egne vegne. Imidlertid ser vi alligevel, at en aktør, fx en læge, en sygeplejerske eller anden person, definerer, hvad der skal forebygges mod og på hvilken måde. Det er ofte en topstyret aktivitet. Først når dagsordnen er sat, og indsatsmidlerne er skaffet, inddrages borgerne eller patienterne.

Retfærdighed

Ønsket om social retfærdighed og mindre ulighed i sundhed er et kernepunkt i afgørelsen om, hvorvidt en indsats bør indføres ud fra et etisk perspektiv. I vores samfund ses det som en selvfølge, at mennesker bør have samme muligheder for behandling, når de bliver syge, og såvel politikere som eksperter anser det for en etisk forpligtelse at arbejde for øget lighed i sundhed.

I WHO's sundhedspolitiske strategi for det 21. århundrede forpligter medlemsstaterne sig til at tage udgangspunkt i etiske begreber som lighed, solidaritet og social retfærdighed. Det er grundlæggende begreber, når det handler om "at gøre godt", og har frem til i dag været en kerneværdi i det danske sundhedsvæsen. I henhold til dansk lov er målet en let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser ud fra et princip om, at sygdomsbehandling skal afgøres af behov og ikke evnen til at betale. Men uligheden i sundhed er støt voksende og er en af de største udfordringer i dagens sundhedsvæsen, også i relation til forebyggelse (13).

Ud over at sygdom er ulige fordelt, er det også sådan, at det hovedsageligt

er de stærkeste grupper, der tager sundhedstilbuddene til sig, som de udformes i dag. For at nå frem til alle modtagere af budskaberne, er det nødvendigt at behandle mennesker forskelligt og give mest til dem, der har størst behov. Tilbuddene skal skræddersys, så ikke alle skæres over en kam. For Karinas vedkommende er det ikke nok at fortælle om hendes øgede risiko for sukkersyge på baggrund af et tjek – det skal følges op ved individuel rådgivning, der tager udgangspunkt i hendes livssituation og hendes egne ønsker.

I et sundhedsvæsen uden uanede ressourcer er man også nødt til at skele til prioritering for at få en retfærdig fordeling. I dag vægtes forebyggelsestiltag, der har reduktion af kræft og hjertekar-sygdomme som fokus, ofte højt på bekostning af forebyggelse af andre sygdomme, fx psykiske lidelser. Ligeledes er det nødvendigt at se på de samlede udgifter i sundhedsvæsenet. For selvom forebyggelse muligvis kan reducere udgifter på længere sigt, kan screeninger og forebyggende behandlinger komme til at tage såvel tidsmæssige som økonomiske ressourcer fra dem, der allerede er syge.

Flere eksempler

Eksemplet med Karina, der kom til kommunens helbredstjek, er kun ét af utallige eksempler på forebyggelse. Eksemplet er som beskrevet i indledningen bl.a. valgt, fordi mange etiske problematikker bliver sat på spidsen i denne case. Men som det fremgår af bogens øvrige kapitler, findes der mange andre former

for forebyggelse, der kan indeholde de samme dilemmaer, men med forskellig vægtning.

Det kan handle om kommunens sundhedspleje, der laver specielle motionshold for overvægtige børn, fx til Karinas yngste søn, der oplever at blive mobbet, bl.a. fordi han er for tyk. Her vil man typisk se, at børnene bliver gladere og tryggere ved at være sammen med ”ligesindede”, men samtidig med en risiko for stempling i forhold til de sædvanlige klassekammerater.

Man kunne også forestille sig en helt anden tilgang, som handlede om et projekt for at undgå mobning i skolen, hvor selve vægtproblemet ikke længere er i fokus, men den sociale sammenhæng, børnene mødes i. Et relativt nyt begreb, der benyttes for at beskrive, hvordan samfundet forsøger at få befolkningen til at ændre adfærd i sundere retning, er *nudging* (14). Det betyder, at man i stedet for løftede pegefingre tilrettelægger forholdene, så man lettere foretager de valg, som er ønskelige. Man forsøger derved at skubbe mennesker i retning af sundere valg, men på en sådan måde, at de stadig kan vælge. Fx ved at flytte slik i supermarkedet langt væk fra kassen, så det ikke ved en impuls havner i indkøbskurven. Slikket findes fortsat i forretningen, men det er blot sværere at få fat i. Fordelen med nudging er, at Karina får lettere ved at modstå fristelsen for at tage en ekstra pose slik med til sig selv og sine børn, men det fratager hende ikke valgmuligheden. Omvendt siger kritikerne af nudging, at det er en skjult form for styring eller regulær manipulation, som foregår hen over hovedet på

borgerne, når man sidder og tilrettelægger, hvad det er "rigtigt" at putte i indkøbskurven.

En lang række forebyggelsestiltag er stilet til hele befolkningen, fx kampagner om alkohol og tobak. Herved undgår man at "ulejlige" den enkelte, men omvendt er der ikke så mange, der lytter til budskabet, fordi det bliver upersonligt. Dertil kommer, at de, der har det største forbrug af alkohol og tobak, typisk er dem, der er mindst modtagelige for kampagnens budskaber.

