

# Medicinsk etik, etik og samfundsudviklingen

**Jørgen Husted**

De seneste årtiers medicinsk-etiske debat har været domineret af opgøret med traditionens *medicinske paternalisme*, der tillægger behandleren såvel den bedste indsigt i den enkelte patients bedste som den suveræne bestemmelsesret. Opgøret har knæsat *princippet om informeret samtykke*, og fokus er flyttet fra *behandlerens pligt* til *patientens rettigheder*. Imidlertid dækker den udbredte accept af de nye principper over en dybtgående uenighed om deres grundelse. Fra meget forskellige etiske positioner fører veje til dét der efter formuleringen at dømme er de samme principper. Alt efter grundelse ender de enslydende principper med at opfattes og vægtes vidt forskelligt. Artiklen analyserer denne nye situation hvor en overfladisk enighed misvisende lader forstå, at det etiske nu er velafklaret. Udgående fra tanken om patientens rettigheder skelnes mellem tre måder at begrunde sådanne rettigheder på: ud fra *pligter*, ud fra *mål* og ud fra *rettigheder*.

De seneste årtiers samfundsudvikling har medført en omvæltning af den medicinske etik. Fortidens paternalisme er forladt, i stedet hersker nu princippet om informeret samtykke. Hvor udgangspunktet for etiske overvejelser før var lægens pligter, er det nu helt overvejende patientens rettigheder.

Omvæltningen foreligger som en fuldbyrdet kendsgerning, udmøntet i love, forordninger, retningslinjer, indprentet hos praktikerne og genstand for vidtgående konsensus. At noget er sket er således ganske klart. Hvad der er sket, og hvorfor, står til gengæld ikke så klart. Sagen er at selve meningen med princippet om informeret samtykke og med den megen rettighedsretorik lader sig udlægge på vidt forskellige måder. Og forholdet mellem de forskellige udlægninger er langt fra forholdet mellem forskellige veje til samme endemål. Skønt forenede i bekendelsen til princippet om informeret samtykke tilbyder udlægningerne vidt forskellige etiske perspektiver på situationer og spørgsmål som kalder på etisk stillingtagen. Hvad der er rigtigt at gøre set fra det ene kan være helt forkert set fra det andet eller tredje.

For at forstå omvæltningen, overveje og vælge mellem udlægningerne er det nødvendigt at sætte skiftet i forhold til bredere udvikling der har afstedkommet det. Sådan er i hvert fald planen for det følgende. Efter en kort skitse af traditionens medicinske etik følger en diskussion af den etiske baggrund for informeret samtykke og rettighedstænkningen. Der skelnes mellem tre tilgange til grundelsen af rettigheder: pligtbaserede, målbaserede og rettighedsbaserede rettigheder. Og til at belyse uenigheden mellem tilgangene fremdrages nogle træk ved den livsanskuelsesmæssige brydning der måske kan siges at kendetegne den danske sammenhæng.

## Medicinsk paternalisme

Den hippokratiske tradition tilbyder en meget klar etisk forståelsesramme. Ved at knæle ved den syges leje ifalder lægen hjælpepligt, dvs. en pligt til at gavne og forhindre skade. Lægen gør det etisk rigtige når lægen gør dét der er bedst for patienten. Og den handling der fører til det bedste, er den der mest muligt fremmer det gode eller værdifulde: overlevelse, lindring af smerte eller lidelse, smertefrihed, normalisering af funktion, genskabelse af helbred – og afværger det onde eller skadelige: døden i utide, smerter, lidelse, invaliditet. Målet er sat med de smukke ord: »Stundom helbrede, ofte lindre, aldrig skade, altid trøste!«.

På spørgsmålet hvem der bedst véd hvad der er bedst for patienten, lyder traditionens svar: lægen. Her er autoriteten som med sin viden og praktiske erfaring kender til hvad patienten er oppe imod, hvad der kan gøres, og hvilke følger det ene eller andet vil have for patientens helbred mv. Patien-

ten savner typisk, og kan heller ikke forsvarligt bibringes, sådan indsigt, hvortil kommer at patienten ofte er et menneske i knæ: ude af sig selv, ikke sig selv, forpint, angst, opgivende og svag. Af svaret på det første spørgsmål følger så svaret på dette andet, nemlig om hvem der skal bestemme. Lægen har bestemmelsesretten, skal tage det fulde ansvar for sin patient og sørge for at denne følger den kurs der efter lægens skøn er bedst for hende eller ham. Og skulle lægen være i tvivl om hvad der er bedst for patienten, skal lægen rådføre sig med anden læge, bestemt ikke med patienten.

At lægen i kraft af sin hjælpepligt og autoritet har bestemmelsesretten, udgør kernepunktet i medicinsk paternalisme. Deraf følger så det terapeutiske privilegium hvorefter det tillades lægen at anvende midler der almindeligvis fordømmes etisk: tvang, løgn, fortielse, manipulation og pression. Eftersom lægens mål og hensigt altid forlods er etisk i orden, må lægen til at gavne og undgå skade på sin patient bruge midler som ellers oftest bruges til at skade eller forhindre gavn for mennesker.

