



ETIK I FOREBYGGELSE  
OG SUNDHEDSFREMME

2009

Etik i forebyggelse og sundhedsfremme

*Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:*

Nils Holtug, centerchef, lektor, ph.d., Nana Kongsholm, studerende, Sune Lægaard, adjunkt, ph.d. & Morten Ebbe Juul Nielsen, adjunkt, ph.d., alle fra Center for Studier af Lighed og Multikulturalisme v. Københavns Universitet

*Redaktion:*

Anna Paldam Folker, Katrine Finke, Line Raahauge Madsen, Peter Saugmann-Jensen, Annemarie Knigge, Jette Abildskov Hansen, alle fra Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

*Ekspertergruppe:*

Mette Hartlev, professor i sundhedsret, Københavns Universitet  
Mette Jakobsen, leder af sundhedsfremmeafdelingen, Hjørring Kommune  
Henrik Kjeldgaard Jørgensen, specialkonsulent sekretariatet for Etisk Råd  
Michael Norup, lektor, Afd. for Medicinsk Videnskabsteori, Københavns Universitet  
Lisbeth Holm Olsen, sundhedskoordinator, Køge Kommune  
Morten Hulvej Rod, ph.d.-stipendiat Statens Institut for Folkesundhed  
Peter Sandøe, professor, Center for Bioetik og Risikovurdering, Københavns Universitet  
Signild Vallgård, professor, Afd. for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
URL: <http://www.sst.dk>

*Emneord:*

Etik; Sundhedsfremme; Forebyggelse; Bekymringskabelse; Sygeliggørelse; Patientgørelse; Stigmatisering; Medikalisering; Ulighed; Paternalisme; Autonomi; Ansvar; Evidens; Handling og undladelse

*Kategori:*

Faglig Rådgivning

*Copyright:*

Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Holtug, N, Kongsholm, N, Lægaard, S & Nielsen, MEJ. Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen, 2009.

*Oplag:*

2000

*Grafisk tilrettelæggelse og tryk:*

Rosendahls-Schultz Grafisk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2009

*Publikationen kan bestilles eller afhentes hos:*

Rosendahls-Schultz Distribution  
Herstedvang 10  
2620 Albertslund

Telefon 43 22 73 00

Fax: 43 63 19 69

E-mail: [Distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:Distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk)

Hjemmeside: [www.rosendahls-schultzgrafisk.dk](http://www.rosendahls-schultzgrafisk.dk)

ISBN: 978-87-7104-007-4 (trykt)

ISBN: 978-87-7104-008-1 (elektronisk)

Etik i forebyggelse og sundhedsfremme

# Indhold

Forord	5
1. Indledning	6
2. Mulige skadevirkninger	12
3. Analyse af mulige skadevirkninger	18
4. Ulighed	24
5. Paternalisme og autonomi	30
6. Ansvar og ansvarliggørelse	36
7. Evidens, dokumentation og risiko	42
8. Handling og undladelse	46
9. Afslutning	52
Litteraturliste	56

## Forord

Kan forebyggelse og sundhedsfremme skade ved at bidrage til sygeliggørelse, stigmatisering og medikalisering? Er det et problem, hvis forebyggende indsatser påvirker personers selvbestemmelse? Kan forebyggelse og sundhedsfremme bidrage til social ulighed? Har den enkelte det fulde ansvar for eget helbred? Kan der være grund til at iværksætte indsatser, selvom der ikke er tilstrækkelig viden? Kræver det stærkere grunde at handle end at undlade at gøre noget?

Med rapporten: ”Etik i forebyggelse og sundhedsfremme” ønsker Sundhedsstyrelsen at belyse disse etiske problemstillinger i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. Målet er at klargøre, hvad nogle af de mest centrale etiske problemstillinger på forebyggelsesområdet består i, og hvilke værdikonflikter de rummer – herunder hvordan de kan præciseres nærmere og fortolkes forskelligt.

Sundhedsstyrelsen har taget dette initiativ – ikke for at fastlægge hvad der etisk set er rigtig eller forkert – men for at bidrage til, at personer der beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme kan forholde sig til og diskutere de etiske spørgsmål, som feltet giver anledning til.

Dette er vigtigt af flere grunde. For det første forsvinder etiske problemstillinger ikke, blot fordi vi undlader at tale om dem. Selvom det umiddelbart kan virke kompliceret at navigere i forhold til etiske værdier, er lukkede øjne næppe en farbar vej. For det andet kan en større bevidsthed om etik i forebyggelse og sundhedsfremme gøre det nemmere i fællesskab at tydeliggøre og håndtere de etiske valg, som er indlejret i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme. Endelig vil det bidrage til kvaliteten af beslutninger om forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, hvis etiske overvejelser i højere grad supplerer de sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske analyser.

Rapporten henvender sig til alle, der arbejder strategisk og planlægningsmæssigt med forebyggelse og sundhedsfremme på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Den vil siden blive fulgt op af et mere kortfattet materiale om etik i forebyggelse og sundhedsfremme målrettet det kommunale frontpersonale.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke rapportens forfattere samt de fagpersoner og eksperter, der har bidraget med vigtige kommentarer og perspektiver i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten



Else Smith  
Centerchef



Kapitel 1

INDLEDNING

# 1. Indledning

Denne rapport belyser en række etiske problemstillinger, som sundhedsprofessionelle på forebyggelsesområdet står overfor. Rapportens formål er at bidrage med et systematisk overblik over en række af de mest centrale etiske problemstillinger, der er på spil vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme. Målet er også at bidrage til at sundhedsprofessionelle forholder sig til og diskuterer, hvilke etiske problemstillinger, der kan være forbundet med forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Uanset hvilken forebyggende eller sundhedsfremmende indsats man kan overveje, vil der være kontroversielle til- og fravalg, modstridende etiske hensyn, og i en del tilfælde sammenstød mellem værdier og grundopfattelser. Der findes ikke en gnidningsfri model for forebyggelse og sundhedsfremme, som kan kaldes etisk uproblematisk. Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser drejer sig om noget så centralt som borgernes liv og helbred. Det er den praksis, som professionelle på området står midt i og må forholde sig til. Dertil kommer, at forebyggelse, sundhedsfremme og sundhed i det hele taget er genstand for stigende opmærksomhed blandt borgere, i medierne og på det politiske niveau.

Ifølge en nylig undersøgelse fra TrykFonden udviser danskerne stor imødekommenhed over for indsatser på forebyggelsesområdet – også indsatser der er mere indgribende i borgernes liv end informationskampagner og tilbud. For så vidt, det er rigtigt, som nogle samfundsdebattører påpeger, at kroppen og sundhed er på vej til at rykke helt ind i centrum for forståelsen af hvad ”det gode liv” er, står vi i en situation, hvor det om muligt er ekstra vigtigt at overveje de etiske implikationer af forskellige handlinger, der relaterer sig til forebyggelse og sundhedsfremme. Dette fordi vi både risikerer at bremse berettigede og forsvarlige indsatser, hvis vi rammes af pludselig bekymring, om det nu ”går for stærkt” med indsatserne, og fordi vi omvendt kan risikere at iværksætte etisk problematiske indsatser i bar begejstring over den åbenlyse medvind, som sundhed og forebyggelse nyder.

Forebyggelse og sundhedsfremme ses i denne rapport ud fra det perspektiv, at det i Danmark primært er de offentlige myndigheder, der varetager disse områder. I rapporten tages det som overvejende ukontroversielt, at det offentlige har et ansvar for borgernes sundhed. Dette ansvar kan blandt andet løftes gennem forebyggelse og sundhedsfremme. Men hvad ansvaret nærmere indebærer, er et yderligere spørgsmål. Ud fra den blotte konstatering, at det offentlige har et ansvar for borgernes sundhed, følger ikke automatisk en afklaring af, hvilket omfang og hvilken art dette ansvar har. Det kan være ganske minimalt, og det kan være meget omfattende.

## Hvad er etiske problemstillinger?

Etiske problemstillinger handler om, hvordan det i en moralsk eller etisk forstand er rimeligt og retfærdigt at behandle hinanden til forskel fra fx hvad der er juridisk korrekt, økonomisk optimalt, eller praktisk/administrativt hensigtsmæssigt. Der kan være forskellige former for etiske problemstillinger. Der kan være tale om, at forskellige etiske værdier kommer i konflikt med hinanden – et eksempel er offentlige restriktioner i forhold til rygning, som rummer konflikter mellem hensyn til individers selvbestemmelse og hensyn til sundhed og livskvalitet. Der kan også være tale om, at formålet med handlingen – fx at mindske en bestemt sygdomsrisiko – eller måden dette formål søges opnået på – fx via et vaccinationsprogram – kommer i konflikt med etiske hensyn fx i forhold til at skabe bekymring eller sygeliggørelse blandt målgruppen. Etiske problemstillinger drejer sig altså om konflikter mellem forskellige formål eller konsekvenser af handlinger, som involverer etiske hensyn eller mere grundlæggende etiske værdier.

Til illustration kan man forestille sig en indsats, der går ud på, at sundhedskonsulenter opsøger borgere i socialt belastede boligkvarterer for at rekruttere til kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. I stedet for at vente til borgerne selv kommer til lægen, eller på andre måder opsøger hjælp til forbedring af deres sundhedstilstand, kommer kommunen direkte til borgerne og banker på deres dør. Da det er veletableret, at lav økonomisk og social status øger risikoen for dårligt helbred, kan indsatsen motiveres ud fra et hensyn til lighed i sundhed og et ønske om at gavne disse borgeres livskvalitet. Omvendt kan man rejse den indvending, at indsatsen er krænkende for borgernes autonomi, det vil sige deres ret til selv at bestemme og privatlivets fred. Desuden kan den medvirke til at stemple beboerne i området som syge og inkompetente – selv hvis de slet ikke er det – hvilket vil bidrage negativt til deres livskvalitet. Der er her en række etiske hensyn, der strider mod hinanden og dermed en række etiske problemstillinger. Der er en konflikt mellem hhv. lighed og autonomi og rettigheder, og der er en konflikt mellem potentielt at øge nogle borgeres livskvalitet (dem som muligvis vil have gavn af indsatsen) og at bidrage negativt til andres (fx raske borgere der i værste fald stemples som syge og inkompetente).

En etisk analyse involverer en identifikation af etiske problemstillinger. Hvis beslutningsprocedurer og beslutninger på forebyggelsesområdet udelukkende fokuserer på sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske forhold, betyder det i praksis at foretage et bestemt valg; nemlig at prioritere sundhed og økonomi frem for andre hensyn. Dette er i sig selv et etisk valg – dog uden at det nødvendigvis gøres klart. Identifikation af en etisk problemstilling består i at se, at der er flere potentielt modstridende hensyn på spil i en situation, hvoraf nogle er etiske. For at identificere og – i sidste ende – prioritere mellem forskellige hensyn, må man have en grundlæggende forståelse af de etiske værdier, der er på spil. Denne grundlæggende forståelse skulle rapporten gerne bidrage med. Spørgsmål om stillingtagen og prioritering er derimod overladt til læseren. Målet med rapporten er ikke at komme med bestemte etiske anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme, men at vise og inspirere til, hvordan man kan tænke over nogle af de vigtigste etiske spørgsmål, som området rummer.



Det er dog vigtigt at understrege, at der findes andre etiske værdier, end dem der præsenteres i rapporten. Hensigten er ikke nødvendigvis at nævne samtlige etiske problemstillinger, men at bidrage med et etisk ordforråd til at formulere og diskutere dem i. Det fremlagte begrebsapparat kan bruges til at identificere og analysere andre problemstillinger og værdier.

## Om udvalg og materiale

Rapporten bygger på et relativt omfattende litteraturstudie af faglitteratur om etik i forebyggelse og sundhedsfremme, samt på forfatternes faglige ekspertise inden for moralfilosofi, politisk filosofi og retsfilosofi. Derudover har rapportens forfattere gennem interviews med forskere og kommunale sundhedskonsulenter og planlæggere (i alt 6 interviews) søgt at sikre, at de problematikker og værdier, der tages op, rent faktisk opleves som relevante og dækkende af fagpersoner og eksperter på forebyggelsesområdet. I rapporten findes en række eksempler, som tjener til at belyse forskellige pointer i kapitlerne. Det er vigtigt, at disse eksempler ikke læses isoleret. Hensigten er ikke at favne al den kompleksitet, som eksemplerne rummer, men at illustrere nogle bestemte pointer ved de problemstillinger i rapporten, hvor eksemplerne er anført.

## Rapportens opbygning

- Kapitel 2 beskriver en række **skadevirkninger**, som sundhedsfremmende og forebyggende indsatser kan have for individers livskvalitet. Det drejer sig om bekymringsskabelse, sygeliggørelse, patientgørelse, stigmatisering og medikalisering.
- I kapitel 3 bliver disse forskellige former for skadevirkninger underlagt en etisk analyse, som går ud på at identificere, hvilke **underliggende etiske værdier** der er på spil.
- Kapitel 4 handler om **retfærdighed og ulighed** i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Der skelnes mellem tre former for ulighed: ulighed med hensyn til udbyttet af indsatser, ulighed med hensyn til skadevirkninger og ulighed i den samlede fordeling af sundhed i samfundet.
- I kapitel 5 er fokus på **paternalisme og autonomi**. Mange indsatser kan siges at influere på individers autonomi eller selvbestemmelse. Kapitlet behandler forskellige dimensioner af denne problemstilling.
- Kapitel 6 ser på spørgsmål om **ansvar og ansvarliggørelse**. Spørgsmålet her er, om det er retfærdigt at holde individer ansvarlige for eventuelle negative følger af sundhedsrelateret adfærd, og om det er formålstjenstligt at gøre det.
- Kapitel 7 handler om de etiske implikationer, der følger af, at det i praksis ofte er nødvendigt at igangsætte indsatser, selvom der ikke er **sikker viden** om deres effekt.

- Kapitel 8 fokuserer på, om det etisk set er relevant at skelne mellem **handlinger og undladelser** – om det at handle og iværksætte indsatser kræver mere tungtvejende begrundelser end at undlade at gøre noget.
- Kapitel 9 runder rapporten af og kommer ind på, hvordan man kan **afveje etiske værdier** over for hinanden, og hvorfor det er vigtigt at gøre sig den umage, når man arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme.
- Litteraturlisten er inddelt i forhold til temaerne i de enkelte kapitler.





## Kapitel 2

# MULIGE SKADEVIRKNINGER

## 2. Mulige skadevirkninger

Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser rejser en række forskellige etiske problemstillinger. Nogle gange er det sådan, at når man gavner nogle, skader man andre. Eller man skader måske ligefrem de samme mennesker, som man ønsker at gavne. I dette kapitel identificeres og beskrives en række forskellige måder, hvorpå forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan tænkes at have skadelige konsekvenser. Listen er ikke udtømmende, men fokuserer på følgende centrale og oftest diskuterede skadevirkninger: bekymringsskabelse, sygeliggørelse, patientgørelse, stigmatisering, og medikalisering. De her identificerede problemstillinger analyseres derpå i kapitel 3 med henblik på nærmere at bestemme, hvori det etiske problematiske i dem består, og hvilke underliggende etiske værdier der er i spil. Det skal understreges, at dette kapitel ikke behandler det empiriske spørgsmål om, hvor udbredte eller sandsynlige de identificerede former for skadevirkninger er. Fokus er i stedet på at beskrive forskellige typer mulige skadevirkninger, der kunne være etisk relevante. Det skal også understreges, at kapitlet selvfølgelig skal læses i lyset af de oplagte positive sundhedseffekter, der kan være ved forebyggelse og sundhedsfremme, og som der ikke stilles spørgsmål ved.