Kapitlet har koncentreret sig om forebyggelsesinitiativer og ikke om sundhedsfremme, som ellers er det bærende element i flere initiativer i kommunerne. Sundhedsfremme har generelt færre negative konsekvenser, fordi der jo ikke tilbydes indgriben i form af behandling, men også fordi selve målet er at skabe rammer og muligheder for den enkelte, så vedkommende selv kan sætte sin dagsorden i forhold til sundhed og sygdom. Der er dog en modsætning mellem de to perspektiver, som sætter sundhedsarbejderen i et dilemma. I mødet med den enkelte skal man kunne rumme dialektikken mellem at støtte en person i at være "sund og rask" og samtidig være opmærksom på risici og tidlige tegn på sygdom. Men er det muligt at være talentspejder og fejlfinder på samme tid?

Afslutning

En etisk kortlægning af en problemstilling rejser ofte flere spørgsmål, end den besvarer. De forskellige dilemmaer kan ikke løses eller udregnes, så man når

frem til et facit på en bundlinje. Men når man tager de "etiske briller" på, er det forhåbentlig muligt at se de potentielle faldgruber – eksempelvis når man diskuterer nye forebyggelsesinitiativer eller overvejer at ændre nogle af dem, der allerede er søsat.

Der er mange måder at angribe problemstillingen ved fx Karina på, og al debat om forebyggelse i dag viser, at der ofte er uenighed om, hvilken handling (eller ikkehandling) der er den rigtige. En væsentlig grund til dette er, at forskellige forebyggelsesaktører har forskellige perspektiver på en problemstilling. Til trods for at alle føler det som sin opgave at gøre det "gode", er der uenighed om, hvad det gode er, afhængig af det ståsted man har: Skal vi forebygge af hensyn til hele befolkningen, den syge patient eller den raske borger? Sidder man med den enkelte patient, er det svært at inddrage nyttevirkningen på samfundsperspektiv, selvom dette selvfølgelig også skal indgå i overvejelserne. Og vice versa: som administrator af et større sundhedsprojekt risikerer man at overse enkeltindividernes problemer.

Ved at inddrage en etisk synsvinkel, hvor man åbent diskuterer de bagvedliggende værdier, kan det være muligt at bygge bro over de forskellige holdninger og modsætninger. Derfor er det vigtigt, at etiske overvejelser ikke kun bliver noget, der omtales ved festlige lejligheder, i enkeltafsnit i store fondsansøgninger eller som her i et bogkapitel, men indgår i alle overvejelser om, hvordan sundhedsvæsenet skal behandle både raske og syge medborgere.

Litteratur

1. Wulff H.R. Den samaritanske pligt – det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen. Munksgaard, 1995
2. Birkler J. Nærhedsetik – når etikken byder sig selv. Månedsskrift for almen praksis, nr. 8, 2011.
3. Løgstrup K.E. Den etiske fordring, Gyldendal, 1956.
4. Lévinas E. Totalitet og uendelighed. Hans Reitzels Forlag, 1996.
5. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5. udgave. Oxford University Press, 2001.
6. Teknologirådet. Fedme som samfundsproblem. 2009.
7. Vidensråd for forebyggelse. Skal overvægtige voksne tabe sig? 2013
8. Siebenhofer A., Jeitler K., Berg-hold A. et al. Long term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients. Cochrane Review, 2011.
9. Jørgensen T., Jacobsen R.K., Pisinger C. Effect of screening of lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. BMJ 2014;348; g3617.
10. Loga J. Godhedsdiskursen, in: Berge K.L., Meyer S., Trippelstad T.A. Maktens tekster. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal Norsk Forlag, 2003.
11. Hvas L., Brodersen J., Hovelius B. (red.). Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Månedsskrift for almen praksis, 2009.
12. Guassora et al, Shame, honor and responsibility in clinical dialogue about lifestyle issues. A qualitative study about patients' presentations of self. Patients counselling and education (in press) 2014.
13. Sundhedsstyrelsen: Ulighed i Sundhed – Årsager og indsatser. Rapport, 2011.
14. Ploug T. "Nudging" i den kliniske kontekst – Libertariansk paternalisme, informeret samtykke og sundhed. Bibliotek for læger, 2014;206,4-27

Supplerende litteratur

- Birkler J.: Etik i Sundhedsvæsenet, Munksgaard, 2006.
- Birkler J.: Filosofi & sygepleje. Etik og menneskesyn i faglig praksis, Munksgaard, 2003.
- Det Ethiske Råd. Etik til tiden. 20 år med Det Ethiske Råd. 2007 <http://www.etiskraad.dk/upload/publikationer/ovrigt-udgivelser/etik-i-tiden/indhold.htm>.
- Generelt kapitel om etik i Hartling, O. Den Ethiske Klemhærke.
- Hartling, O. Liv og død i menneskets hænder. Vores etiske udfordring. Lindhardt og Ringhof, 2008.
- Sundhedsstyrelsen. Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. 2009 <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2009/~media/BD81261A-ADF74B4BEACE08BDDDC76B.ashx>.