Skønt højt respekteret for sin store ansvarsbevidsthed og menneskevenlighed er paternalismen nu sunket i grus i en række lande, herunder Danmark. Med lovfæstelsen af princippet om informeret samtykke er den blevet forbudt, med knæsættelsen af tanken om patientrettigheder, dens etiske perspektiv vendt på hovedet.

### **Pligtbaserede rettigheder**

Og dog. Langt de fleste læger vil sikkert tilslutte sig at den voksne og habile patient har ret til på velinformeret grundlag at til- eller fravælge en tilbudt behandling. Selvfølgelig må patienten ikke bestemme over lægen, fx kræve en behandling lægen anser for uforsvarlig, men patienten har bestemmelsesretten over sig selv, forstået som retten til at give eller nægte lægen lov til det ene eller andet (1). Spørgsmålet er imidlertid om det i det ydre så opsigtsvækkende skifte betegner en væsentlig ny etik, eller snarere forvaltningen af den gamle etik i en væsentlig ny tid.

For lægegerningen er tiden væsentlig ny i mindst tre henseender. Den tidligere tids alenevirkende praktiker er nu erstattet af samvirkende, tværfaglige hold omkring patienten. En gennemført praktiseren af paternalisme besværliggøres, ja umuliggøres måske, alene derved. Mange nye behandlingsformer med vidt forskellige virkninger og bivirkninger og også nye behandlingsformer rettet mod andre end de snævre traditionelle mål (overlevelse, helbred, lindring) gør det nærliggende at tage den enkelte patient med på råd i bestræbelsen for at finde det tilbud der synes bedst for netop den pågældende. Og endelig har nye holdninger vundet udbredelse

i befolkningen: folk vil ikke længere lade sig bestemme over af angivelige autoriteter, de vil selv have ansvaret og selv bestemme.

Fastholder en læge i den nye tid nu sig selv på sin hjælpepligt og tanken om at det rigtige at gøre er at gøre det bedste for patienten, vil han eller hun let indse at det eneste fremkommelige er anerkendelsen af en ret til informeret samtykke. Uden den kan lægen ikke leve op til pligten om at søge sin patients bedste. Sandheden varer længst, beslutninger bliver mere holdbare, patienter mere tillidsfulde, trygge, samarbejdsvillige, lydige, helbredes bedre, får bedre livskvalitet hvis lægen behandler dem som ligeværdige personer der formår at modtage information, overveje valgmuligheder og selv træffe vigtige afgørelser.

Set på den måde har patientens ret til information, give eller nægte samtykke mv. sin grund i lægens hjælpepligt (2). Og set på den måde er det måske så som så at kalde dem rettigheder. For antag at en læge i et tilfælde skønner at det vil være skidt for patienten at modtage en given information som det ærlige svar på et direkte spørgsmål, fx om helbredstilstand, prognose, virkninger eller bivirkninger; måske vil patienten fravælge den optimale behandling, miste håbet, blive deprimeret, eller helt unddrage sig lægens hjælp. Da gør lægen det rigtige ved at tilbageholde oplysningen: at svare ærligt ville være at skade patienten og således gå imod hjælpepligten. If. den pligt har lægen kun pligt til at give sin patient oplysninger, så længe de er til gavn og ikke til alvorlig skade for patienten. Og if. den pligt har en patient ikke ret til oplysninger, men kun ret til oplysninger så længe lægen ikke skønner det vil være til alvorlig belastning for patienten at modtage dem. Lægens pligt til at give information har ikke sin grund i patientens ret til at få information, men i lægens hjælpepligt, og må derfor vige for denne sidste i tilfælde af sammenstød. I så fald overlever paternalismen i den nye tid, nemlig som skabspaternalisme.

Hvad man end kan mene om en sådan tingenes tilstand, vil mange sikkert mene at det i hvert fald ikke er at tage rettigheder alvorligt. Forskellen mellem blot at fremhæve vigtigheden af at informeret samtykke, ønsker om information mv. i almindelighed respekteres, og på den anden side tillægge personer en ret til det samme, skulle jo være at det sidste, i modsætning til det første, garanterer at den der har ret til det pågældende, også opnår det, helt uafhængigt af andres skøn og hensyntagen til andre forhold. Det er vel en væsentlig del af hvad det vil sige at nogen har en ret til noget: hvis nogen i forhold til andre har en ret til noget bestemt, har disse dermed en pligt til ikke at hindre denne i at få eller gøre dette. Vil man ikke opfylde det, skal man ikke dobbeltmoralisk tale om rettigheder. ►



### Målbaserede rettigheder

En helt anden tilgang til den etiske begrundelse af rettigheder er den målbaserede. Den afviser at den etisk rigtige handling kan bestemmes som den der i den givne situation fører til det bedste for den berørte part. Der gælder dels den praktiske indvending at det er alt for tidskrævende og uoverskueligt i hvert enkelt tilfælde forfra at skulle finde frem til hvad der alt i alt er bedst, dels den teoretiske at en handlingens rigtighed må være et alment træk ved den: den er rigtig, fordi den overholder en almen regel. Medicinsk etik skal således være et system af almene regler om rettigheder og pligter der kan anvendes i de enkelte tilfælde og gør det klart hvor man har hinanden. For deres vedkommende skal de almene regler så udvælges ud fra en overordnet overvejelse af om en almindelig efterfølgelse af dem vil være mest egnet til at fremme et for alle værdifuldt mål. Målet kan kaldes almenlysten, og de medicinsk-etiske regler skal bedømmes ud fra om deres efterfølgelse alt i alt vil medføre størst og mest udbredt tilfredshed hos de mange mennesker det berører.