Indsatsers mulige skadevirkninger kan tage sig forskelligt ud. Der er forskel på om skadevirkninger har med sundhedsmæssige forhold at gøre eller ej. Et eksempel på sundhedsmæssige skadevirkninger kan være en forebyggende oplysningsindsats, der viser sig at have den modsatte effekt. Fx hvis unge bliver interesseret i skadelige stoffer som ecstasy eller adfærdsmønstre som ”cutting”, fordi de virker spændende, netop fordi der advares imod dem. Problemet er, at de sundhedsskadelige effekter man prøvede at undgå i realiteten kan blive mere udbredte. I dette kapitel fokuseres dog ikke på sundhedsskadelige effekter i denne forstand men på andre former for skadevirkninger – der dog mere indirekte også kan have negativ betydning for helbredet.

### Bekymringsskabelse

Visse forebyggende indsatser kan gøre personer nervøse og usikre ved at gøre opmærksom på risici. Nogle kampagner fungerer primært ved at skræmme, fx tv-spots om faren ved alkohol i forhold til blodpropper, hvor bekymringsskabelse er et tilsigtet virkemiddel. Kampagner, der bruger reklametekniske virkemidler til at spille på folks samvittighed for at få dem til at leve op til sundhedsrådene og samtidig påpeger folks eget ansvar for at leve sundt, kan fx gøre folk bekymrede for, om de er ”medskyldige” i egne sundhedsproblemer. At give folk dårlig samvittighed kan være en form for skade. Det kan endvidere være en uretfærdig form for skade, hvis der er tale om en form for ”victim blaming”, hvor folk holdes ansvarlige for noget, de faktisk ikke selv har fuld eller overvejende kontrol over (se kapitel 6). Det er dog ikke kun folkesundhedsmiljøet, der kan bidrage til bekymringsskabelse. Medierne og den offentlige debat er i mindst lige så høj grad som forebyggelsesindsatser medvirkende til at skabe bekymring. I denne rapport er fokus dog kun på bekymringsskabelse, der kan henføres til forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser i offentligt regi.

Bekymringsskabelse er ofte utilsigtet. Det kan fx være en reaktion på tilbud om screening for forskellige sygdomsrisici så som undersøgelser for celleforandringer eller forhøjet blodtryk. Screeninger tilbydes, fordi der er en reel risiko for sygdom. Opmærksomhed på om bestemte individer falder i en særlig risikogruppe, kan gøre det muligt at komme sygdomme i forkøbet, eksempelvis ved at opdage sygdommen på et tidligt stadie, hvor der er større sandsynlighed for succesfuld behandling. Der kan dog være problemer både i forbindelse med tilbud om forebyggende undersøgelser og i forbindelse med resultatet af faktisk udførte undersøgelser. Selve tilbuddet kan resultere i stor bekymring hos personer i målgruppen, hvis de hermed gøres opmærksomme på risici, der hidtil var ukendte for dem. Problemet kan fx være, at personer kan overvurdere den faktiske risiko for dem selv, eller kan undlade at gøre brug af tilbuddet af frygt for resultatet. Konsekvensen kan være uforholdsmæssig stor bekymring og måske uhensigtsmæssige reaktioner på tilbuddet. Omvendt kan det også være et problem, at personer har svært ved at sige nej til et tilbud, når de først har fået det, hvis de føler, at de så selv må påtage sig skylden for eventuel sygdom. Endelig kan faktisk foretagne undersøgelser og den resulterende information om personlig sundhedstilstand eller risikoprofil også medføre bekymringsproblemer. Fx resulterer nakkefoldsscanninger for Downs Syndrom i en risikovurdering, som kan skabe utryghed hos nogle, uanset om risikoen er lav. Et eventuelt efterfølgende tilbud om moderkageprøve kan også skabe utryghed på grund af den med undersøgelsen forbundne risiko for utilsigtet abort.

## Sygeliggørelse

En anden mulig skadelig konsekvens af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser er sygeliggørelse, det vil sige at personer gives en opfattelse af at være syge. Sygeliggørelse adskiller sig fra bekymringsskabelse. Hvor bekymring er en følelse af usikkerhed, der kan være dårlig for personen i sig selv, består sygeliggørelse i en selvopfattelse af at være syg. Sygeliggørelse er umiddelbart problematisk, hvis opfattelsen af at være syg er fejlagtig eller overdreven. Værre er det dog, hvis selve opfattelsen af at være syg direkte skader personen.

Opfattelsen af at være syg kan være skadelig, hvis personer har negative følelsesmæssige reaktioner på deres selvopfattelse. Mange danskere får fx konstateret et moderat forhøjet blodtryk og sættes i behandling med blodtrykssænkende medicin. Selv om et moderat forhøjet blodtryk er en risikofaktor for hjerte-kar problemer, er det ikke i sig selv en sygdom. Men folk kan få opfattelsen af at være syge, fordi de er sat i behandling med medicin. Dette kan medføre, at de i unødvendigt omfang holder sig tilbage fra at gøre ting, som de kunne før, eller på anden måde begrænser deres livsudfoldelse på grund af opfattelsen af at være syg.

Sygeliggørelse kan også være skadelig, hvis selvopfattelsen påvirker personers adfærdsmønstre på måder, der kan have uhensigtsmæssige konsekvenser. Selv om en medicinsk behandling for et moderat blodtryk eller kolesteroltal er på sin plads, kan den medføre en opfattelse hos den behandlede af at medicin er den eneste eller en tilstrækkelig behandling af sygdommen. I så fald kan den farmakologiske behandling medvirke til, at den behandlede ikke ændrer adfærd på måder, der vil være hensigtsmæssige i forhold til at påvirke årsagerne til det forhø-

jede bloktryk eller kolesteroltal. Forebyggende behandling kan således under visse forudsætninger være skadelig på grund af u hensigtsmæssige reaktioner på den medfølgende sygeliggørelse.

## Patientgørelse

Sygeliggørelse kan desuden føre til patientgørelse, En person, der patientgøres, begynder at opfatte sig selv som patient. Mens en del patienter i dag er meget proaktive, kan patientrollen også bestå i et passivt og afventende forhold til sundhedssystemet. Det er den sidste betydning der sigtes til her.

Et muligt eksempel på en indsats, der kan medføre både sygeliggørelse, patientgørelse og bekymringsskabelse, er forebyggende helbredsundersøgelser, der foretages rutinemæssigt i andre lande fx Tyskland, men som ikke generelt er indført i Danmark. Vil det medføre en problematisk risiko for patientgørelse, hvis borgere fx modtager en årlig indkaldelse til et helbredscheck fra deres praktiserende læge? Alene det at blive kontaktet af sin læge, kan tænkes at gøre nogle mennesker bekymrede for, om de er syge, eller ligefrem bibringe dem en opfattelse af at være det. Spørgsmålet er her ikke, hvor sandsynligt eller udbredt denne reaktion faktisk er, men om den vil være en etisk problematisk form for skade?

Hvis alle personer over en vis alder indkaldes, vil mange raske mennesker dermed blive hentet ind i sundhedssystemet. En sådan institutionalisering kan tænkes at føre til patientgørelse i form af at være medvirkende til, at nogle personer vil komme til at betragte det som sundhedssystemets ansvar at opdage risikofaktorer i deres livsførelse og at tage sig af deres helbred. Problemet opstår, hvis nogle vil betragte deres eget ansvar som udtømt, blot de går til sundhedscheck, eller hvis de kun tager stilling til deres helbred eller handler for at sikre deres helbred inden for rammerne af denne institutionalisering. Noget sådant vil være u hensigtsmæssigt ud fra et sundhedsperspektiv i de tilfælde, hvor der er brug for en omlægning af personens daglige kost og motion. Patientgørelse kan dermed resultere i dårligere sundhedsudbytte og dermed være skadelig.

## Stigmatisering

En fjerde mulig skadevirkning er stigmatisering, der her betegner det fænomen, at en forebyggelsesindsats kan medføre ”brændemærkning” af individer som medlemmer af grupper, der af mange bliver set ned på, eller som udsættes for diskrimination. Et eksempel på stigmatisering kan være, hvis kampagner mod overvægt bidrager til stereotype opfattelser af overvægtige personer, eller utilsigtet kommer til at bidrage til at sætte overvægtige i bås som medlem af en bestemt gruppe, der er ”uden for det gode selskab”.

Stigmatisering er noget andet end sygeliggørelse og patientgørelse, men stigmatisering kan på samme måde både være skadelig for de mærkede personer eller grupper og påvirke deres adfærd på u hensigtsmæssige måder. Stigmatisering kan fx både skade personer, der betragtes

som overvægtige, hvis de får det dårligt med sig selv, og hvis andres fordomme medfører, at fx overvægtige ikke får jobs, de ellers er kvalificerede til. Det er vigtigt at bemærke, at stigmatisering involverer andre mekanismer end sygeliggørelse og patientgørelse. Hvor sidstnævnte så at sige er individets egne reaktioner på forebyggelsesindsatser, er stigmatisering andres opfattelse af og opførsel i forhold til et individ som medlem af en gruppe. Sygeliggørelse og patientgørelse kommer så at sige indefra og angår personers egen selvopfattelse, hvorimod stigmatisering i første omgang kommer udefra og består i, at andre betragter og behandler en person, ikke som enkeltindivid, men som medlem af en negativt stereotyperet gruppe. Det udelukker dog ikke, at stigmatisering på sigt kan føre til sygeliggørelse, eller at personer på andre måder kan komme til at internalisere andres stereotype opfattelse af dem.

## Medikalisering

Bekymringskskabelse, sygeliggørelse og patientgørelse er især problemstillinger i forbindelse med forebyggende indsatser, hvor der er fokus på risici for bestemte sygdomme eller funktionsnedsættelser. Lignende problemstillinger kan dog også være forbundet med sundhedsfremmende indsatser, der sigter mod at fremme og forbedre befolkningens sundhed mere generelt. Sundhedsfremmende indsatser kan umiddelbart forekomme at være udelukkende af det gode, fx hvis kampagner kan få folk til at dyrke mere motion og derved bidrage til at forbedre deres mentale og fysiske sundhed. Men selv om sundhedsfremmende indsatser ikke lige som forebyggelse fokuserer på bestemte risici, kan sundhedsfremme være problematisk af en tilsvarende grund, nemlig at flere aspekter af livet hermed gøres til sundhedsproblemer eller udelukkende fremstilles som midler til sundhed. Man kan her tale om medikalisering i en bred forstand, der ikke kun skal forstås som dét, at flere og flere ting behandles medicinsk, men som det mere generelle fænomen at større og større dele af livet forstås ud fra et sundhedsperspektiv og underlægges en sundhedslogik.

Sundhedsfremme indebærer en risiko for, at større og større dele af livet underlægges et sundhedsperspektiv, da der ikke er en indbygget grænse for, hvad der kan være genstand for sundhedsfremme. Sundhedsfremme kan derfor være problematisk, hvis det bidrager til at ophæve sundhed til ideologi i ”den gode sags tjeneste”. Det er et problem, hvis sundhedsperspektivet fortrænger andre måder at se på livet. Hvis motion fx udelukkende ses som en måde at sikre sundhed på, kan dette føre til en forsimplet opfattelse af motion og bevægelse, hvor disse aktiviteter ikke forfølges for deres egen skyld men alene som et nødvendigt onde i en anden sags tjeneste.

Mere omfattende medikalisering bliver undertiden betegnet som sundhedisme eller sundhedsfiksering, det vil sige, at forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fører til en ideologisk eller altdominerende fokusering på sundhed som den eneste eller den primære værdi i livet. Sundhedisme er problematisk for personer, der, selvom de formår at leve op til alle sundhedsbudskaber, alligevel lider under den medfølgende medikalisering. Selv om en person motionerer, spiser ernæringsmæssigt korrekt og ikke drikker for meget alkohol, kan det være problematisk, hvis vedkommende udelukkende gør disse ting på grund af frygt for



dårligt helbred. Problemet er dog størst for folk, der ikke kan leve op til kravene om at leve sundt, og således udsættes for risici for stigmatisering, lavere selvtillid eller direkte selvhad i tilgift til eventuelt ikke at have et optimalt helbred.

Sundhedisme kan også være problematisk i en anden mere overordnet forstand. Hvis sundhed bliver et dominerende tema – individuelt såvel som samfundsmæssigt – kan vi ende i en situation, hvor enhver modstand mod initiativer, der på den ene eller anden måde relaterer sig positivt til sundhed, bliver opfattet som illegitim. Man mister dermed muligheden for en saglig, demokratisk debat om konkrete indsatser.

Der findes også andre former for medikalisering, der dog ikke er lige så nært forbundne med forebyggelse og sundhedsfremme. Et eksempel er tendensen til medicinsk at behandle ting, som tidligere blev anset for en naturlig del af livet, så som skaldethed og overgangsalder. Hvis der blot er tale om kosmetiske behandlinger, er problemstillingen udelukkende, at sådanne behandlinger finder sted hos lægen og ofte er opmuntret af medicinalindustrien. Men behandlinger af fx overgangsalder kan også have et forebyggelsesaspekt. Brug af hormontilskud til kvinder i overgangsalderen kan indebære medikalisering eller sygeliggørelse af midaldrende kvinder.

Det skal afslutningsvist bemærkes, at der findes andre mulige skadevirkninger, end dem som er behandlet her. Et eksempel ud af flere er overbehandling. Overbehandling er dog en form for skadevirkning, der kan identificeres og forstås som skadelig alene ud fra en sundhedsmæssig betragtning. Derfor er overbehandling også et problem ud fra et snævert medicinsk eller sundhedsmæssigt synspunkt. Medikalisering er her udelukkende blevet diskuteret som en mulig skadevirkning, der ikke har med sådanne direkte sundhedsmæssige eller medicinske skadevirkninger at gøre.

## Opsamling

Selv velbegrundede og effektive forbyggende og sundhedsfremmende indsatser kan medføre skadevirkninger, som det er vigtigt at overveje i tillæg til de forventede positive sundhedsmæssige gevinster, der normalt er i fokus, når indsatser overvejes eller iværksættes. Disse skadevirkninger omfatter:

- Bekymringskskabelse: at personer bliver usikre og nervøse
- Sygeliggørelse: at de får en opfattelse af at være syge, som begrænser deres livsudfoldelse
- Patientgørelse: at de får en opfattelse af at være patienter og bliver passive og klientgjorte
- Stigmatisering: at bestemte personer eller grupper mærkes med negative stereotyper
- Medikalisering: at større dele af livet udelukkende forstås som spørgsmål om sundhed og sygdom

En etisk stillingtagen til indsatser på forebyggelsesområdet må som minimum omfatte en analyse af disse skadevirkninger, og hvilke underliggende værdier der er på spil. Dette er emnet for næste kapitel.



## Kapitel 3

# ANALYSE AF MULIGE SKADEVIRKNINGER

### 3. Analyse af mulige skadevirkninger

Spørgsmålet er, hvad der er etisk problematisk ved mulige skadevirkninger af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i form af bekymringsskabelse, sygeliggørelse, patientgørelse, stigmatisering og medikalisering? Dette kræver en analyse af, hvem der skades, og hvorfor der er tale om en etisk problematisk form for skade.

Der er kun grund til at iværksætte en forebyggende indsats, hvis der faktisk er en risiko, og der er tilstrækkelig grund til at tro, at indsatsen kan bidrage til at nedsætte eller fjerne denne risiko. Noget tilsvarende gælder for sundhedsfremmende indsatser, der ikke er rettet mod bestemte sygdomsrisici, men sigter mod at forbedre befolkningens sundhed mere generelt. Her skal der også være tilstrækkelig grund til at tro, at indsatserne faktisk vil have den tilsigtede gavnlige effekt (se kapitel 7). Men derudover skal indsatseres gavnlige effekter også meget gerne veje tungere end eventuelle etisk set problematiske aspekter eller konsekvenser. De nævnte mulige skadevirkninger af indsatser er alle eksempler på måder, hvorpå indsatser kan have negative konsekvenser, der ikke nødvendigvis har med sundhed at gøre, men som ikke desto mindre kan tale imod at iværksætte dem.