På den baggrund går det let med at begrunde princippet om informeret samtykke med tilhørende rettigheder. Princippet kan formuleres sådan at lægen efter omhyggelig information om følgerne af de forskellige valgmuligheder altid bør respektere patientens præference i forhold til udvalget. Naturligvis kan det ske at patienten foretrækker at lægen skal afgøre sagen, og så skal lægen følge denne præference. Lægen skal med andre ord gøre det patienten foretrækker. Ved at følge den almene regel bidrager lægen på to måder, nemlig direkte, dvs. her og nu, og indirekte, dvs. på længere sigt, til at skabe størst mulig tilfredshed. For det første foretrækker langt de

fleste nu om dage at bestemme selv frem for at blive bestemt over hvorfor der direkte skabes tilfredshed ved at efterkomme den præference. For det andet tager paternalismen helt fejl i sin grundantagelse om at lægen bedst véd hvad der er bedst for den enkelte patient. Selvfølgelig ved lægen bedst hvilke slags følger de forskellige behandlinger kan have, men fordi mennesker har så forskellige idéer om et godt liv, om hvad der er godt for dem selv, er det patienten, ikke lægen, der bedst véd om det ene eller andet er bedst for patienten, givet dennes særlige ønsker, forventninger og præferencer til fremtiden. Så ved at følge patientens velinformerede præference her og nu yder lægen på indirekte vis det bedste bidrag til at patienten fremover så vidt muligt kan opnå tilfredshed ved at se sine præferencer for eget liv fremmet og opfyldt (3).

Og nu kan der også i stærk forstand tales om en rettighed. For selv i en situation hvor lægen er fuldt overbevist om at langt det bedste for patienten er noget andet end hvad denne foretrækker har lægen pligt til at efterkomme patientens præference. Hvis lægen nemlig skulle mene at det rigtige her ville være at tilsidesætte patientens ønske og i stedet med den ene eller anden form for svig gøre dét der synes bedst eller mindst skadevoldende, måtte lægen jo mene at den almene regel ikke skal være det ubetingede, men blot det betingende (skabspaternalistiske) princip om informeret samtykke. Det sidste kan lægen imidlertid ikke mene eftersom ræsonnementet ovenfor viser at det er det ubetingede princip, ikke det betingende, der efterfulgt som almen regel skaber størst mulig tilfredshed og tillidsfuldhed i læge-patient-forholdet. Så paradoksalt nok må lægen erkende at de onde følger af at ville gøre godt i et bestemt tilfælde opvejer det gode der tilstræbes for den pågældende patient: at det her er forkert af lægen at gøre det bedste for sin patient.

Nu rejser sig et problem for idéen om målbaserede rettigheder. Umiddelbart forekommer det at hvis lægen skal følge patientens præference, er dette en pligt lægen skylder sin patient: grunden er at patienten har ret til at træffe et informeret valg, også et valg der går stik imod lægens bedste skøn. Dog var det ikke grunden ovenfor: nok havde lægen pligten modsvarende patientens rettighed, men den pligt kom andetsteds fra, nemlig ud fra almene overvejelser helt uden hensyntagen til dette enkelte menneske, ikke fra dets ret og den interesse retten kunne antages at skulle tjene. Så sådan set er pligten til at følge patientens præference ikke en pligt lægen skylder sin patient.

Med den målbaserede tankegang bliver lægen let et hus i splid med sig selv. På den ene side skal han eller hun arbejde ud fra et dybtfølt engagement i den enkelte patient og vilje til at respektere dennes rettigheder. I det tilfælde hvor patienten

ikke kan overbevise om at vælge dét der efter lægens overbevisning helt klart er bedst for patienten, skal lægen leve med at respektere patientens afgørelse og fortælle sig selv at der her er noget højere på spil for patienten end velfærd og helbred; at den gevinst lægen ikke kunne sikre sin patient i én henseende, opvejes af den gevinst lægen med sin respekt for patientens afgørelse sikrer denne i en anden, og her altså vigtigere henseende. På den anden side skal lægen på en stille times afstand fra livet kunne forklare sig selv at der i et sådant tilfælde overhovedet ikke er noget højere på spil for patienten. Den eneste grund til i dette tilfælde at respektere afgørelsen er at folk i almindelighed bedst véd hvad der er bedst for dem selv, sådan at den almindelige efterfølgelse af en regel om at respektere folks afgørelser skaber størst tilfredshed i almindelighed. At respektere patientens afgørelse i dette tilfælde hvor der klart er tale om en undtagelse til den almindelige regel om hvem der véd bedst, er en helt igennem be- drøvelig affære uden nogen form for gevinst for patienten. Bag »det højere« for den enkelte patient gemmer der sig blot hensynet til den almindelige tilfredshed. Og efter denne teoretiske indsigt skal lægen så hanke op i sig selv for at begive sig ud i sin gerning med et samvittighedsliv bundet til respekten for den enkelte for dennes egen skyld.

### **Rettighedsbaserede rettigheder**

Til sidst så det perspektiv hvorefter retten til information, samtykke mv. ses som begrundet i en rettighed, nemlig individets selvbestemmelsesret. I Danmark hersker udbredt enighed om at såfremt en person opfylder visse mindstekrav (alder, modenhed, rimelige forstandsevner), har denne en ret til selv at træffe afgørelser af vigtig betydning for eget liv. Dette betyder ikke blot at personen har lov til, er fri til, at træffe sådanne afgørelser. Det betyder også at andre har pligt til at undlade at hindre personen deri, dvs. har pligt til at afstå fra de former for indblanding, hvormed man kan kontrollere menneskers valg. På den ene side indrettes der så at sige et frirum for den enkeltes omspændende vigtige livsområder (livsstil, arbejdsliv, personlige relationer, politisk aktivitet, religiøsitet mv.), og på den anden fordømmes visse former for indblanding fra andres eller samfundets side. Med indblanding tænkes her bl.a. på trusler og tvang (fysisk, psykisk – »Hvis du gifter dig med den pige, hænger jeg mig!« – legale sanktioner), hvorved personer afskæres fra valgmuligheder, den form for manipulation der styrer folks valg ved at hindre dem i at tænke fornuftigt om deres muligheder, den manipulation der tilslører eller forvrænger et menneskes opfattelse af dets valgmuligheder, desuden løgn, fortieelse, misinformation mv. Frirummet fortæller den enkelte at disse afgørelser er dennes egne, fordømmelserne fortæller andre at de har at

respektere dette og ikke forsøge at usurpere sådanne afgørelser, hvor velmenende og bedreviddende de end måtte være.

Ikke mindst i Danmark skriver tanken om den enkeltes selvbestemmelsesret sig langt tilbage, og samfundsudviklingen viser en meget klar retning i at udstrække den til stadigt flere livsområder og til stadigt flere slags mennesker (kvinder, psykisk udviklingshæmmede, sindslidende, børn og unge). Og afskeden med den medicinske paternalisme er vel blot endnu et skridt på vejen. Ved at tage beslutningen for og fra sin patient gør den paternalistiske læge noget forkert, nemlig ved uretmæssigt og magtmisbrugende at tiltage sig noget som rettelig tilhører dette andet menneske.

Ofte fremstilles selvbestemmelsesretten som en ret vi til-lægger hinanden for at få samfundslivet og samlivet i det hele taget til at forløbe godt og gnidningsfrit. Ved at tage hensyn til hinanden, respektere de vidt forskellige opfattelser og tilbøjeligheder, give folk langt tøjr og ansvar, går det hele bedre. For at kunne være grundlæggende i medicinsk etik må den imidlertid have en anden grund, nemlig en etisk grund. Den må fremtræde som central når det etiske perspektiv anlægges.

Og hvad vil det sidste så sige? Herpå gives to svar, som begge taler stærkt for selvbestemmelsesretten. Det første skyldes *Immanuel Kant*. Det er klart, velkendt og særdeles fremtrædende inden for medicinsk etik internationalt.

### **Respekt for personer**

Kernestykket i den etiske tradition fra *Kant* er tanken om menneskets værdighed der samtidig, eftersom hvert enkelt menneske har del i denne værdighed alene ved at være et menneske, rummer tanken om menneskers ligeværd. Hvor man tidligere forsøgte at forklare denne særlige værdighed med henvisning til menneskets udødelige sjæl og dets væren skabt i Guds billede, fremhæves nu menneskers enestående status af at være personer. Personer er autonome væsener, kendetegnet af en evne til selv at tænke, selv at vælge og selv at handle. Personer formår, i det mindste af og til, at sætte sig ud over de mange påvirkninger og tilskyndelser, udvortes som indvortes, og nå frem til afgørelser og handlinger hvortil de selv er det autentiske ophav. Derfor er personer mål i sig selv; de har, til forskel fra alle andre levende væsener og ting, en indre eller selvstændig værdi der forbyder at de blot betragtes som objekter og udelukkende anvendes som midler for andre formåls skyld.

Slagordet for den kantianske medicinske etik lyder »Respekt for personer«. Fordi personer har den særlige status, er der en lang række ting man ikke må gøre med eller mod dem. At behandle personer for det ene eller andet er kun etisk ►

lødigt så længe disse behandles rigtigt, dvs. behandles som personer. Tanken om individets vidtgående ret til selvbestemmelse udgør operationaliseringen af dette at personer er autonome væsener. I den ret har så princippet om informeret samtykke og de øvrige patientrettigheder deres solide grund. Praktikerer skal fortsat vise omsorg, aktivt kere sig om patientens vé og vel, og søge dennes bedste, som det ser ud for det fagkyndige blik. Dog er banen nu kridtet op med strenge grænser: hertil og ikke længere! Hvor velment og bedrevindende en overskridelse end måtte være, må praktikerer betænke, at han eller hun derved krænker sin patient på selve dennes menneskelige værdighed, betragter og behandler den anden som noget helt andet og langt ringere end hvad denne faktisk er. I én henseende står praktikerens verden uforandret: det gælder fortsat om at efterstræbe de velkendte faglige mål og hos den enkelte patient kæmpe for realiseringen af de pågældende værdier (overlevelse, lindring, forbedret velfærd mv.). I en anden er den til gengæld forandret, idet udefrakommende etiske normer nu har sat bom og skranke og skarpt skel mellem hvad der efter lægens skøn er bedst for patienten og hvad det er rigtigt af lægen at gøre (4).