Skadevirkninger er dog ikke den eneste slags forhold, der bør tages højde for i en etisk vurdering. Fx kan ulighed i udbyttet af indsatser, eller at indsatser er udtryk for paternalisme, anses for at være problematiske aspekter af indsatser, selv om de ikke decideret skader nogen. Disse og andre slags etiske bekymringer, der ikke omhandler skade, diskuteres i de efterfølgende kapitler. Dette kapitel handler kun om, hvordan de etiske problemstillinger, der omhandler mulige skadevirkninger af indsatser, kan forstås.

#### Forebyggelsesparadokset

Flere af de nævnte skadevirkninger bliver mere betydningsfulde, når de sundhedsmæssige gevinster ved forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser kun er synlige på befolkningsplan, og ikke på individuelt plan. Hvis den gavnlige effekt af indsatser forekommer at være forsvindende lille eller uklar for enkeltindivider, er det vanskeligere at motivere dem til at deltage i indsatser, fx at deltage i vaccinationsprogrammer eller at skære ned på deres forbrug af salt eller fedt, da dette alligevel ikke umiddelbart vil gøre den store forskel for deres personlige helbred. Det er det såkaldte forebyggelsesparadoks, der diskuteres meget i forbindelse med forebyggelse; nemlig at forebyggende indsatser, der har en stor gavnlige effekt på befolkningsplan, ikke nødvendigvis tilbyder enkeltindivider nogen mærkbare sundhedsgevinster.

Forebyggelsesparadokset er først og fremmest et praktisk problem om at motivere folk til at leve sundt og deltage i forebyggelsesindsatser. I den forstand er det i første omgang et effektivitetsproblem. Men forebyggelsesparadokset peger også på en bredere etisk problemstilling, i det tilfælde hvor en forebyggelsesindsats samtidig er forbundet med nogle af de nævnte

mulige skadevirkninger for målgruppen. I så fald kan en lille sandsynlighed for at en person vil få en gavnlig effekt af at deltage i et tiltag, fx at følge kostråd eller gå til sundhedscheck, let opvejes af den skadelige virkning, indsatsen kan have for personen. Af samme grund bliver selv øjensynlig små ulemper som fx bekymringskabelse relevante, således at de bør indtages i en afvejning af fordele og ulemper ved indsatser. Selv hvis en sundhedsrisiko er alvorlig, fx risikoen for en dødelig kræftsygdom, er små gener ved forebyggelsesprogrammer, fx bekymring i forbindelse med mammografi-screening, ikke ligegyldige i denne sammenhæng. Hvis sandsynligheden for at deltagelse forbedrer personens sundhed er lille i forhold til den forværring af vedkommendes liv, som bekymring faktisk afstedkommer, kan bekymringskabelse i princippet veje tungere end en meget lille chance for en sundhedsgevinst.

## Hvem skades og hvem gavnes?

I nogle tilfælde skal det forventede sundhedsmæssige udbytte og de mulige skadevirkninger af en indsats ikke alene afvejes over for hinanden, da skaden og det sundhedsmæssige udbytte tilfalder forskellige personer. En særlig vigtig variant af denne slags konflikter angår tilfælde, hvor hensyn til befolkningen som helhed står overfor, hvad der er i en konkret enkeltpersons eller en gruppes interesse. Et eksempel er vaccinationsprogrammer, hvor det er i hele befolkningens interesse, at alle vaccineres, men hvor det kan være i mindre grupper eller enkeltindviders interesse ikke at lade sig vaccinere, fx hvis de nyder godt af flok-immuniteten i befolkningen som helhed og derfor selv kan undgå risici i forbindelse med vaccinationen.

Det problematiske i konflikter, hvor de der skades, og de der gavnes, ikke er de samme, kan både angå motivationen for enkeltpersoner til at deltage, og det etiske spørgsmål om hvordan man skal afveje positive og negative konsekvenser, når disse ikke angår de samme personer. Er det etisk forsvarligt at iværksætte forebyggende indsatser, der gavner nogle, men hvor andre skades? Nogen vil hævde, at det netop er et eksempel på, at nogle mennesker behandles som midler til at hjælpe andre? Mens andre vil bemærke, at selv hvis forebyggende indsatser i nogle tilfælde skader nogle som en del af det at gavne andre, og i den forstand behandles førstnævnte som mål til at hjælpe sidstnævnte, så er det ikke nødvendigvis etisk problematisk, fx hvis de involverede personer har givet tilsagn om at deltage i indsatsen på baggrund af grundig information om mulige skadevirkninger.

I samfund hvor mange forskellige mennesker skal leve sammen, er generelle love, regler og politikker nødvendige og i alles interesse, selv om en konkret regel eller en konkret indsats fra de offentlige myndigheders side aldrig påvirker alle ens, eller er lige meget i alles interesse. Dette gælder fx for færdselsregler og skattepolitik. Selv om nogle færdselsregler måske kan være uhensigtsmæssige og nogle former for beskatning uretfærdig, så mener de fleste, at sådanne politikker godt kan påvirke folk forskelligt uden derved at være etisk problematiske. Det samme kan siges med hensyn til forebyggelse og sundhedsfremme. Dette betyder ikke, at det altid er tilladeligt at skade nogle i forbindelse med indsatser for at gavne andre. Men det betyder, at det ikke automatisk bør føre til en forkastelse af en indsats. Om en sådan

indsats er etisk problematisk afhænger desuden af, hvor stor hhv. skaden og gavnen er, og af om der er mulige gavnlige alternativer, der er mindre skadelige.

## Etisk værdi, sundhed og skadevirkninger

De hidtil nævnte problemstillinger består i konflikter mellem hensynet til den positive værdi af det forventede sundhedsudbytte og den negative værdi af mulige skadevirkninger.

Spørgsmålet er, hvad det er for etiske hensyn, der er på spil i disse situationer, og som skal afvejes mod hinanden? Hvad er det gode ved at undgå sygdom eller at få et bedre helbred, og hvad er det dårlige ved bekymring, sygeliggørelse og stigmatisering? Disse spørgsmål er relevante for at man kan tage kvalificeret etisk stilling til, hvordan man kan og bør afveje positive og negative effekter af indsatser og dermed beslutte, om man skal iværksætte indsatser, og hvordan man skal udforme dem.

De nævnte etiske problemstillinger består i at indsatser, der forventes at have positive sundhedsmæssige effekter, samtidig kan have negative konsekvenser i andre henseender. Stigmatisering og medikalisering er eksempler på, at der er forskellige typer hensyn på spil. I så fald forudsætter afvejningen af positive og negative konsekvenser, at man kan vurdere og sammenligne værdien af de forventede gavnlige effekter for sundhed over for den negative værdi af mulig skadevirkninger, fx bekymringsskabelse eller sygeliggørelse. Sundhed angår umiddelbart andre ting end folks selvopfattelse eller syn på livet, som er det sygeliggørelse og medikalisering handler om, eller hvordan folk bliver behandlet af andre, som er det stigmatisering handler om. Alligevel er de gavnlige og skadelige effekter ikke nødvendigvis usammenlignelige, hvis det er de samme mere generelle, etiske værdier, der ligger til grund, og både kan forklare, hvad der er det gode ved sundhed, og hvad der er det dårlige ved fx bekymring.

Mange fagpersoner på forebyggelsesområdet er dog forbeholdne over for at skulle sige ret meget om, hvorfor sundhed er værdifuldt. Grunden til denne tilbageholdenhed er blandt andet, at nogle måder at forklare værdien af sundhed på kan være udtryk for bestemte opfattelser af, hvad der mere generelt er godt i livet, og hvordan folk bør leve deres liv. Sådanne spørgsmål om det gode liv er der stor uenighed om, så et bestemt svar på dem vil næsten altid være kontroversielt. Desuden mener nogle, især folk af mere liberal politisk observans, at staten og det offentlige generelt ikke bør blande sig i, hvordan borgerne lever deres liv, med mindre de fx skader andre eller ligger andre unødigt til last (se kapitel 5). Et mindre vidtgående synspunkt er, at det i hvert fald ikke er sundhedsmyndighedernes opgave at fortælle folk, hvordan de bør leve, når dette ikke har noget direkte med sundhed og sygdom at gøre. Ud fra begge synspunkter vil det være problematisk, hvis forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser er baseret på en bestemt og mere generel opfattelse af det gode liv. Når man analyserer værdien af sundhed og det dårlige ved skadevirkninger ud fra mere generelle etiske værdier, kan det derfor være relevant at overveje, om de er udtryk for en bestemt opfattelse af det gode liv, og om det i så fald gør det problematisk at basere indsatser på dem?

## Værdien af muligheden for at leve sit liv som man vil

Der er forskellige bud på en generel etisk værdi, som både positive og negative konsekvenser af forebyggende indsatser kan forstås ud fra. Sundhed kan fx forstås som værdifuld, fordi sundhed er en forudsætning for eller bidrager til, at folk kan leve i overensstemmelse med deres egen opfattelse af, hvad det gode liv består i. Den generelle etiske værdi er så simpelt hen det at have mulighed for at leve sit liv, som man selv vil. Hvis dette er grunden til, at sundhed er værdifuldt forudsættes ikke nogen bestemt opfattelse af det gode liv. Sundhed er tværtimod værdifuld som en generel forudsætning for at forfølge eller opfylde alle, eller i hvert fald mange, forskellige opfattelser af det gode liv. Sundhed forstås her i en forholdsvist snæver forstand som fravær af sygdom og funktionsnedsættelse.

Der er dog mange i forebyggelses- og sundhedsfremmemiljøer, der går ud fra en bredere sundhedsforståelse, fx WHO's definition ifølge hvilken sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social trivsel og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse. Her er sundhed ikke bare fravær af sygdom og funktionsnedsættelse, men en mere positivt karakteriseret tilstand, der også har noget med kvaliteten af det levede liv at gøre. På nogle punkter stemmer det bredere sundhedsbegreb bedre overens med en række af de aktiviteter, der helt ukontroversielt varetages af sundhedsvæsenet, fx behandlinger af lidelser, der ikke direkte nedsætter folks funktionsduelighed, eller indgreb i forhold til tilstande som ikke er deciderede sygdomme fx barnløshed eller uønsket graviditet.

Hvis indsatser baseres på det bredere sundhedsbegreb, genopstår den nævnte bekymring om, at det er at trække en kontroversiel opfattelse af det gode liv ned over hovedet på folk. WHO's sundhedsbegreb synes måske umiddelbart i form af begrebet om ”fuldstændig trivsel” at ville sige noget om, hvad det gode liv er. Ud fra en nærmere betragtning er det dog svært at se, at det siger noget særligt kontroversielt herom, som det kunne være etisk problematisk at basere politikker på. Både den snævre og den brede forstand af sundhed kan således opfattes som værdifuld, fordi sundhed i begge betydninger bidrager til folks mulighed for at leve i overensstemmelse med deres egen opfattelse af det gode liv.

Men hvorfor er det godt, at folk kan leve som de ønsker? Nogle vil hævde, at dette er godt i sig selv – en grundlæggende værdi – som ikke behøver yderligere forklaring. Andre vil hævde, at det at have en normal række af muligheder for at leve et godt liv ikke i sig selv det vigtige; det etisk værdifulde er derimod den livskvalitet, man får ud af at have sådanne muligheder. Ud fra sådan en opfattelse vil sundhed have værdi som et middel til livskvalitet. At se sundhed som værdifuldt som middel til livskvalitet ligger samtidig i tråd med WHO's bredere sundhedsbegreb.

## Livskvalitet

Hvis de mulige skadevirkninger af forebyggelsesindsatser (bekymringsskabelse, sygeliggørelse, medikalisering etc.) forstås i lyset af, at livskvalitet opfattes som en underliggende værdi, betyder skade, at en person får dårligere eller lavere livskvalitet. Det næste spørgsmål er så,

hvad man bør forstå ved livskvalitet? Livskvalitet betegner, hvor godt en person har det, eller hvor godt vedkommendes liv er. Et andet ord for dette er velfærd, men mange forstår dette som en henvisning til de goder, som velfærdsstaten leverer, hvilket ikke er den rette betydning her. Fokus er på det mere grundlæggende spørgsmål om, hvordan værdien af goder og skader skal forstås. Det gør fx en forskel for, hvad der tæller som skade, om livskvalitet forstås subjektivt eller objektivt.

En subjektiv forståelse af livskvalitet lægger vægt på, hvordan personer oplever at have det; det er altså personers egne oplevelser af at have det godt eller dårligt, der er i fokus. En objektiv forståelse af livskvalitet fokuserer derimod på træk ved personers situation eller tilstand, der ikke nødvendigvis har med deres oplevelser at gøre. Inden for hver overordnet kategori findes en række mere specifikke forståelser af livskvalitet. Her skal blot nævnes et eksempel fra hver kategori. Et eksempel på en subjektiv forståelse er, at livskvalitet består i følelsen af velbehag eller nydelse og i fraværet af ubehag eller smerte.

Et eksempel på en objektiv forståelse er, at livskvalitet består i en række værdier, som hævdes at give alle mennesker et godt liv, uanset hvordan de i øvrigt oplever disse værdier i deres liv. Det kan fx være værdier som autonomi (at leve som man gerne vil), viden, venskab og kreativ udfoldelse. Desuden kan sundhed stå på en sådan liste over objektive livskvalitetskomponenter. I så fald er sundhed ikke kun noget, der kan føre til livskvalitet; livskvalitet vil derimod blandt andet bestå i at være sund.

Disse forskelle i opfattelser af, hvad livskvalitet er, kan være relevante i forbindelse med problemstillinger om sygeliggørelse, patientgørelse, bekymringsskabelse og stigmatisering. En oplevelse af at være syg, klientgjort, bekymret eller stigmatiseret kan være ubehagelig, og dermed medføre lavere livskvalitet forstået som subjektiv oplevelse. Men hvis målestokken for livskvalitet i stedet er objektiv og fx omfatter en objektiv sundhedstilstand, er de nævnte skadevirkninger ikke nødvendigvis problematiske i relation til livskvalitet, da de ikke umiddelbart medfører en objektivt set dårligere sundhedstilstand.

## Opsamling

Dette kapitel har præsenteret forskellige måder, hvorpå man kan analysere skadevirkninger i form af bekymringsskabelse, sygeliggørelse, patientgørelse, stigmatisering og medikalisering. Ofte rammer skadevirkninger ikke de samme mennesker, som gavnnes af forebyggende og sundhedsfremmede indsatser. Skadevirkningerne kan involvere to former for underliggende værdier, der både kan forklare det gode ved sundhed og det dårlige ved skader. Enten at folk har mulighed for at forfølge deres egen opfattelse af det gode liv, eller at de har livskvalitet. Overordnet findes der to opfattelser af livskvalitet; hhv. subjektiv livskvalitet der har med folks oplevelser at gøre, og objektiv livskvalitet, der har at gøre med at leve op til en række kriterier for, hvad der gør livet godt. Opfattelsen af livskvalitet kan spille en rolle for, hvor problematiske de nævnte skadevirkninger er.



Kapitel 4  
ULIGHED



## 4. Ulighed

En anden etisk problemstilling omkring forebyggelse og sundhedsfremme omhandler ulighed. Om der er ulighed i forbindelse med en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats er et andet spørgsmål, end om indsatsen kan være skadelig. Selv hvis indsatsen udelukkende har positive konsekvenser, kan den alligevel være etisk problematisk, hvis den involverer eller medfører ulighed.

Inden for forebyggelse taler man sjældent om ulighed uden at tale om *social* ulighed. Det er formentlig udtryk for, at social ulighed betragtes som særlig etisk problematisk. Diskussionen af social ulighed tages derfor især op i forbindelse med analysen af, hvorfor ulighed kan være etisk problematisk. Inden da identificerer kapitlet forskellige former for ulighed på et mere generelt niveau, da der er vigtige forskelle knyttet til, i hvilken henseende man taler om ulighed.