Mens den målbaserede og denne rettighedsbaserede tilgang i praksis vil føre til stort set samme regelsæt, gælder den væsentlige forskel at nu vil praktikerens forståelse af meningen med reglerne være dækkende for selve sagen. Hvor praktikerer med beklagelse bøjer sig for den ene eller anden patientafgørelse, gøres det af respekt for patienten som selvstændigt og ligeværdigt fornuftsvæsen med evne til at træffe egne afgørelser; hvor praktikerer afstår fra med list eller svig at sætte sin egen mening og vilje igennem, gøres dette som en afstandtagen fra at håndtere patienten som et objekt og krænke dets værdighed som menneske. Når behandleren gør hvad pligten kræver, gør behandleren sin pligt over for dette menneske, den pligt han eller hun helt umiddelbart skylder den pågældende. I modsætning til ved den målbaserede tilgang hersker her sammenfald mellem praktikerens grunde til at gøre det rigtige og den overordnede begrundelse af det rigtige.

I forhold til paternalismen står sagen til at begynde med klart nok. Rigtig mange medicinsk-etiske problemer skyldes sammenstød mellem omsorg og respekt. Ofte må det ene hensyn simpelthen vige for det andet. Og hvor paternalismen giver forrang til omsorgen for den enkeltes vé og vel, sætter den kantianske tilgang altså respekten for den enkelte som person i hovedsædet. Fra paternalistisk hold vil man her indvende at der bag de dyre ord om respekt og værdighed let kan gemme sig både faglig ansvarsforflygtigelse og svigt i forhold til den enkelte.

Hvad angår det første kan der slås på at den kantianske tilgang, ligesom også den målbaserede, opererer med en

tvivlsom ansvarsfordeling. Fortidens paternalist påtog sig det fulde ansvar og måtte leve med beslutninger som viste sig at være skæbnesvangre fejlgreb. Den nye behandler kan sove helt anderledes roligt. Ansvarer går alene på at give de fagligt anerkendte tilbud, informere ordentligt og så udføre eventuelle indgreb fagligt korrekt. Resten er patientens ansvar, for det er jo dennes eget valg, og behandleren hverken kan eller skal blande sig i spørgsmålet om hvad der alt i alt er bedst for det pågældende menneske. Som en anden konsulent skal behandleren begrænse sig til dette: »Her er de forskellige muligheder som kan tilbydes. Dette er de respektive konsekvenser. Vær så god at vælge!«. Mon ikke det er en uholdbar opstilling? Mon ikke nærmere eftersyn vil vise at behandleren og hele behandlerperspektivet altid og på mange måder er så meget inde i billedet at der ligger et klart medansvar for den endelige beslutning?

Hvad angår det med at svigte den enkelte kan det hævdes at den nye grundholdning i mange tilfælde vil prisgive personer, overlade dem til sig selv, i et abstrakt princips navn. Velkendt er det at ofte bestemmer folk selv, uden at det ret beset er dem selv der bestemmer. Nok insisterer de på at sådan og sådan skal det være, alligevel kan man have sine alvorlige tvivl om det nu også er den pågældendes egen beslutning. Som bekendt udgør mangelfuld information eller lægelig pression kun en lille del af de mange faktorer der undergraver beslutningers selvstændighed. Måske beløber de fine ord om respekt for autonome valg sig i virkeligheden til en autonomifælde: så såre den informerede afgørelse foreligger, klapper fælden, og så er den potte ude. Idet den enkelte betragtes som en i princippet autonom beslutningstager, ses der bort fra dennes konkrete livssituation, som måske falder langt fra idealet.

### Respekt og omsorg for individer

Tilsyneladende tvinger konflikten mellem omsorg og respekt til et valg mellem to grundholdninger der giver det ene eller det andet hensyn forrang. Skal dette valg undgås, må det kunne vises at begge grundholdninger møder andre alvorlige indvendinger end dem de hver især selv anerkender som den pris der må betales for at sætte henholdsvis omsorg og respekt i højsædet. Det skal nu gøres.

Først til paternalismen. Indvendingen er her i første omgang at den udlægger omsorg alt for snævert. Hvad behandleren if. paternalismen skal kere sig om hos patienten er dennes velfærd forstået som mulighed for tilfredsstillelse af fundamentale, nærmest biologisk betingende behov. Hvad der er godt og skidt for et menneskes velfærd i denne forstand, og hvad der derfor er en hjælp til dette menneskes bedste, lader sig bedømme så at sige udefra og uden nøjere

kendskab til individet som andet end et eksemplar af noget alment. Det siger sig selv at i overordentlig mange kliniske situationer tjener dette begreb om velfærd som fuldt dækkende for hjælpeindsatsens formål. Det samme begreb kendes fra veterinært arbejde hvor forskellen dog er den at man ofte tilsidesætter netop velfærdshensyn til fordel for andre (fx aflive en fuldt levedygtig travhest med brækket ben). Velfærd hører sammen med trivsel eller at have det godt – god velfærd er forudsætningen for god trivsel, ringe eller svigtende velfærd giver vantrivsel og måske død. Velfærd er uhyre vigtig, og samtidig står det klart at just henvisningen til velfærd som målsætning for behandlararbejde udgør den eneste måde hvorpå paternalismens påstand om behandlerens bestemmelsesret over patienten har nogen som helst udsigt til troværdighed.

Omsorg for en plante, et dyr, et ganske lille barn går vel i det store og hele ud på at kere sig om velfærd. At vise et andet menneske omsorg kræver andet og mere. Det indebærer at man anerkender den anden som en ligemand, som dét man kender fra sig selv, som et væsen med helt sin egen synsvinkel på livet, med ønsker, dybe følelser, drømme, forhåbninger, planer, selvpfattelse, lidelse, sorger, holdninger, værdier, bånd og forpligtelser – med noget, man har fået kært og vil kæmpe for, – »dø, om så det gælder«. Det indebærer at man tager den anden alvorligt som én der må leve sit liv indefra og i stort og småt stræber efter ud fra sine enestående forudsætninger at skabe et levet menneskeliv, der er værd at leve.

Et godt liv, et liv der bruges eller er brugt godt, som er værd at leve eller vellykket, er det man tidligere forstod ved menneskeligt »velvære« (nu om dage betyder dette ord vel nærmest det samme som »velbefindende«). Med det begreb kan indvendingen mod paternalismen så reformuleres: det overordnede mål for behandlerarbejde er at værne om og fremme menneskeligt velvære. Heri er velfærd kun et delmål, og mange af de seneste årtiers kritiske debatter om behandlingsindsatsens svigt under overskrifter som »en værdig død«, »en værdig alderdom«, respekt for den enkeltes integritet og større hensyntagen til livskvalitet har da også handlet om spændingen mellem velfærd og velvære. Hjælpeindsatsen skal sigte mod at værne om og så vidt muligt fremme og opbygge patientens evne til at møde de nye livsudfordringer på måder der er forenelige med dennes livsværdier, sådan at selvværd, livsmød, ansvar, tro og håb kan fastholdes eller skabes – og ikke tværtimod bliver de første ofre for sygdommen eller behandlingen. Og da lader påstanden om behandlerens bestemmelsesret sig let tilbagevise. Det kritisable er ikke dette at behandleren tager beslutningen for og fra den der bedst ved hvad der er bedst, ej heller at behandleren

underkender en autonom beslutningstagers status som sådan. Det kritisable er godt og kort at den omsorgsfulde paternalistiske behandler ikke viser sin patient medmenneskelig omsorg.

Såvidt paternalismen, og nu til det kantianske princip om respekt for personer. Påstanden skal være at ligesom paternalismen forkvakler begrebet omsorg, gør denne grundholdning det samme med sin bærende idé – respekt for personer. I et af sine allersidste småskrifter retter *Søren Kierkegaard* en hård kritik mod *Kants* udlægning af tankerne om respekt og menneskelig værdighed. Hans anke lyder at efter den tankegang er dét at være menneske ». . . som eksemplar at tilhøre en med forstand begavet slægt, så slægten, arten, er højere end individet, eller så der kun er eksemplarer, ikke individer« (5). *Kant* kræver respekt for det enkelte menneske fordi det helt uanset sine individuelle egenskaber har del i dét der giver mennesker og menneskeheden en ganske særlig status og værdifuldhed, nemlig fornuften. Uanset hvad det enkelte menneske står for og gør med sig selv, har det altid og umisteligt denne grundlæggende værdighed alene ved at være et menneske. Til gengæld har individet så at sige kun sin værdighed på anden hånd og helt uafhængig af sin individualitet, nemlig ved at være et eksemplar af dette almene og abstrakte. Således beløber den af *Kant* krævede respekt for den enkelte sig ikke så meget til en respekt for »hin enkelte« som sådan, for dette individuelle menneske som til en respekt for individet betragtet som noget abstrakt, som et væsen med en særlig status (autonom beslutningstager). For *Kierkegaard* forholder det sig lige omvendt. Det grundlæggende værdifulde, dét der besidder den egentlige værdighed, er individet som sådant, og menneskeheden er kun interessant på anden hånd – fordi den består af individer.

*Kierkegaards* tanke kan udvides. Når det drejer sig om respekt for personer, er det afgørende, med hvilke begreber personer opfattes. Paternalismens forklaring lyder at der er tale om væsener med bestemte velfærdsinteresser. Den mål-baserede tilgang slår på at der er tale om væsener der i tillæg til visse almene velfærdsinteresser også møder op med individuelle præferencer.