Der er forskellige ulighedsproblematikker. Der kan være tale om *ulige sundhedsudbytte* af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser, således at nogle grupper får mere ud af indsatserne i forhold til at få forbedret deres sundhed, end andre gør. Et eksempel kan være, at forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser ofte afhænger af, at medlemmer af målgruppen aktivt modtager et tilbud, fx om screening, eller selv handler i overensstemmelse med råd og kampagner, fx om at motionere mere eller spise mindre fed mad. Eftersom personer fra forskellige socialgrupper ofte reagerer forskelligt på en indsats, kan der være en social ulighed i det sundhedsmæssige udbytte af indsatsen.

En anden beslægtet problemstilling vedrører *ulige fordeling af skadevirkninger* af indsatser, eller ulige fordeling af skadevirkninger i forhold til hvilket sundhedsmæssigt udbytte forskellige grupper har af en indsats. Det er fx ofte en del af problemet med stigmatisering, at indsatser kan bidrage til at stemple bestemte grupper. I så fald er der allerede ét etisk problem ved sådanne indsatser, nemlig at de er forbundet med mulige skadevirkninger. Men dette problem forværres så af, at skadevirkningerne ikke er lige store for alle. Eksempelvis kan en kampagne til forebyggelse af overvægt være gavnlig for alle, men virke stigmatiserende for dem, der allerede er overvægtige. Eller måske gavner kampagnen kun dem, der ikke allerede er overvægtige, samtidig med at den virker stigmatiserende på de overvægtige.

Endelig er der et bredere spørgsmål om *ulighed i sundhed* i samfundet generelt. I denne henseende er spørgsmålet ikke, om der er ulighed i udbyttet eller skadevirkninger af bestemte indsatser isoleret set, men hvordan indsatser påvirker den samlede ulighed i sundhed. Hvis højere socialgrupper fx ikke alene har et bedre udbytte af rygestopkurser, men desuden i forvejen har et bedre helbred end lavere socialgrupper, så øger rygestopkurser faktisk den sociale ulighed i sundhed i samfundet. Princippet om lige adgang for alle til sundhedsydelse er et udtryk for, at lighed i sundhed generelt er en målsætning i Danmark.

Lighed i udbytte angår kun den enkelte intervention, og består i en sammenligning af, hvad forskellige personer i den specifikke målgruppe får ud af indsatsen. Lighed i sundhed mere generelt handler derimod ikke om bestemte indsatser men om den samlede fordeling af sundhed i hele befolkningen. Der er derfor forskel på at have lighed i udbytte og lighed i sundhed som målsætning. Forskellen kommer fx til udtryk ved, at ulige udbytte af indsatser kan være en god ting ud fra en målsætning om lighed i sundhed mere generelt, hvis de sundhedsmæssige gevinster især tilfalder grupper, der forinden er dårligere stillet. Såkaldte højrisikostراتيجier for forebyggelse, det vil sige indsatser rettet mod bestemte målgrupper afgrænset ud fra, at deres medlemmer er udsat for særlige risici, er således målrettede forsøg på at mindske den samlede ulighed i risikoudsathed. Masseinterventioner rettet mod hele befolkningen er derimod forsøg på at hæve alles sundhedsniveau frem for at fjerne generel ulighed. Forskellige lighedsmålsætninger gør altså en forskel for, hvilke typer indsatser, der vil være formålstjenstlige.

## Ulighed som uretfærdighed

Er ulige udbytte eller ulighed i sundhed etiske problemer? Der kan være forskellige grunde til at anse lige udbytte som en værdi. Der kan være et rent effektivitetsmæssigt hensyn, ifølge hvilket ulighed i udbytte af indsatser kan være udtryk for, at indsatsen ikke er så effektiv, som den kunne være. Hvis nogle får mindre ud af en indsats end andre, betyder dette jo alt andet lige, at indsatsen kunne være mere effektiv, end den er. Lighed i sundhed kan også ses som et udtryk for en slags kontrakt mellem samfundet og borgerne, hvor samfundet beskytter folks sundhed til gengæld for at borgerne selv er til rådighed for samfundet og ikke lægger sundhedssystemet unødigt til last (se kapitel 6). Mange opfatter dog især lighed, både i udbytte og i sundhed, som et spørgsmål om retfærdighed. Spørgsmålet er derfor, om samfundet er uretfærdigt, hvis der er ulige udbytte af enkeltinterventioner, eller hvis der er ulighed i sundhed generelt?

Hvis retfærdighed kræver, at staten ikke bare søger at mindske risici generelt, men også bør fjerne uligheder i risici, kan det være retfærdigt at bruge flere ressourcer på risikogrupper. Højrisikostراتيجier er netop forsøg på at mindske uligheder i risici, og ulighed i udbytte er således en del af deres formål. De er altså forsøg på at forfølge en målsætning om lighed i sundhed frem for lighed i udbytte. Man kan dog samtidig mene, at det er uretfærdigt, hvis der er ulige udbytte af en indsats inden for den relevante målgruppe, fx med henvisning til at alle i gruppen har samme ret til at blive hjulpet. Lighed i sundhed og lighed i udbytte udelukker altså ikke nødvendigvis hinanden som målsætninger, og begge kan være spørgsmål om retfærdighed i bestemte sammenhænge.

Det er dog ikke sikkert, at retfærdighed altid kræver lige udbytte eller lige sundhed for alle. Måske er det kun nogle former for ulighed, der er uretfærdige afhængigt af, hvad årsagen til ulighed er. Ifølge en udbredt opfattelse af retfærdighed er uligheder kun uretfærdige, hvis de skyldes faktorer, som det ikke er rimeligt at holde folk selv ansvarlige for. Det kan man også mene i forhold til ulighed i sundhed. Synspunktet kan være, at hvis personer har forskellig

sundhedstilstand på grund af deres valg, fx at nogen på et velinformeret og reflekteret grundlag foretrækker at se fjernsyn og spise chips frem for at løbe ture og spise grøntsager, så er uligheden ikke nødvendigvis uretfærdig (se kapitel 6).

Selv hvis det accepteres mere generelt, at nogle former for ulighed ikke er uretfærdige, fordi personer kan holdes ansvarlige for dem, er spørgsmålet dog, om det faktisk er rimeligt at holde folk ansvarlige for forskelle i sundhed eller i udbytte af forebyggelsesindsatser? Her bliver den epidemiologiske forskning i sociale årsager til ulighed i sundhed relevant. Denne forskning viser, at der er en social gradient (sammenhæng) i sundhed i den forstand, at sundhed fx systematisk hænger sammen med socioøkonomisk status. Det indebærer, at folks sundhedstilstand i høj grad er betinget af og sammenhængende med deres sociale status.

Den sociale gradient i sundhed findes også mere generelt inden for grupper. Ulighed i sundhed hænger derfor i meget høj grad sammen med sociale forskelle. Dette er en empirisk konstatering, der ikke i sig selv siger noget om, hvorvidt social ulighed er uretfærdig eller ej. Eksistensen af den sociale gradient bliver dog relevant for spørgsmålet om uretfærdighed, så snart det hævdes, at folk ikke kan holdes ansvarlige for deres sociale status. Hvis det ikke er rimeligt at holde folk ansvarlige for deres sociale status, og der er en sammenhæng mellem social status og sundhedstilstand, så er social ulighed i sundhed uretfærdig.

Dette gælder ikke kun for social ulighed i sundhed generelt men også for social ulighed i udbytte af indsatser. Forskelle mellem personer fra forskellige grupper i deres reaktion på indsatser, der kræver aktiv deltagelse eller adfærdsendringer, og dermed forskelle i deres sundhedsmæssige udbytte, afhænger ofte af, hvor mange ressourcer i form af økonomisk, social og kulturel kapital de i forvejen har. Forskelle i ressourcer og personers dispositioner til at handle er ofte udtryk for, hvilken samfundsgruppe de er født ind i. Derfor afspejler ulighed i udbytte og ulighed i sundhed bredere sociale uligheder. Da det samtidig er en form for "lotteri", hvilken socialgruppe personer fødes ind i (se kapitel 6), vil mange på den baggrund hævde, at det er uretfærdigt, at sociale forskelle afspejler sig i folks sundhed og udbytte af forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser.

Men selv hvis ulighed i udbyttet af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser i princippet er uretfærdig, er dette dog ikke nødvendigvis altid tilfældet. For det første er ulighed aldrig det eneste hensyn. Der kan derfor være andre grunde til at acceptere indsatser, der har ulige udbytte eller fører til ulighed i sundhed. For det andet kan det være, at uligheden blot er et overgangsfænomen, der udlignes over tid. Et eksempel på dette er ændrede normer med hensyn til rygning, som først er slået igennem i de højere socialgrupper, der har været hurtigst til at reagere på rygestopkampagner. Noget tilsvarende gælder for solbadning og brug af solarium. Hvis ændringerne i de højere socialgruppers ryge- og solvaner efterfølgende bliver overtaget af de lavere socialgrupper, kan den umiddelbare ulighed forekomme mindre problematisk.

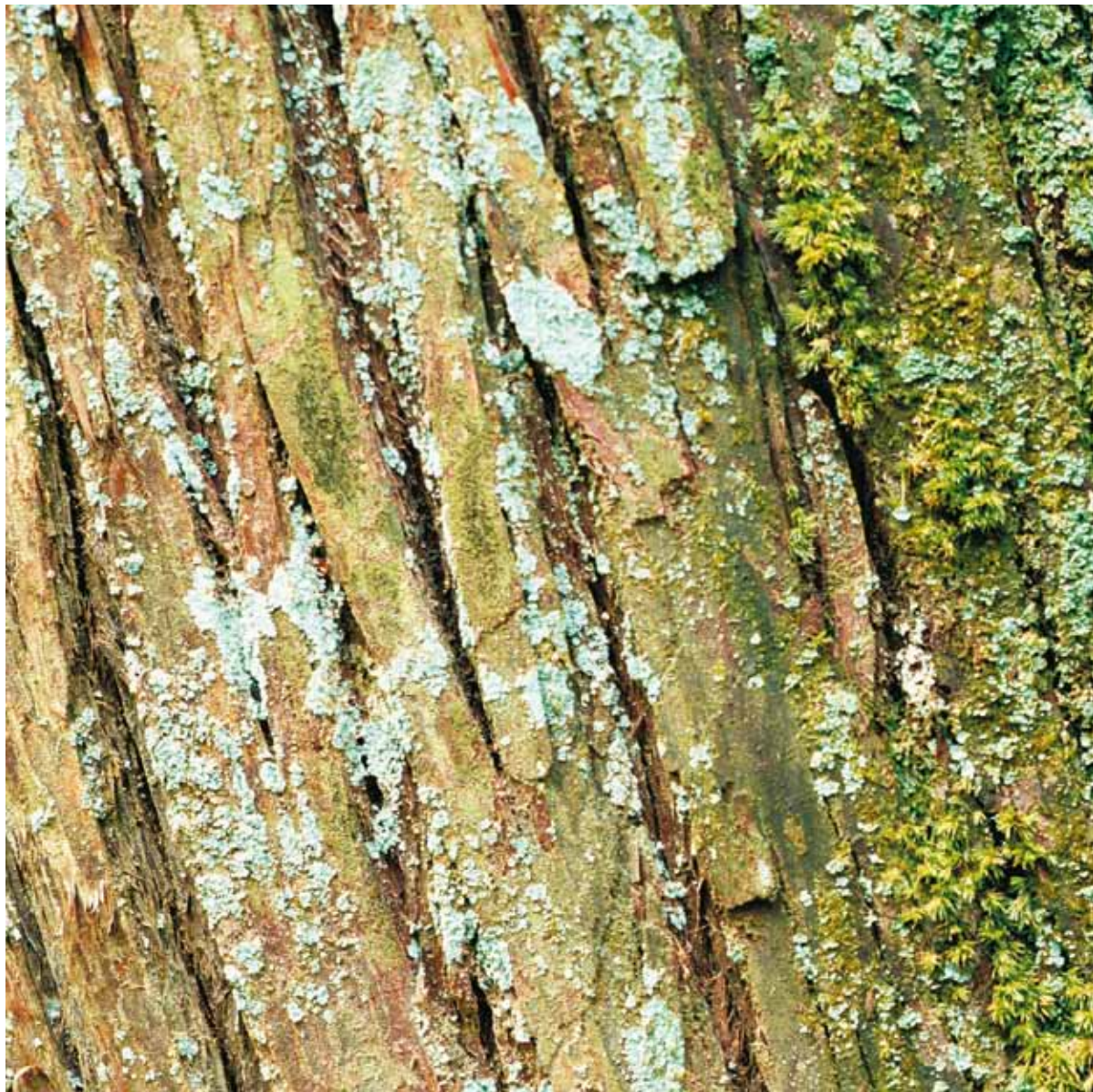
## Opsamling

Dette kapitel har skelnet mellem forskellige former for ulighed:

- ulighed med hensyn til udbyttet af forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser,
- ulighed med hensyn til fordelingen af skadevirkninger af indsatser, og
- ulighed i den samlede fordeling af sundhed i samfundet.

Derpå er det blevet analyseret, hvorfor ulighed kan anses som etisk problematisk med særlig fokus på lighed som en retfærdighedsværdi. Det er også blevet fremhævet, at eksistensen af en social gradient i sundhed kan være grund til at betragte social ulighed i sundhed som uretfærdig. Og endelig; at ulighed under bestemte omstændigheder ikke nødvendigvis er uretfærdig fx hvis den er udtryk for et ansvarspådragende valg, eller hvis ulighed blot er et overgangsfænomen.





## Kapitel 5

# PATERNALISME OG AUTONOMI

## 5. Paternalisme og autonomi

Foruden skade på individers livskvalitet og hensyn til lighed findes en række andre etiske bekymringer. I dette kapitel drejer det sig om personers friheder og rettigheder – noget som for mange er helt centralt i forbindelse med spørgsmålet om, hvilken rolle det offentlige bør spille i forebyggelse og sundhedsfremme.

Et tænkt eksempel: Hvis en kommune indfører et system hvor dens ansatte får en bøde i form af at blive trukket i løn, hvis de ryger, kan man sige, at kommunen udfører en paternalistisk handling. Eller hvis en virksomhed pålægger sine ansatte at motionere ”for deres egen skyld” kan det også være en paternalistisk handling. Med begrebet ”paternalisme” forstås handlinger der foretages mod en persons vilje, eller uden personens accept, men for hvad der antages at være til personens eget bedste. Det er således ikke paternalisme blot at tvinge en person til noget: der skal være en form for tilgrundliggende ide om, at det personen tvinges til, rent faktisk er godt for personen.

Paternalisme har for nogle en stærkt negativ klang. Forestillingen om den store, indgribende og dikterende stat, der indskrænker voksne og kompetente individers frihed ”for deres egen skyld” kan forekomme totalitær og undertrykkende. På den anden side accepterer befolkningen i vidt omfang såkaldt paternalistisk lovgivning som fx påbud om sikkerhedsseler og forbud mod narkotiske stoffer osv. En sådan lovgivning kan gives forskellige begrundelser. Heraf følger det imidlertid ikke, at paternalisme altid er i orden. En meget væsentlig diskussion inden for alle offentlige områder og ikke mindst inden for forebyggelse og sundhedsfremme er derfor, hvornår paternalisme er etisk forsvarligt, og hvornår det ikke er?

I den medicinske etik har diskussioner om paternalisme været meget udbredte. Her er der i vid udstrækning enighed om, at paternalisme er uacceptabelt – i hvert fald for så vidt angår læge-patient forholdet. En behandling kan kun igangsættes med patientens samtykke; det vil sige med patientens accept og dermed uden tvang. Mens paternalisme i behandling har været meget diskuteret og generelt anses for meget problematisk, har paternalisme i forebyggelse været langt mindre diskuteret. Dette skyldes muligvis, at tvang i behandling retter sig meget konkret mod enkeltpersoner, mens magtanvendelse i forebyggelse oftere antager en mere bred og måske også mindre konkret karakter.

En forebyggende eller sundhedsfremmende indsats er paternalistisk, hvis den begrænser personers handlemuligheder med det formål at gavne dem, og hvor dette sker mod deres vilje eller uden deres (eksplicite/implicitte) accept. Dette rejser spørgsmålet, om det overhovedet er problematisk at tvinge personer til noget, hvis der er gode grunde til at antage, at det er til deres eget bedste? Her er ideen om autonomi ofte i centrum. Personer har ret til at blive behandlet og set som kompetente, rationelle væsener, der er herrer over deres eget liv. At det offentlige blander sig på en paternalistisk måde, er, ifølge tankegangen, at behandle borgerne som børn, der ikke selv har ret eller kompetence til bestemme.

## Autonomi

Autonomi angår først og fremmest individers selvbestemmelsesret – deres status som suveræne individer. Begrebet autonomi optræder i mange forskellige betydninger, og det er ikke altid klart, hvad der menes med autonomi. I forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme giver det imidlertid god mening at sige, at der er en kerne af betydning, som alle former for brug af begrebet i denne sammenhæng må dele. Denne kerne relaterer sig til ”frihed”, nemlig friheden til selv at bestemme. En autonom person er en person, der har ret og kompetence til selv at tage beslutninger vedrørende sit eget liv.

Stort set alle former for forebyggelse og sundhedsfremme involverer, eller kan involvere, problemstillinger vedrørende autonomi. Her er to eksempler: (i) Gravide tilbydes, eller kan bede om, at fosteret skal screenes for forskellige sygdomme, fx Downs syndrom. Selvom staten ikke tvinger gravide til at blive screenet, kan en bekymring være, at selve tilbuddet skaber så meget socialt pres på gravide, at der ikke er tale om et reelt valg. Hvis det er tilfældet, kan man diskutere, om den enkelte gravides autonomi er blevet indskrænket. (ii) Jod tilsættes rutinemæssigt til salt for at forebygge sygdommen struma, der opstår som følge af jodmangel. Denne tilsætning er et indgreb i personers autonomi i den forstand, at forbrugeren ikke umiddelbart kan vælge husholdningssalt (eller fx brød der indeholder salt) uden jod.

Hvilken rolle spiller autonomi da i forbindelse med den etiske legitimitet af forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser? Det afhænger i høj grad af, hvordan man mere specifikt forstår det meget brede og komplekse begreb om autonomi. Her er nævnt nogle af de vigtigste stridspunkter i forbindelse med forståelsen af begrebet. Målet er at give et hurtigt overblik, inden de enkelte emner bagefter foldes mere ud.

- Hvad er begrundelsen for at værdsætte autonomi? Er respekt for autonomi et middel til at fremme noget andet fx livskvalitet? Eller er det i sig selv godt eller moralsk påkrævet at respektere autonomi?
- Hvad indebærer det, at en person har en ret baseret på autonomi? Betyder det, at denne ret ikke kan tilsidesættes? Aldrig nogensinde? Eller betyder det snarere, at der er et særligt hensyn til en persons frie valg, som dog under særlige omstændigheder kan overtrumfes af andre hensyn, fx personens fremtidige livskvalitet eller helbred, eller hensyn til andre personers livskvalitet eller helbred?
- Hvad betyder det mere præcist at begrænse eller påvirke personers frihed? Og hvad kan forstås som tvang? Vil det fx være etisk problematisk, at det offentlige støtter motionsrum på arbejdspladser, hvis det medfører, at motion ikke længere bare er et tilvalg, men bliver den forventede norm?



## Begrundelsen for at værdsætte autonomi

Overordnet er der to måder at anskue autonomi som værende værdifuldt på. En er, at autonomi generelt fremmer livskvalitet. Ofte vil det at have frihed til selvbestemmelse bidrage til livskvalitet. Selv at tage beslutninger vedrørende sit eget liv er oftest det bedste set fra et livskvalitetssynspunkt – blandt andet fordi vi som individer har særlig adgang til, hvad der gør os tilfredse eller lykkelige. Tvang undergraver derfor ofte livskvalitet. En anden begrundelse for, at autonomi er værdifuldt går på, at det principielt er forkert at tvinge folk, hvad enten det er direkte eller indirekte. Personers selvbestemmelsesret skal derfor respekteres, uanset om det bidrager til deres livskvalitet eller ej.

Disse to måder at anskue autonomi på kan føre til væsentligt forskellige svar på spørgsmålet, om en given indsats på sundhedsområdet er moralsk legitimt. Hvis man går ud fra den livskvalitetsbaserede begrundelse for autonomi, kan man fx mene, at det ikke er et urimeligt overgreb på personers autonomi at indføre begrænsede rygeforbud. For det første kan man argumentere for, at det (samlet set og på lang sigt) fører til mere livskvalitet, hvis en person holder op med at ryge. Derudover kan man fremhæve, at et begrænset forbud mod rygning stadig giver den borger, der ønsker at ryge, mulighed for det – blot ikke overalt.

Omvendt vil holdningen være mere restriktiv hos den, der mener, at autonomi skal respekteres uanset eventuelle bidrag til livskvalitet. Et begrænset forbud mod rygning, der ikke kan begrundes i hensynet til andres autonomi, vil nemlig altid tage sig problematisk ud ifølge denne forståelse af autonomi. Staten vælger på vegne af borgerne, og begår i den forstand et overgreb på deres autonomi. Ifølge denne opfattelse af autonomi vil forbud mod rygning på enkeltmandskontorer fx opfattes som stærkt paternalistisk og problematisk.

## Autonomi og rettigheder

Den mest oplagte måde at udtrykke hensynet til autonomi på i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme er at sige, at borgere har visse rettigheder i forhold til staten eller det offentlige i bred forstand. Det skal med det samme præciseres, at der her tales om moralske og ikke juridiske rettigheder. Tanken er, at borgerne – begrundet i et hensyn til autonomi – har visse frihedsrettigheder mod staten, som sikrer et eller andet omfang af selvbestemmelse. Denne ret til selvbestemmelse sikrer borgerne mod det offentliges illegitime indsatser i deres liv. Men hvad ligger der mere præcist i en sådan ret til selvbestemmelse?

Man kan tale om to yderpunkter i opfattelsen af, hvad der ligger i begrebet ”ret” eller ”rettighed”. I forbindelse med Forebyggelseskommissionens arbejde i 2009 har der været en debat, der udmærket eksemplificerer de to nævnte opfattelser af rettigheder. På den ene side har der været stemmer, der opfatter autonomi og den deraf afledte personlige ret til selvbestemmelse som absolut og ukrænkelig. I en kronik skriver en række medlemmer af en liberal tænketank således om Forebyggelseskommissionens udspil, at det ”...vigtigste princip er beskyttelsen af det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse”, og at det ”...er en helt central demokratisk værdi, at voksne og myndige mennesker skal have lov til at bestemme over

deres eget liv og træffe deres egne valg...” (kronik af Martin Ågerup m.fl. i Berlingske Tidende d. 20/4 2009). Kronikørerne angriber generelt den ide, at staten på en moralsk forsvarelig måde kan træffe valg på vegne af borgeren, også selvom der måske samlet set, er en helbredsmæssig gevinst ved at staten gør det. Dette kan fortolkes som, at de mener, at individer har en absolut og ukrænkelig ret til selvbestemmelse, som ikke må krænkes uanset hvad. Ud fra sådan en opfattelse kan man fx ikke argumentere for, at det på lang sigt sikrer personers ret til et rimeligt helbred, at man på kort sigt indskrænker deres muligheder for at købe usunde fødevarer eller at ryge.

En anden opfattelse af retten til selvbestemmelse og værdien af autonomi kan læses ud af en kommentar til ovenstående kronik af en professor med viden om forebyggelse. Her argumenteres der for, at (svære) sygdomme er stærkt frihedsberøvende: ”Sandheden er jo den, at når vi danskere bliver spurgt om, hvad vi frygter mest vil kunne hindre os i at leve det gode liv, så er det at blive syg og dø, mens livet endnu er værd at leve. Sundhed og frihed står ikke i modsætning til hinanden, fordi et godt helbred er frihedens måske vigtigste forudsætning” (debatindlæg af Finn Diderichsen på [www.detnationaleforebyggelsesraad.dk](http://www.detnationaleforebyggelsesraad.dk)). Dette kan tolkes som udtryk for en anden opfattelse af autonomi og en dertil hørende anden opfattelse af, hvilke rettigheder, der kan udledes af autonomi. Når man fx hævder, at personer har en ret til selvbestemmelse, siger man, at det er beklageligt, hvis en sådan rettighed bliver tilsidesat. Men samtidig siger man, at retten til selvbestemmelse nu kan tilsidesættes, hvis det fremmer selvbestemmelse (fx via sundhed) på lang sigt at gøre det.

## Direkte og indirekte overgreb på autonomi

For øjeblikket synes der at være en stigende interesse hos private og offentlige arbejdsgivere for at tilbyde forskellige sundhedsfremmende ordninger fx motionsrum, løbeklubber på arbejdspladsen, ordninger for sund mad, rygestopkurser samt tilbud om afspænding og massage. For en umiddelbar betragtning kan dette ikke siges at være problematisk ud fra et hensyn til autonomi. Snarere kan man, for så vidt der er tale om genuine tilbud (som man derfor også kan takke nej til), hævde, at autonomi får bedre vilkår, da individet får relevant information og flere muligheder at vælge imellem, og dermed bedre kan udfolde sin selvbestemmelsesret. Mere generelt er offentlige myndigheders indsatser på forebyggelsesområdet ofte baseret på ideen om det informerede valg; ved at oplyse og informere om sundhedsrisici og relevante forholdsregler fremmes borgernes forudsætninger for selvbestemmelse og dermed deres autonomi.

Den mest umiddelbare måde man kan angribe personers autonomi på er naturligvis tvang eller trusler om tvang. Hvis staten går over til at sætte rygere i fængsel eller at beskatte overvægt er det åbenlyst, at den forgriber sig på borgernes autonomi. Imidlertid er sådanne former for tvang ikke den eneste potentielt bekymringsvækkende måde, hvorpå autonomi kan krænkes. For så vidt det offentlige, gennem kampagner, udmeldinger og sundhedspolitikker er med til at præge opfattelsen af, hvad der er et ”acceptabelt” eller ”produktivt” niveau af sundhed for den enkelte, kan man hævde, at det offentlige forgriber sig på personers auto-

mi ved indirekte at tvinge rygere til at holde op, overvægtige til at tabe sig, eller ikke-motionerende til at motionere – hvis altså disse personer vil have plads på arbejdsmarkedet, eller hvis de vil accepteres socialt.

## Opsamling

Nogle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan være paternalistiske, da (i) de ofte iværksættes ud fra hensyn til målgruppens eget bedste på lang sigt (samt befolkningens/samfundets bedste), og der kan være tale om, at (ii) målgruppen ikke har givet eksplicit samtykke (eller ville gøre det, hvis den blev spurgt). Accepteres det endvidere, at (iii) selvbestemmelse eller autonomi kan krænkes, ikke kun ved direkte indsatser (tvang, forbud, påbud) men også ved indirekte påvirkninger af borgernes opfattelse af hvad der er ”sundt”, ”produktivt” osv., så er der vældig mange indsatser, der er paternalistiske.

Det er dog omstridt, hvornår der er tale om en problematisk form for paternalisme. Nogle opfattelser af autonomi og de dertil hørende rettigheder åbner for, at det kan være moralsk acceptabelt at tilsidesætte autonomi nu for mere autonomi senere, eller for at afveje hensynet til autonomi i forhold til hensynet til livskvalitet. Hvis autonomi vægtes meget højt og opfattes som ukrænkeligt, vil mange former for forebyggelse og sundhedsfremme begrænse autonomi.



## Kapitel 6

# ANSVAR OG ANSVARLIGGØRELSE

## 6. Ansvar og ansvarliggørelse

En markant prioritering på forebyggelsesområdet i de senere år er indsatser i forhold til ”KRAM”; altså kost, rygning, alkohol og motion. Selvom der ikke i sig selv ligger en bestemt holdning til forskellige spørgsmål om personligt ansvar i at fokusere på netop disse faktorer, er det nok ikke helt ved siden af at sige, at KRAM i høj grad fokuserer på det individuelle ansvar. Det er op til individet at tillægge sig en livsstil, der er hensigtsmæssig i sundhedsmæssig forstand på netop disse områder. Der er en række problemstillinger relateret til dette fokus, som ikke tages op her, blandt andet hvorvidt en prioritering af KRAM og individuelt ansvar har ført til en underprioritering af fx psykiske sygdomme og lidelser og til at andre og mere komplekse årsagssammenhænge bag sygdom er blevet overset. Hvad der skal fokuseres på her er i stedet, om det er retfærdigt at holde personer ansvarlige for deres sundhedstilstand, og om tildeling af ansvar for egen sundhed reelt er en formålstjenstlig måde at fremme sundhed på.

Spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for den enkeltes sundhedstilstand rejser særdeles komplicerede og ofte meget værdiladede diskussioner om hvornår en person eller institution har ansvar, om forskellige personer har forskellige slags ansvar, og hvad det overhovedet vil sige at have ansvar for noget? I dette kapitel behandles disse spørgsmål efter tur.

### Retfærdighed og ansvar for egen sundhed

Langt de fleste lader til at mene, at individer har et ansvar for deres egen sundhed. Således svarer 82% af danskernes ifølge rapporten ”Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne”, at de er helt eller delvist enige i udsagnet: ”Det er fortrinsvist den enkeltes ansvar at leve et sundt liv”. Imidlertid erklærer kun 8%, at de synes det er et: ”meget eller ret godt” forslag, at ”sende overvægtige borgere nederst på ventelisten til behandling i sundhedsvæsenet.” Det er her interessant at bemærke, at mange altså mener, at individer er helt eller delvist ansvarlige for egen sundhed, men samtidigt ikke mener, at det primært er den enkelte, der bør bære omkostningerne forbundet med følgerne af usund levevis.

Det er vigtigt at notere sig, at man kan bruge ”ansvarlig for” i to forskellige betydninger. Den ene har at gøre med, om det først og fremmest er den enkelte, der kan handle i forhold til at sikre sin sundhed. Det er nok i den forstand, at 82% af danskerne erklærer sig enige i udsagnet om den enkeltes ansvar for at leve et sundt liv. Den anden betydning af ”ansvar for” har at gøre med, hvem der skal bære omkostningerne for eventuelle følger af usund levevis, og at det er nok i den forstand, at kun 8% indikerer, at det er den enkelte der skal bære det ansvar.

En del vil erklære sig enige i, at hvis en person er blevet syg på grund af faktorer, som ikke er under personens kontrol – fx fordi personen har en arvelig sygdom, eller hvis personen uforudsigeligt er blevet udsat for en arbejdsulykke – så er det uretfærdigt at holde personen ansvarlig

for sygdommen. Det vil svare til at holde en uskyldig person ansvarlig for en forbrydelse, vedkommende ikke har begået.

Omvendt anser nogle sundhed for at være i hvert fald primært et personligt anliggende, som man hver især har et personligt ansvar over for. Det er derfor umiddelbart nærliggende at drage den konklusion, at en person, der af egen fri vilje overspiser, ryger, drikker, dyrker usikker sex og ikke motionerer er ansvarlig for de eventuelle dårlige sundhedseffekter, der måtte komme af personens valg.

Eller er det? Lad os holde fast i den tanke, at personer ikke bør drages til ansvar for resultatet af faktorer, som de ikke selv har kontrol over. En person, som ellers har taget alle rimelige forholdsregler men alligevel bliver ramt af kræft på grund af en ydre miljøfaktor eller en genetisk disposition, er ikke ansvarlig for kræftsygdommen, fordi miljøfaktorerne eller generne er faktorer, som personen ikke har kontrol over.