Endelig påpeger den kantianske tilgang at det handler om væsener der ud over givne velfærdsinteresser og præferencer er autonome beslutningstagere med en grundlæggende interesse i at blive respekteret som sådanne. Hver gang gør man sig et abstrakt billede af det individ der er genstanden for hjælpeindsatsens omsorg og respekt. Typisk indholdsbestemmes billedet så yderligere vha. psykologiske, sociologiske og andre teorier der antages at blotlægge de almene motiver, drivkræfter og reaktionsmønstre som ligger bag menneskelig handlen. Problemet er så at hver gang ender man med at ►

opfatte og forholde sig til »hin enkelte« som et eksemplar af noget alment, som en størrelse med en given beskaffenhed og virkemåde – som et væsen hvis hele væsen indfanges af en bestemt påhæftet etikette.

I mange sammenhænge er det formålstjenligt, ja helt nødvendigt, at have med mennesker at gøre på måder hvor disse opfattes som rollehavere, defineret af den ene eller anden etikette som eksemplarer af noget alment. Det gælder i høj grad også for behandlararbejde. Nu er, if. *Kierkegaard*, det pinlige at uanset hvor tjenlig for givne formål en sådan betragtningsmåde måtte være, vil den aldrig være dækkende for noget som helst individ.

Et individuelt menneske er noget underligt noget. Det er aldrig noget fastlagt, én gang for alle, men er altid en mulighed. Et menneske er aldrig blot hvad det nu engang er med alle sine givne forhold: ønsker, meninger, holdninger, behov, drifter, tilbøjeligheder, vaner mv. Mennesket er »et forhold, der forholder sig til forholdet«: hvis den enkelte vil, kan hun eller han træde tilbage fra sine forhold, spørge sig selv, hvad der for et menneske med disse muligheder, disse evner, disse påvirkninger mv. er værd at gøre og værd at være her i livet; det kan da danne sig ønsker om sine ønsker, meninger om sine meninger, holdninger til sine holdninger og forsøge, nogle gange med held, andre uden, at indrette sit handlingsliv efter sådanne livsværdier og mål.

At tage et andet menneske eller sig selv alvorligt, at respektere det som et individ i egen ret, indebærer således en anskuelse af dette menneske som én, der formår at være og gøre noget endnu ubestemt, snarere end som én, der allerede er og gør noget bestemt; det er at anskue dette menneske på en åben vis, som ophavet til overvejelser, afgørelser, målsætninger og handlinger hvis retning og beskaffenhed endnu er en åben sag – kort sagt at anskue det som en stående mulighed for selvudvikling. Det indebærer at man netop ikke låser sig fast på etiketter, abstrakte bestemmelser eller roller, men forsøger at trænge bag disse og have med mennesket at gøre som én der ikke bare har disse roller eller falder under disse bestemmelser, men har et synspunkt på sig selv som én der har disse roller, egenskaber mv.

Selvfølgelig står det én frit at afvise anskuelser af sig selv og andre som individer i denne forstand. Faktisk er det ret let og ofte særdeles bekvemt. På samme måde står det én frit at afvise den etiske betragtningsmåde, fx af behandlararbejde. Vil man derimod tage den etiske betragtningsmåde alvorligt, er der ingen vej udenom: første og afgørende skridt består da i anerkendelsen af at mennesker er individer. Denne anerkendelse har skikkelse af en grundholdning, uden hvilken omsorg og respekt for medmennesker nedskrives til ynkelige karikaturer.

Disse betragtninger kan nu sammenfattes som følger. Lægges der pres på paternalismens bannermærke: omsorg, dukker begrebet om menneskeligt velvære op som det centrale. Det overordnede mål for behandlararbejde er med sine særlige midler at værne om og fremme noget grundlæggende værdifuldt, nemlig et vellykket eller godt levet liv for det enkelte menneske. Lægges der pres på den kantianske tankegangs kernebegreb om respekt for personer, dukker tanken om individets selvudvikling op. Givet en bestemt præmis kan der så mageligt slås bro mellem de to tilsyneladende så uforsonlige grundholdninger.

Præmissen siger at for at et liv kan lykkes i dagens Danmark, må den hvis liv det er, være til stede i dette liv på en bestemt måde, nemlig som selvbestemmende. Dette var ikke det almene vilkår på *Kierkegaards* tid og er det heller ikke den dag i dag i langt de fleste samfund. Typisk er opnåelse af velvære, et godt og værdigt liv, en sag om at individet i sit handlingsliv efterlever en på forhånd given skabelon, en autoriseret indholdsmæssig opskrift på den rigtige livsførelse for personer af den og den slags (mænd, kvinder osv.). Det er en grundlæggende kendsgerning om den nutidige danske kultur at sådan forholder det sig ikke længere. Hvad angår alle væsentlige livsindhold – ægteskab, forældreskab, arbejde, livsstil, sociale, kulturelle, politiske tilhørsforhold mv. – hersker nu den norm at individets deltagelse og engagement er dettes eget valg og ansvar.