Det fundamentale spørgsmål er nu, i hvilket omfang personer også er i kontrol over alle de andre faktorer, der er relevante for, om de rent faktisk ryger, overspiser, drikker etc.? Nogle mener, der er gode grunde til at konkludere, at personer faktisk ikke – eller kun i yderst begrænset omfang – er i kontrol over disse faktorer. For det første kan man pege på en række naturlige (i denne sammenhæng primært genetiske) omstændigheder, der påvirker vores disposition, evne, og motivation i forbindelse med sundhed og ”sund adfærd”. Her skal der ikke gås ind i dette medicinsk-faglige spørgsmål, men blot påpeges, at nogle mener, at personers genetik er relevant for deres sundhedstilstand, ikke kun med hensyn til arvelige sygdomme, men også på en lang række andre områder fx vedrørende disposition for afhængighed og stofskifte. Hvis personer i et eller andet omfang er genetisk prædisponerede for fx alkoholisme, nikotinafhængighed og fysisk overskud/lyst til motion, så kan de, i det omfang de er ”kodede” for det, ikke siges at være ansvarlige for deres sundhedsadfærd, da gener er uden for deres kontrol.

For det andet kan man pege på en række sociale omstændigheder, der også er uden for individets kontrol. Om man er vokset op i en familie, der lærer børn at spise sundt, sætte pris på fysisk aktivitet, ikke at ryge – alt det er uden for individets kontrol (børn bestemmer trods alt ikke hvilken familie de er født ind i). I et vist omfang er det også uden for personers egen kontrol om de ender i en socialgruppe eller i en sociokulturel kontekst, der er fremmede eller ugunstig for sundheden.

Argumentet kendes som ”argumentet ud fra det sociale og genetiske lotteri.” Det siger, at personer ikke er ansvarlige for, hvilket lod de trækker i et lotteri. Men hvis personers forudsætninger for at handle i vidt eller komplet omfang er bestemt som lodder i et lotteri, så er det urimeligt at holde dem ansvarlige for deres handlinger.

Naturligvis er der en lighedsproblematik indlejret her. Personer er ikke født eller vokset op med lige naturlige og sociale omstændigheder. Personer er født med forskellige grader af

robust helbred og dispositioner, og de vokser op under meget forskellige vilkår. Nogle vil i lyset heraf have meget nemt ved at fastholde eller tilegne sig en ”sund livsstil”. At leve sundt vil ikke være særlig omkostningsfuldt for disse personer fx i form af personlig indsats, viljestyrke, og omlægning af ønsker for livet. Omvendt vil nogle stå ganske anderledes, og det vil for dem være meget omkostningsfuldt at fastholde eller tilegne sig en sund livsstil. Det vil så, ifølge argumentet, være uretfærdigt at stille de samme krav til alle om at leve sundt, eller lade personer bære ansvaret for de omkostninger deres sundhedsadfærd har.

Her kan en indvending lyde, at det muligvis er sådan, at personer møder livets udfordringer med meget forskellige udgangspunkter, men at det til syvende og sidst altid er personen selv, der yder den afgørende indsats. Modsvaret her, fra dem der mener personer ikke, eller kun i meget ringe omfang, kan siges at være ansvarlige for deres sundhedsadfærd, er, at evnen til at yde den afgørende indsats (fx via viljestyrke, vedholdenhed og evnen til at udskyde behov) i sig selv er en faktor, som er uden for deres kontrol. Denne er altså ikke noget, de har ansvar for, og dermed ikke noget, man kan laste (eller rose!) folk for at have. Konkret følger det af denne tankegang, at det generelt er uretfærdigt at holde personer ansvarlige for følgerne af deres livsstil, enten fordi personer har vidt forskellige udgangspunkter for, om de kan løfte et sådant ansvar, og/eller fordi personer simpelthen ikke i nogen moralsk relevant forstand kan siges at have et sådant ansvar.

Der er mange, der afviser tankegangen om, at personer ikke, eller kun i ringe omfang, er ansvarlige for deres sundhedsrelaterede valg. Det kan fx være fordi de mener, at mennesket har en fri vilje, der er helt eller delvist uafhængig af de faktorer og årsagsforhold, der er skitseret i det ovenstående. Det kan også være fordi de ikke mener, at ansvar forudsætter kontrol over vores omstændigheder på den måde, der er lagt op til i det ovenstående. Af pladshensyn kan disse ideer ikke gennemgås her. Som det skal klargøres nedenfor, kan der dog være andre begrundelser for at tildele personer ansvar for deres sundhedsadfærd og sundhedsrelaterede valg, end om de rent faktisk har et sådant ansvar.

## Tildeling af ansvar for egen sundhed

Det er vigtigt at understrege, at spørgsmålet om, hvorvidt der kan være gode grunde til at holde personer ansvarlige for deres sundhedsrelaterede valg, ikke er sammenfaldende med spørgsmålet, om personer har et ansvar, og om det er retfærdigt, at personer selv skal bære omkostningerne for konsekvenserne af deres sundhedsadfærd. Det kan nemlig tænkes, at selv hvis personer ikke har et ansvar, eller ikke bør bære omkostningerne, så er den bedste måde at fremme eller beskytte sundhed på at handle, som om personer har et ansvar. Uanset om personer er ansvarlige for deres handlinger eller ej, så er alle personer påvirkede af de forventninger, idealer og normer, der findes omkring dem. Hvis personer generelt får den opfattelse, at de har et ansvar, så er de måske, alt andet lige, mere motiverede for at handle sundhedsfremmende. At føle at noget ligger inden for ens kontrol kan virke motiverende. Og den modsatte besked – du har alligevel ikke noget ansvar – kan tænkes at virke som et meget dårligt incitament i sundhedsmæssig forstand.

Omvendt kan man dog også forestille sig, at hvis man fra offentlig side presser på med en besked om, at sundhed er et individuelt ansvar, så tabes og demotiveres den gruppe af personer, der på forskellig vis ikke kan leve op til dette ansvar, med den følge, at deres livskvalitet og sundhedstilstand formentlig forværres endnu mere. En følelse af at svigte sit ansvar er næppe fremmede for hverken livskvalitet eller motivation til at rette op på sin sundhedstilstand.

I litteraturen om forebyggelse og sundhedsfremme opereres med et skel mellem to former for årsagssammenhænge i forbindelse med sundhedsmæssig risikoadfærd; hhv. personforårsaget og udsættelsesforårsaget risiko. Et eksempel: For at der kan være tale om en ryger, skal der både være en person, der kan ryge, og en mulighed for at blive udsat for at kunne ryge (det skal blandt andet være muligt at skaffe tobaksvarer). Hvis man fokuserer på det individuelle ansvar i forebyggelse og sundhedsfremme, så vil man fokusere på den personforårsagede risiko og dermed på personens holdninger, motivationer og ønsker. Man vil fx sætte ind med rygestopkurser, der kan hjælpe personen med at fastholde en motivation til at holde op med at ryge og fastholde dette. Hvis man i stedet fokuserer på den udsættelsesforårsagede risiko, vil man søge at formindske risikoen for, at personer bliver udsat for muligheden for at ryge ved at indskrænke de rum, hvori man må ryge, begrænse eller forbyde tobaksreklamer osv. Her vil man derfor snarere koncentrere sig om samfundsmæssige og økonomiske strukturer. Bemærk desuden, at alle ikke har samme udsættelsesrisiko, da forskellige personer i forskellig grad er sårbare over for udsættelsesrisiko. Fx vil personer, der vokser op i omgivelser, hvor rygning er socialt accepteret være mere sårbare over for påvirkning via tobaksreklamer (se kapitel 4).

Det er værd at bemærke, at det meget vel kan forholde sig sådan, at nogle former for sundhedsmæssig risikoadfærd bedst håndteres ved at fokusere på et individuelt ansvar, mens andre bedst håndteres ved at fokusere på strukturer. Det er vanskeligt på forhånd at udnævne den ene eller anden strategi som overlegen i alle aspekter og til enhver brug. Endelig må det anføres, at indsatser formentlig ofte vil fremme sundhed mest muligt, hvis de både fokuserer på det individuelle og det strukturelle niveau.

## Solidaritet

Spørgsmålet om forholdet mellem ansvar og effektivitet i forebyggelse og sundhedsfremme kan også ses som en del af en diskussion af solidaritet. Tankegangen går på, at der er en form for kontrakt mellem stat og borger, der indebærer, at staten skal tage sig af borgernes sundhed, men at borgerne til gengæld skal sørge for ikke unødigt at belaste statskassen ved sygdom, som de kunne have undgået. Solidaritet betyder, at alle er med til at betale for alle, men solidariteten undergraves, hvis nogen unødigt belaster de offentlige midler. Dette er parallelt til ideen om, at staten hjælper arbejdsløse, men at alle skal tage et job, hvis de kan få et. Tanken er, at folk har et ansvar for deres sundhed – ikke som et spørgsmål om retfærdighed men som et spørgsmål om solidaritet. Så selv om nogle vil sige, at det er uretfærdigt, at holde folk ansvarlige for deres helbred på grund af de sociale determinanter for sundhed,



som epidemiologien har påvist, så kan man mene, at det er nødvendigt at gøre det alligevel, for at kontrakten mellem staten og borgerne og sundhedssystemets evne til at opfylde den ikke bryder sammen. Andre vil dog indvende, at denne form for solidaritet er hul. Solidaritet drejer sig ikke primært om gensidighed eller noget for noget men om at tage vare på de svageste i samfundet.

## Opsamling

I forbindelse med spørgsmålet om personligt ansvar og ansvarliggørelse ses to hovedproblemer. Det ene drejer sig om omfanget af, hvad personer rent faktisk er ansvarlige for; hvad personer har kontrol over, og derfor kan stilles til ansvar for. Det andet problem drejer sig om, hvorvidt det er formålstjenstligt at holde personer ansvarlige, uafhængigt af om de rent faktisk er det. Disse spørgsmål er ikke overlappende. Det første drejer sig om, hvorvidt det er retfærdigt at betragte personer som værende ansvarlige for deres sundhedstilstand. En vigtig indvending mod denne påstand er, at man kun kan holdes ansvarlig for det, man rent faktisk kontrollerer. Men da personer ikke fuldt ud kontrollerer deres genetik, deres opvækst og deres sociale miljø, er de heller ikke fuldt ud ansvarlige for deres sundhedstilstand.

Det andet spørgsmål drejer sig om der alligevel er grund til at holde individer ansvarlige for deres sundhedstilstand, uafhængigt af om det er retfærdigt eller ej. Dette er et empirisk spørgsmål, der ikke her kan gives et kvalificeret bud på, men det er tænkeligt, at nogle udfordringer bedst mødes ved at fokusere på det individuelle, mens andre bedst løses ved at fokusere på strukturelle indsatser, og at den bedste løsning ofte involverer begge.



## Kapitel 7

# EVIDENS, DOKUMENTATION OG RISIKO

## 7. Evidens, dokumentation og risiko

Et centralt etisk spørgsmål angår hvilken form for evidens, det er rimeligt at forlange, før man går ud med anbefalinger på et givet område, eller før man iværksætter andre forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser. Evidens, som begrebet anvendes her, handler om, hvilket videnskabeligt belæg eller hvilke videnskabelige grunde, der er for bestemte anbefalinger og indsatser. Det indebærer, at evidens både handler om, hvor sandsynligt, det ifølge en given undersøgelse, er, at en indsats vil have en bestemt effekt, og hvor pålidelig undersøgelsen er. Der kan fx foreligge to forskellige undersøgelser, der begge kommer frem til, at en vaccine vil forhindre 95% af alle influenza-tilfælde af en bestemt type, men kvaliteten af den ene undersøgelse kan ikke desto mindre være meget bedre end den anden og dermed give stærkere grunde – gøre det ud for stærkere evidens.

Sundhedsprofessionelle står ofte i den situation, at de er nødt til at træffe beslutninger uden stærk evidens for, om en given indsats virker eller ej. Et eksempel herpå er fremkomsten af nye sygdomme, som fx ved H1N1-epidemien, hvor man er nødt til at træffe beslutning, om man skal tilbyde vaccination til udvalgte grupper, uden klar evidens for, hvor effektiv vaccinationen er.

Hvor stærk evidens bør man have for, at en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats har en given gavnlige effekt, før den iværksættes? Det er der næppe noget simpelt svar på. Det er blandt andet fordi svaret afhænger af en række andre faktorer. En af disse faktorer angår, hvor alvorligt det problem er, som indsatsen skal afhjælpe. Det kan fx forekomme rimeligt, at stille lavere krav til evidens, hvis den sygdom man prøver at forebygge er meget alvorlig og rammer mange, end hvis den er mindre alvorlig og rammer færre. Givet at problemet er alvorligt kan det bedre forsvares at anvende ressourcer på at løse det, også selv om det muligvis viser sig, at ressourcerne er spildt.

En anden relevant faktor er også, at den indsats, man iværksætter, kan vise sig at have en række negative konsekvenser foruden de tiltænkte positive (se kapitel 2). Også det forhold kan tænkes at være relevant for, hvilken grad af evidens, man bør kræve. Det kan fx forekomme rimeligt at kræve stærkere evidens for de forventede positive konsekvenser af en given indsats jo flere negative konsekvenser indsatsen samtidig kan tænkes at have.

En tredje relevant faktor angår, hvor sandsynlige de hhv. positive og negative konsekvenser skønnes at være. Jo mere sandsynlige de negative konsekvenser er, og jo mindre sandsynlige de positive er, jo stærkere evidens synes det at være påkrævet at have for at iværksætte initiativet. Det vil sige, at man i højere grad bør forlange pålidelighed af den anvendte empiri. Hvis risikoen er tilstrækkelig stor i forhold til den forventede gevinst bør indsatsen selvfølgelig slet ikke iværksættes.

## Strategier for valg under usikkerhed

Det er vanskeligt på et principielt niveau at tage stilling til, hvilken grad af evidens man bør kræve for at iværksætte en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats. Beslutningsteori opererer med forskellige strategier for valg, hvor man ikke med sikkerhed kender konsekvenserne deraf. En af disse kaldes teorien om maksimering af den forventede nytte. Groft sagt er ideen, at man for hvert af de mulige udfald, en handling kan tænkes at føre til, bestemmer værdien af dette udfald og dets sandsynlighed. Ved at vægte værdien af hvert udfald i forhold til dets sandsynlighed og lægge disse vægtede værdier sammen får man et udtryk for handlingens forventede værdi eller nytte. Hvis der fx er 75% risiko for, at man intet vinder i et lotteri, og 25% chance for at man vinder 100 kr., så er den forventede værdi af at spille i lotteriet  $(0.75 \times 0) + (0.25 \times 100) = 25$  kr.

I forhold til forebyggelse og sundhedsfremme siger teorien ikke i sig selv noget om, hvor stærk evidens man skal kræve, men den kan i princippet sige noget om, hvor meget tid og hvor mange ressourcer man skal bruge på at søge og indsamle evidens. Den handling, der går på at indhente evidens kan nemlig selv vurderes ud fra dens forventede værdi.

I praksis er problemet bare ofte, at der hverken findes særligt pålidelige estimater af de konsekvenser, en given indsats kan have, eller deres sandsynligheder. Det kan derfor i praksis være vanskeligt at anvende teorien om maksimering af den forventede nytte. Nogle tilhængere af teorien vil dog fremføre, at vi sjældent står i den situation, at vi slet ingen ide har om de mulige konsekvenser af en handling og deres sandsynligheder. Og for så vidt sundhedsprofessionelle overhovedet overvejer en given indsats, vil det jo ikke være helt i blinde, men ud fra nogle grunde til at antage, at indsatsen vil have en gavnlig virkning.

En anden valgstrategi, som til gengæld ikke forudsætter viden om sandsynligheder, er det såkaldte maximinstrategi. Strategien indebærer, at man skal vælge det mulige handlingsalternativ, hvis dårligste udfald er bedst. Man skal med andre ord fokusere på, hvad det værste der kan ske er, og prøve at handle sådan, at det værste der kan ske, er så godt som muligt. Maximinstrategien kan således også kaldes et forsigtighedsprincip, da pointen jo er, at man for enhver pris skal undgå helt katastrofale udfald.

Mange vil dog samtidig mene, at strategien er udtryk for en overdreven forsigtighed. Den indebærer nemlig, at man skal fravælge en handling, hvis dårligst tænkelige udfald er værre end det er, for de alternative handlinger man har til rådighed, uanset hvor usandsynligt dette dårligst tænkelige udfald er, og uanset hvor gode konsekvenser, handlingen i øvrigt kan forventes at have.

En yderligere problemstilling, som er relevant for diskussionen om tilstrækkelig evidens angår, om man skal være særlig påpasselig med at iværksætte nye forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, når man ikke har god evidens for deres gavnlige effekter. Man kunne måske umiddelbart synes, at man skal være tilbageholdende, og dermed udvise forsigtighed.

Det er dog ikke helt indlysende, at man nødvendigvis udviser forsigtighed ved at undlade at iværksætte nye, usikre indsatser.

Det kan illustreres ud fra maximinstrategien. Maximinstrategien favoriserer nemlig ikke nødvendigvis status quo på denne måde. Det kan jo vise sig, at det værst tænkelige udfald ved ikke at gøre noget er værre, end det værst tænkelige udfald ved at iværksætte et nyt initiativ på forebyggelsesområdet. Dette kan illustreres ved følgende meget hypotetiske eksempel: Hvis det værst tænkelige, der kan ske, hvis man gennemfører et vaccinationsprogram for influenza er, at 100 mennesker dør af vaccinen, og det værst tænkelige udfald ved ikke at gennemføre programmet er, at 10.000 dør af influenza, så taler maximinstrategien alt andet lige for at vaccinere.

Heller ikke strategien om maksimering af den forventede nytte indebærer, at man bør give forrang til status quo – det alternativ, hvor man ikke iværksætter et nyt initiativ. Det afgørende er, hvilken forventet nytte de forskellige handlingsalternativer har, og der er ingen grund til at tro, at det generelt skulle have højere forventet nytte ikke at iværksætte nye initiativer end at iværksætte dem.

Der er ikke desto mindre mange mennesker, der har en intuitiv fornemmelse af, at der er større moralske problemer ved at iværksætte nye initiativer, der kan have en række negative konsekvenser, end ved at undlade at iværksætte disse initiativer, hvor undladelserne ligeledes kan have negative konsekvenser. En måde man kan prøve at forklare denne moralske forskel på, er ud fra den såkaldte handlings- og undladelsesdoktrin, som er emnet for næste kapitel.

## Opsamling

Der er ikke noget simpelt svar på, hvor stærk evidens man bør forlange, før man iværksætter en given indsats. Der er dog en række faktorer, der med rimelighed kan siges at være relevante herfor:

- Hvor alvorligt er det problem, som indsatsen skal afhjælpe?
- Hvilke negative konsekvenser kan indsatsen tænkes at have foruden de tiltænkte positive?
- Hvor sandsynlige er henholdsvis de positive og negative konsekvenser?

Problemstillingen kan desuden belyses på baggrund af forskellige teorier om valg under risiko, hvor man ikke med sikkerhed kender konsekvenserne. Ifølge teorien om maksimering af den forventede nytte skal man gå efter at udføre den handling, der har størst forventet værdi eller nytte. Den forventede værdi af en handling findes ved at vægte alle de mulige udfald af handlingen i forhold til deres sandsynligheder. Ifølge maximinstrategien skal man vælge den handling, hvis værst tænkelige udfald er bedst muligt. Ingen af teorierne favoriserer uden videre status quo, det vil sige ikke at iværksætte nye indsatser.



## Kapitel 8

# HANDLING OG UNDLADELSE

## 8. Handling og undladelse

Hvis en bestemt screeningsmetode er særdeles effektiv til at forebygge alvorlig sygdom, men samtidig medfører en lille risiko for alvorlig skade som følge af screeningen, er der så grund til på forhånd at erklære screeningsmetoden moralsk uforsvarlig? Det er klart, at der skal være tilstrækkeligt gode forventede sundhedsgevinster ved en given indsats før den er forsvarlig. Lad os antage, at screeningsmetoden rent faktisk vil redde mange liv. Stadig vil selv en meget lille risiko for negative effekter ofte skabe bekymring (se kapitel 2). Man kan sige, at der ligger en tung begrundelsesmæssig byrde ved at iværksætte indsatser, hvis de også har mulige negative følgevirkninger – dette gælder også, selvom de involverede informeres grundigt herom.

Omvendt synes der, for en umiddelbar betragtning, ikke at være en lignende begrundelsesmæssig byrde ved ikke at handle. Ikke at påbegynde en forebyggelsesindsats, selvom denne kunne have forhindret skade, lader ikke i lige så høj grad til at skabe bekymring – hverken moralsk eller sundhedsmæssigt. Men hvis man redder flere liv ved at indføre en screeningsmetode, selvom den indebærer, at nogle bliver skadet i forhold til ikke at indføre screeningsmetoden, hvorfor skulle man så være mere moralsk bekymret for risikoen for at skade personer, end man skulle være bekymret for at tabe flere liv ved at undlade at screene?

Spørgsmålet kan stilles på en mere generel måde. Er der moralsk forskel på hhv. aktivt at skade en person, og at undlade at hjælpe en person, og derved lade personen komme til skade? Skader man nogen i en moralsk problematisk forstand ved at undlade at hjælpe dem, fx ved at undlade at iværksætte en forebyggelsesindsats, der kunne have hjulpet personer til at undgå fremtidig skade på helbredet, eller ved ikke at lave sundhedsfremme, der kunne have hjulpet personer til bedre helbred?

I praksis lader det til, at de fleste mener, der er en væsentlig moralsk forskel på aktivt at skade og undlade at hjælpe. Aktivt at forgifte andre anses for forfærdeligt. Ikke at bidrage med hjælp til en region, der er ramt af en giftig forurening, bliver formentlig også generelt anset for at være forkert – dog næppe i tilsvarende grad. Uanset at resultatet af handlingen og af undladelsen er den samme: at nogle forgiftes. Spørgsmålet drejer sig dels om hvilket omfang vores individuelle moralske pligter har, og dels om der er en særlig grund til at afstå fra at skade, der vejer tungere end en pligt til at hjælpe. Har fagpersoner på forebyggelsesområdet en særligt tungtvejende pligt der først og fremmest er negativ i den forstand, at de skal undlade at gøre skade?

Generelt vil de fleste være enige i, at det er moralsk problematisk at forårsage sygdom fx som biprodukt af en screeningsmetode. Problemet er naturligvis, at der er personer, der kommer til at lide skade. Men, hvis det problematiske er, at der er personer, der kommer til at lide skade, er det så ikke lige så problematisk at lade skade i form af sygdom opstå, ikke igennem handling men gennem undladelse fx ved at undlade at advare om kræftfremkaldende stoffer?

Og hvis det er korrekt, er det så ikke lige så problematisk at lade sygdom og død opstå ved undladelse, fx hvis man ikke indfører et screeningsprogram eller en anden forebyggende indsats, der samlet set redder flere liv?

Et tænkt eksempel: Antag at 10.000 personer med meget stor sandsynlighed forventes at blive ramt af en bestemt smitsom sygdom. Man kan imidlertid vaccinere hele befolkningen mod denne sygdom, således at ingen vil få den. Imidlertid vil 100 personer blive ramt af bivirkninger af vaccinen – bivirkninger der er sammenlignelige med generne ved at få selve sygdommen. Der er altså to alternativer: enten undlader det offentlige at vaccinere, og 10.000 bliver syge, eller det offentlige handler, det vil sige vaccinerer (stiller vaccine til rådighed og informerer om fordele og ulemper), hvorved de fleste undgår sygdom, mens op mod 100 påføres en række generende bivirkninger. Sammenlignes disse alternativer, er der nogen der vil sige, at det offentlige bør handle (i hvert fald alt andet lige: det kunne jo være, at det var meget ressourcetungt at iværksætte indsatsen, eller at ressourcerne kunne bruges bedre et andet sted, men alle disse ting ignoreres her, så eksemplets struktur kan fremstå desto mere klart). Hvis man mener, det er værre aktivt at skade end at lade skade ske ved undladelser, så er det beklagelige ved det andet alternativ, at personer aktivt er blevet skadet. Udfordringen er dog at forklare i hvilken forstand det er værre. Der kan fx ikke nødvendigvis appelleres til, at skade påført ved handlinger er værre, for den person, der er blevet skadet, end skade der ”blot opstår” (men kunne have været forhindret).

Stiller man sig omvendt helt eller overvejende skeptisk over for skellet mellem handling og udeladelse, opstår der for forebyggelse og sundhedsfremme en lidt anden begrundelsesmæssig situation, end de fleste måske tænker. Hvis man er lige moralsk ansvarlig for at forhindre skade, der opstår som følge af undladelser, som man er for at forhindre skade på grund af handlinger, så er man moralsk ansvarlig for skade, der kunne have været forhindret gennem forebyggelse og sundhedsfremme. Det betyder med andre ord, at sundhedsmyndigheder i princippet skal kunne argumentere lige så overbevisende for ikke at indføre et givent program, der kan forhindre skade, som de skal for at indføre et.

## Offentlige myndigheders særlige rolle

Et på overfladen særskilt problem i forbindelse med handling og undladelse drejer sig om staten eller de offentlige myndigheders særlige rolle. Nogle har den opfattelse, at staten er en speciel aktør, og at der i dette blandt andet ligger, at staten har et tungere ansvar for at begrunde sine handlinger, end den har for at begrunde sine undladelser. En fuldstændig analyse af denne ide om offentlige myndigheders ansvar for begrundelser ligger uden for denne rapports rammer, men det er værd at bruge lidt tid på at tænke nøjere over, hvad der kunne ligge bag en sådan opfattelse.

Der er utvivlsomt mange gode grunde til, at man i praksis anser begrundelser for i hvert fald en hel del undladelser som mindre magtpåliggende end begrundelser for handlinger. En af dem er, at antallet af potentielle undladelser er uendeligt – og hvis vi skulle redegøre for alle



de ting, vi ikke gør, så skulle vi bruge uendelig meget tid. En anden er, at det ellers vil tendere mod en særdeles omfattende stat med endeløse initiativforpligtelser, som det ikke er realistisk at løfte i praksis. Ikke desto mindre er der vigtige undladelser, som vi normalt må antages at skulle kunne stå til regnskab for. Undlader myndighederne fx at advare mod farlige tilsætningsstoffer i fødevarer, som den i øvrigt har kendskab til, er det de færreste, der vil sige, at deres ansvar for undladelsen på en eller anden måde er mindre, blot fordi der er tale om en undladelse.

En mere principiel begrundelse kan gå på, at de offentlige myndigheds rolle er begrænset til at beskytte individers rettigheder mod direkte overgreb fra anden side. Staten kan i en sådan optik ikke begrunde sine handlinger med, at de fremmer personers livskvalitet eller forhindrer tab af livskvalitet, medmindre der kan peges på, at et individs rettigheder er blevet eller vil blive krænket. Synspunktet går på, at det offentlige kun kan iværksætte indsatser til at undgå eller afhjælpe sygdom, hvis der kan peges på konkrete rettighedskrænkelser. At personer bliver eller vil blive ramt af sygdom er fx ikke automatisk ensbetydende med, at deres rettigheder er blevet krænket

Denne type overvejelser om offentlige myndigheds rolle hviler ofte på en (hårdt optrukket) distinktion mellem positive og negative rettigheder. Positive rettigheder betyder i denne sammenhæng, at det offentlige skal gøre noget aktivt fx iværksætte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Negative rettigheder indebærer her, at staten udelukkende skal afstå fra bestemte ting fx aktivt at påføre borgerne skade. Med afsæt i denne distinktion kan det hævdes, at det offentlige kun – eller primært – skal sørge for at opretholde negative rettigheder. Dette fører dog i sidste ende tilbage til kapitlets udgangspunkt, eftersom skellet mellem positive og negative rettigheder må hvile på sondringen mellem handlinger og undladelser. Grunden til, at de negative rettigheder i denne optik opfattes som vigtigere, er netop, at de skal beskytte mod skade påført af andre.

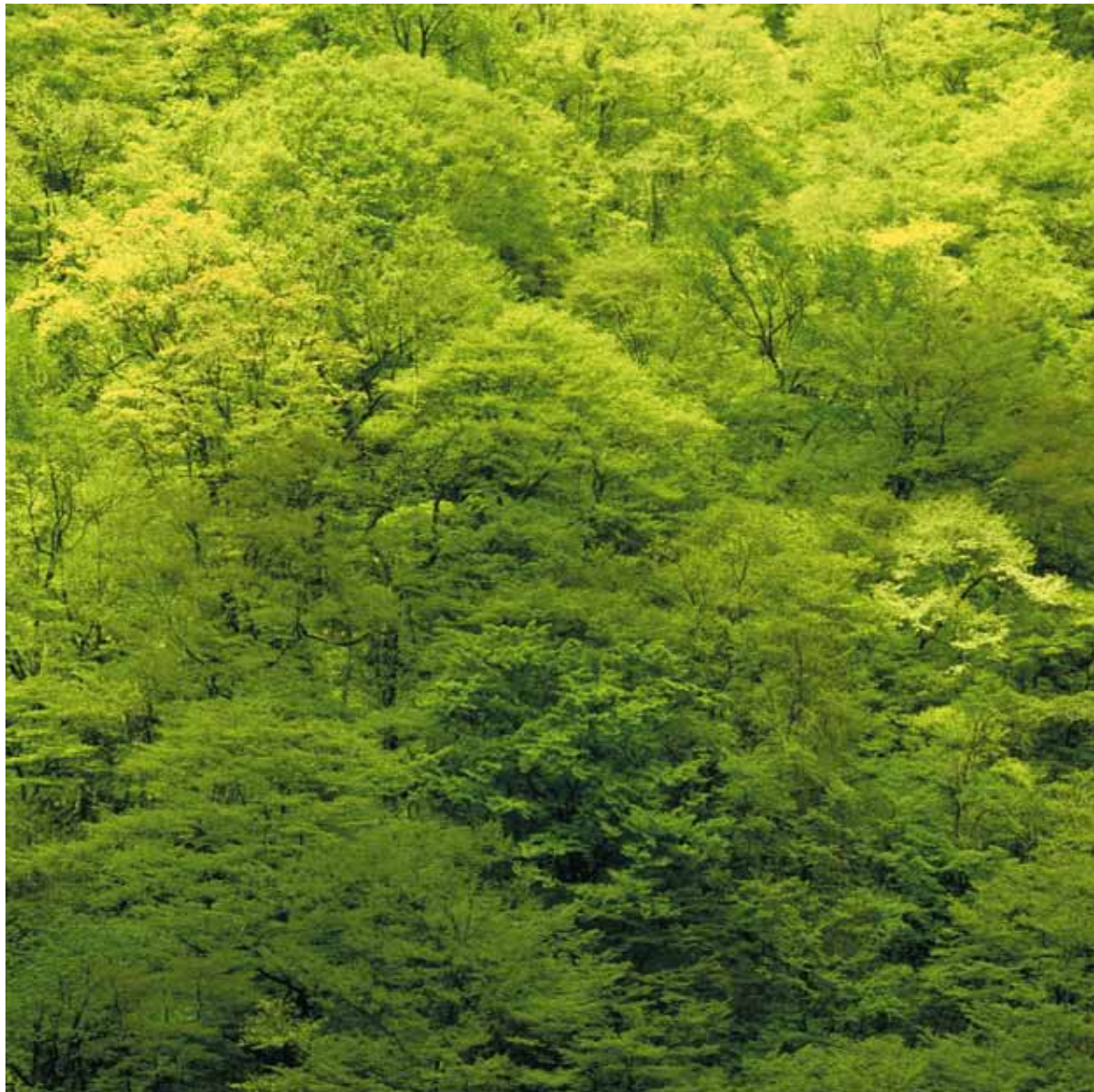
## Opsamling

Et centralt spørgsmål i forebyggelse og sundhedsfremme drejer sig om, hvorvidt der er en moralsk relevant forskel på hhv. aktivt at gøre skade ved handlinger og blot at lade skade ske. Hvis der er en sådan forskel, så synes det at indebære, at det offentlige ikke har et lige så stort ansvar for sine undladelser, fx at lade være med at iværksætte bestemte forebyggende eller sundhedsfremmende indsatser, som det har for de handlinger og indsatser, som iværksættes. Endvidere kan det også indebære, at myndighederne skal være særligt tilbageholdende med indsatser, der har dårlige følger for nogle, selvom indsatsen er gavnlig for mange.