Med den præmis fremstår et klart alternativ til den kantianske forklaring af meningen med den selvbestemmelsesret for individet der står så markant i dagens Danmark. Som skitseret ovenfor siger den kantianske forklaring at selvbestemmelsesretten skal forstås som retten for den enkelte til selv at bestemme i egne anliggender og dermed pligten for andre til ikke at blande sig og således – hvad det hele handler om – anerkende den enkeltes menneskelige værdighed og ligeværd i kraft af at være autonom beslutningstager. Efter den alternative forklaring er meningen med selvbestemmelsesretten at værne om og fremme individets selvbestemmelse. Ved det sidste forstås den proces hvorved et menneske med sine overvejelser, valg og handlinger livet igennem bestemmer sit liv, giver det indhold, retning og fylde – med løbende udgangspunkt i skiftende muligheder og det meget ubestemte gør sig selv og sit liv til noget bestemt. Sagt med andre ord er det selvudvikling, og det drejer sig om idealet om individets frie selvudvikling. Meningen med selvbestemmelsesretten er ikke så meget at gøre honnør for en status som at muliggøre og fremme noget der anses for i sig selv værdifuldt. Det afgørende er ikke selve friheden til selv at bestemme, men det levede liv der kan resultere af denne frihed brugt godt og ansvarligt. Og det værdifulde ved livet i selvbestemmelse

fremgår af præmissen over for: som landet ligger i dagens Danmark, udgør selvbestemmelse nu engang en væsentlig bestanddel af et liv der er værd at leve.

Set i det perspektiv er princippet om informeret samtykke og de tilhørende patientrettigheder ikke en fremmed fugl der har slået sig ned i den medicinske verden og nu besværliggør praktikernes indsats for deres hævdvundne målsætninger. Tværtimod drejer det sig om et vigtigt led i udmøntningen af hvordan de hævdvundne målsætninger skal forstås og forvaltes i en ny tid. Og set i det perspektiv betegner samtykkeprincippet og rettighederne kun en mindre, så at sige operationaliserbar del af behandlerens etiske skyldighed over for sin patient. Som fremstillet i tidligere afsnit kan det efter ordlyden nøjagtig samme regelsæt begrundes og forvaltes ud fra vidt forskellige grundholdninger med tilhørende forskellige udlægninger af »til patientens bedste«, »omsorg« og »respekt«. I det regi der fordrer omsorg og respekt for individer, bliver regelsættet, såvel fagligt som medmenneskeligt, langt mere krævende end under de andre iscenesættelser (6). Måske kan det så til gengæld bidrage til at også i den nye tid vil et menneskes bestræbelse for at blive en god behandler kunne være en væsentlig del af en stræben efter at blive et godt menneske og leve et værdifuldt liv.

## Noter og henvisninger

- 1) Princippet om informeret samtykke giver patienten ret, men ikke pligt, til selv at træffe afgørelser. Det står den enkelte frit at delegerer bestemmelsesretten til behandleren.
- 2) I »Den samaritanske pligt«, København 1995, synes Henrik R. Wulff at forfægte den her skitserede position.
- 3) Den mest udførlige fremstilling af teorien om målbaserede pligter gives af R.M. Hare i »Moral thinking«, Oxford 1981. Hare anvender sin teori på medicinsk etik i artiklen »Utilitarianism and deontological principles«, i R. Gillon (red.): »Principles of health care ethics«,

London 1994. På dansk fremføres synspunktet af Peter Sandøe i »Etik og prioritering«, i P. Sandøe (red.): »Livskvalitet og etisk prioritering«, København 1992, desuden i N. Holtug og K. Kappel (red.): »Anvendt etik«, København 1993.

- 4) En særdeles markant fortaler for det kantianske synspunkt er den amerikanske bioetiker H. Tristram Engelhardt Jr., hvis hovedværk er »The foundations of bioethics«, New York 1986. På dansk fremstilles positionen af Carl Erik Mabeck og Daniel Andersen i D. Andersen, C.E. Mabeck og P. Riis (red.): »Medicinsk etik«, København FADL, henholdsvis kap. 11 og kap. 24. Synspunktet er nært forbundet med tanken om menneskerettigheder og klart bærende i Europarådets kommende bioetikkonvention.
- 5) S. Kierkegaard: Samlede Værker, København 1964, bind 18, s. 152.
- 6) En påpejning af noget af det etiske fordrede i denne grundholdning ligger i den følgende ofte citerede passage hos Kierkegaard:  
»At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i indbildning, når han mener at kunne hjælpe en anden. For i sandhed at kunne hjælpe en anden, må jeg forstå mere end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper min mere-forståen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gøre min mere-forståen gældende, så er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, så jeg i grunden i stedet for at gavne ham egentlig vil beundres af ham. Men al sand hjælpen begynder med en ydmygelse; hjælperen må først ydmyge sig under den, han vil hjælpe, og herved forstå, at det at hjælpe ikke er det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste men den tålmodigste, at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og i ikke at forstå hvad den anden forstår.«  
S. Kierkegaard: Samlede værker, København 1964, bind 18, s. 96-97.

## Forfatter

Jørgen Husted, lektor  
Institut for Filosofi, Aarhus Universitet