Kan der derimod ikke gives en saglig begrundelse for, at der skulle være moralsk relevant forskel på handlinger og undladelser, så har det offentlige principielt det samme ansvar for undladelser som for handlinger. Det forhold, at en statslig eller offentlig handling skader nogle, er beklageligt på lige fod med alle mulige andre former for skade, som følger af både

handlinger og undladelser. Der kan dog være praktiske grunde til at lægge særlig vægt på at begrunde handlinger frem for undladelser; fx at det vil tage uforholdsmæssig lang tid at redegøre for alle potentielle undladelser.





Kapitel 9

AFSLUTNING

## 9. Afslutning

Denne rapport har redegjort for, hvad etiske problemstillinger i forebyggelse og sundhedsfremme kan bestå i, og hvordan man kan forstå dem. Det første skridt mod en kvalificeret etisk stillingtagen er at blive opmærksom på, at der overhovedet er etiske problemstillinger. Rapporten bidrager til denne kvalificering ved at identificere og eksemplificere en række relevante etiske problemstillinger.

Det næste skridt i en etisk stillingtagen er at forstå, at etiske problemstillinger ikke alene består i en konflikt mellem sundhedsmæssige formål og etik i en generel og uspecificeret forstand, men at der kan være forskellige etiske værdier på spil, og at de kan trække i forskellige retninger og være i konflikt med hinanden på forskellige måder.

Det sidste skridt i en etisk kvalificeret stillingtagen er at foretage en afvejning af de relevante modsatrettede hensyn og på den baggrund beslutte, hvordan man skal handle. Dette er skridtet fra den mere teoretiske og reflekterede analyse til den praktiske og handlingsvejledende beslutning. Formålet med denne rapport har ikke været at komme med etiske anbefalinger omkring konkrete forebyggelsesindsatser, men at vise hvordan man kan tænke over etiske spørgsmål. Spørgsmålet her er derfor i stedet, hvordan man kan foretage afvejninger mellem de forskellige etiske værdier, der er blevet præsenteret i rapporten.

Der findes to udbredte indvendinger mod, at man rationelt kan tage stilling til etiske spørgsmål. Den ene er, at etiske værdier bare er udtryk for smag og behag, og derfor ikke er noget, man kan diskutere. Den anden indvending er, at der ikke er nogen måde at sammenligne forskellige etiske hensyn på. Her skal der afslutningsvist og ganske kort siges lidt om, hvorfor disse indvendinger ikke nødvendigvis gør en kvalificeret etisk stillingtagen umulig.

### Kvalificeret etisk stillingtagen

Selv hvis etiske værdier i en vis forstand er subjektive, betyder det ikke, at folk er grundlæggende uenige om dem. De fleste er tvært imod nok enige om, at værdier som livskvalitet, lighed, autonomi, ansvar, solidaritet og omsorg faktisk er vigtige. Problemet består nærmere i at prioritere og afveje forskellige etiske hensyn. Denne slags afvejninger skal foretages i forhold til konkrete indsatser og konkrete omstændigheder, som fx den indsats der er nævnt i kapitel 1, hvor sundhedskonsulenter opsøger borgere, der bor i socialt belastede kvarterer. I eksemplet venter det offentlige ikke på, at borgerne selv kommer til lægen, eller på andre måder søger hjælp til forbedring af deres sundhedstilstand. I stedet opsøges borgerne derhjemme.

Rapporten tilstræber for det første at bidrage til en kvalificeret etisk stillingtagen til denne slags indsatser ved at sætte ord på, hvad de forventede gode effekter og mulige negative skadevirkninger ved indsatsen er. En sådan indsats er målrettet, så den potentielt kan afhjælpe

social ulighed i sundhed og gavne målgruppens livskvalitet. Det etisk problematiske kan bestå i, at fremgangsmåden er krænkende for borgernes autonomi og deres ret til privatlivets fred. Desuden kan den medvirke til at stemple disse borgere som syge og inkompetente – selv hvis de slet ikke er det – hvilket kan bidrage negativt til deres livskvalitet.

Rapporten peger for det andet på, at disse forskellige etiske hensyn i nogle tilfælde er i konflikt på en måde, som det faktisk er muligt at tage kvalificeret stilling til. Som nævnt, er der flere af de positive og negative effekter, der kan forstås som spørgsmål om livskvalitet. En del af problemstillingen kan derfor forstås som en afvejning af positive og negative måder, indsatsen kan påvirke målgruppens livskvalitet på. Hvis det forventede sundhedsudbytte er stort, så er en eventuel stigmatisering og sygeliggørelse måske et mindre onde, som kan accepteres givet det større gode, som bedre sundhed kan være for målgruppen. En anden mulighed er, at de negative konsekvenser for livskvalitet vejer tungere end de positive.

Rapporten peger dog også på, at der er andre typer etiske problemstillinger, der kan være udtryk for andre værdier. Hensynet til autonomi kan fx forstås som noget, det offentlige altid skal respektere. En krænkelse af borgernes autonomi og privatliv kan ifølge denne opfattelse ikke accepteres uanset om det vil bidrage til deres livskvalitet. Alternativt kan værdien af autonomi forstås sådan, at den dybest set er baseret på et hensyn til personers livskvalitet. Og så bliver det alligevel muligt at oversætte den øjensynlige konflikt mellem to uforenelige værdier (her social lighed og autonomi) til en afvejning af, hvad der gavner målgruppens livskvalitet mest. Rapporten siger ikke, at man skal forstå disse værdier på den ene eller den anden måde, men peger på de forskellige muligheder, så læseren selv kan tænke videre.

Den her præsenterede form for analyse skal dog ikke kun hjælpe med til at beskrive, hvori etiske problemstillinger består. I de ovenfor nævnte måder at forstå eksemplet på, er der stadig tale om konflikter eller afvejsninger mellem forskellige etiske værdier. Det er derfor også en bevæggrund for rapporten, at opmærksomhed på de forskellige etiske hensyn, som den sætter ord på, kan hjælpe professionelle på forebyggelsesområdet med at undgå eller minere den nævnte slags konflikter. Bevidstheden om de forskellige typer hensyn gør det nemmere at designe indsatser på måder, hvor mulige skadevirkninger, ulighed i udbytte og krænkelse af værdier som autonomi eller rettigheder er mindst mulig. Selv hvis der er principielle konflikter mellem forskellige hensyn, fx mellem hensynet til social lighed i sundhed og respekten for enkeltpersoners privatliv og autonomi, så kan man i praksis ofte udforme indsatser for at øge befolkningens sundhed på forskellige måder, der ikke nødvendigvis i lige stor udstrækning krænker de nævnte værdier. I eksemplet fra kapitel 1 kan bevidstheden om de etiske problemstillinger fx give sundhedskonsulenter ideer til, hvordan de kan tage kontakt til målgruppen på måder, der uden at ændre ved indsatsens målrettedhed, undgår at være unødigt påtrængende eller patroniserende. Identifikationen og analysen af etiske problemstillinger er således også en måde at hjælpe professionelle på forebyggelsesområdet med at overveje, hvilke udformninger af indsatser, der etisk set er mindst problematiske, og formulere grunde til at vælge disse frem for andre former.

De her præsenterede etiske hensyn er dog ikke kun relevante for den praktiske uformning af indsatser, men også for hvilke indsatser, der bør sættes i værk. I praksis er dette dog oftest en politisk beslutning, der tages på et højere niveau end der, hvor de fleste praktikere og planlæggere på forebyggelsesområdet befinder sig. Selv om beslutningskompetencen ofte ligger på et andet niveau, afhænger beslutningers kvalitet dog af, om de tager højde for de relevante etiske hensyn. Så selv om en politisk beslutning skal følges, når den først er taget på det relevante politiske niveau, fx i en kommunalbestyrelse, så kan fagpersoner ofte bidrage til kvaliteten af beslutningsprocessen ved at tilvejebringe oplysninger og overvejelser om de relevante etiske værdier.

Desuden indebærer respekt for nogle af de nævnte værdier, fx autonomi, at indsatsers legitimitet vil afhænge af, om de på passende måde inddrager målgruppen eller i hvert fald tillader målgruppen at have indflydelse på, hvordan indsatser udformes. Inddragelse, enten i form af offentlige høringer eller ved at man på anden måde inddrager målgruppens perspektiv, kan også have betydning for, om en indsats stigmatiserer målgruppen. Hvis beslutningsprocessen tillader målgruppen at komme til orde, er det desuden også mere sandsynligt, at de mulige skadevirkninger og værdikonflikter bliver klarlagt, så både beslutningen og udformningen af indsatser – også etisk set – bliver bedst mulig.

Endelig understreger rapporten, at en etisk kvalificeret stillingtagen ikke nødvendigvis er mere restriktiv end beslutninger, der fx udelukkende er baseret på sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske effekter i en snæver forstand. Det at tage etiske hensyn er ikke kun et spørgsmål om at påpege grunde til ikke at sætte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i værk (se kapitel 8). Mange etiske værdier kan tale for forebyggelse og sundhedsfremme. Fx kan hensyn til livskvalitet og fremme af folks reelle mulighed for selvbestemmelse begrunde, at man gør mere, end det nu er tilfældet, for at sikre, at folk har en god sundhedstilstand. Etisk analyse er derfor ikke bare en negativ kritik af forebyggelse og sundhedsfremme som sådan, men en diskussion af hvilke former for forebyggelse og sundhedsfremme, der er grund til at foretrække, og hvilke etiske værdier og hensyn det er vigtigt at have for øje, når konkrete indsatser skal udformes.

# Litteraturliste

## Kapitel 1, 2 og 3 – om mulige skadevirkninger

1. Breinholdt M, 2008. *Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
2. Cribb A, 2005. *Health and the Good Society*. New York: Clarendon Press.
3. Daniels N, 2008. *Just Health*. New York: Cambridge University Press.
4. Evans T et al. (eds.), 2001. *Challenging Inequities in Health – From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press.
5. Fost N, 1999. Ethical Implications of Screening Asymptomatic Individuals. I: Beauchamp DE & Steinbock B (eds.). *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press.
6. Hvas AC, 1999. Sygeliggørelse og "medikalisering". *Ugeskrift for Læger*, 161: 4971-5894.
7. Illich I, 1982. Medicalization and Primary Care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32: 463-470.
8. Iversen L et al., 2002. *Medicinsk Sociologi – Samfund, Sundhed og Sygdom*. København: Munksgaard.
9. Kass NE, 2001. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 91: 1776-1782.
10. Lykkeberg R, 2008. *Kampen om Sandhederne*. København: Gyldendal.
11. Otto L, 1994. Et robust helbred eller et lykkeligt liv. I: Jensen UJ & Andersen PF (red.). *Sundhedsbegreber, filosofi og praksis*. Århus: Philosophia.
12. Riis P, 1987. Mass Screening Procedures and Programmes. I: Doxiadis S (ed.). *Ethical Dilemmas in Health Promotion*. New York: John Wiley & Sons.
13. Verweij M, 1998. Preventive Medicine between Obligation and Aspiration. Utrecht: Zeno Institute of philosophy.
14. Vallgård S & Koch L (red.), 2006. *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
15. Wackerhausen S, 1994. Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen UJ & Andersen PF (red.). *Sundhedsbegreber, filosofi og praksis*. Århus: Philosophia.

## Kapitel 4 – om ulighed

16. Andersen I et al., 2009. Lige muligheder og sundhed. I: Holtug N & Lippert-Rasmussen K (red.). *Lige muligheder for alle*. Frederiksberg: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
17. Bartley M et al. (eds.), 1998. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell.
18. Beauchamp TL & Childress JF, 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
19. Cribb A, 2005. *Health and the Good Society*. New York: Clarendon Press.
20. Daniels N, 2008. *Just Health*. New York: Cambridge University Press.
21. Evans T et al. (eds.), 2001. *Challenging Inequities in Health – From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press.
22. Iversen L et al., 2002. *Medicinsk Sociologi – Samfund, Sundhed og Sygdom*. København: Munksgaard.
23. Johansen A et al. (red.), 2007. *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
24. Vallgård S & Koch L (red.), 2006. *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.



## Kapitel 5 – om paternalisme og autonomi

25. Beauchamp D, 1987. Life-Style, Public Health and Paternalism. I: Doxiadis S (ed.). *Ethical Dilemmas in Health Promotion*. New York: John Wiley & Sons.
26. Beauchamp TL & Childress JF, 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
27. Daniels N, 2008. *Just Health*. New York: Cambridge University Press.
28. Dworkin G, 1999. Paternalism. I: Beauchamp DE & Steinbock B (eds.). *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press.
29. Mandag Morgen/TrygFonden, 2006. *Er sundhed et personligt valg?*
30. Mandag Morgen/TrygFonden, 2008. *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*.
31. Kass NE, 2001. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 91: 1776-1782.
32. Van Nys TR, 2008. Paternalism in Public Health Care. *Public Health Ethics*, 1 (1): 64-72.
33. Verweij M, 1998. *Preventive Medicine between Obligation and Aspiration*. Utrecht: Zeno Institute of philosophy.
34. Walker RL, 2009. Medical Ethics Needs a New View of Autonomy. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33: 594-608.

## Kapitel 6 – om ansvar og ansvarliggørelse

35. Beauchamp DE & Steinbock B (eds.), 1999. *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press.
36. Cribb A, 2005. *Health and the Good Society*. New York: Clarendon Press.
37. Daniels N, 2008. *Just Health*. New York: Cambridge University Press.
38. Dougherty CD, 1990. Bad Faith and Victim-Blaming: The Limits of Health Promotion. *Health Care Analysis*, 1 (2): 111-119.
39. Mandag Morgen/TrygFonden, 2008. *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*.
40. Guttman N & Ressler WH, 2001. On Being Responsible: Ethical Issues in Appeals to Personal Responsibility in Health Campaigns. *Journal of Health Communication*, 6: 117-136.
41. Lippert-Rasmussen K, 2009. Lige muligheder og ansvar. I: Holtug N & Lippert-Rasmussen K (red.). *Lige muligheder for alle*. Frederiksberg: Nyt Fra Samfundsvidenskaberne.
42. Marantz PR, 1990. Blaming the Victim: The Negative Consequence of Preventive Medicine. *American Journal of Public Health*, 80: 1186-1187.
43. Marmot M & Wilkinson RG, 2006. *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
44. Verweij M, 1998. *Preventive Medicine between Obligation and Aspiration*. Utrecht: Zeno Institute of philosophy.
45. Signild V, 2009. KRAM: Stress og psykiske lidelser væk. *Weekendavisen* 19. juni, 1. sektion: 12.

## Kapitel 7 – om evidens og risiko

46. Jensen KK, 1999. Ethiske teorier. I: Jensen KK & Andersen Svend. *Bioetik*. København: Rosinante.
47. Kass NE, 2001. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 91: 1776-1782.
48. Resnik DB, 2004. The Precautionary Principle and Medical Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy*, 3: 281-299.

49. Weed DL, 2004. Precaution, Prevention and Public Health Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 29: 313-332.

## Kapitel 8 – om handling og undladelse

50. Holtug N, 2000. Against Deontology. *Sats – Nordic Journal of Philosophy*, 1(2): 125-141.
51. Kagan S, 1989. *The Limits of Morality*. Oxford: Oxford University Press.
52. Quinn WS, 1989. Actions, Intentions, and Consequences: The Doctrine of Doing and Allowing. *The Philosophical Review*, 98 (3): 287-312.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Center for Forebyggelse  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00  
Telefax 72 22 74 11  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)