

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Litteratur

1. Holtug N, Kappel K, Lippert-Rasmussen K. Det retfærdige samfund. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk, 1997.
2. Kappel K. Medicinsk Etik. København: Gyldendal, 1996.
3. Gold MR, Siegel JE, Russel LB et al, eds. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press, 1996.
4. Rawls J. A theory of justice. Oxford: Oxford University Press, 1971.
5. Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
6. Rawls J. Social unity and primary goods. I: Freeman S, ed. John Rawls: Collected papers. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1999: 359-89.
7. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philos Sci 1977;44:542-73.
8. Norup M, Rossel P. Solidarity in health care and concepts of disease. Med Health Care Philos 2003;2:199.
9. Sen A. Inequality re-examined. Oxford: Clarendon Press, 1992.
10. Sabin JE, Daniels N. Setting limits fairly. Oxford: Oxford University Press, 2002.
11. Daniels N, Kennedy B, Kawachi I. Is inequality bad for our health? Boston: Beacon Press, 2000.
12. Sabin JE, Daniels N. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philos Public Aff 1997;4:303-350.
13. Holm S. Developments in the Nordic countries – goodbye to the simple solutions. I: Coulter A, Ham C, eds. The global challenge of health care rationing. Philadelphia: Open University Press, 2000: 29-37.
14. Schwappach DLB. Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidence. Health Expect 2002;5:210-22.
15. Menzel P, Gold MR, Nord E et al. Toward a broader view of values in cost-effectiveness analysis of health. Hastings Center Reports 1999;29:7-15.
16. Dolan P, Cookson RA. A qualitative study of the extent to which health gain matters when choosing between groups of patients. Health Policy 2000;51:19-30.
17. Nord E, Pinto-Prades J-L, Richardos J et al. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuation of health care programmes. Health Econ 1999;8:25-39.
18. Abelson J, Forest P-G, Eyles J et al. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. Soc Sci Med 2003;57:239-51.
19. Mullen PM. Public involvement in health care priority setting: an overview of methods eliciting values. Health Expect 1999;2:222-34.
20. Cohen J. For a democratic society. I: Freeman S, ed. The Cambridge Companion to Rawls. Cambridge: Cambridge Press, 2003: 86-138.
21. Holm S Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority in health care. BMJ 1998;317:1000-2.
22. Det Etske Råd. Prioritering i sundhedsvæsenet. København: Det Etske Råd, 1996.
23. Martin DK, Giacomini M, Singer PA. Fairness, accountability for reasonableness, and the view of priority setting decision-makers. Health Policy 2002;61:279-90.
24. Martin DK, Pater JL, Singer PA. Priority setting decisions for new cancer drugs: a qualitative case study. Lancet 2001;358:1676-81.
25. Singer PA, Martin DK, Giacomini M et al. Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study. BMJ 2000;321:1316-9.
26. Martin D, Hollenberg D, MacRae S et al. Priority setting in a hospital drug formulary: a qualitative case study and evaluation. Health Policy 2003;66:295-303.

Behovet for nye og bredere perspektiver

Lektor Peter Rossel

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Medicinsk Videnskabsteori

Efterhånden klassiske etiske problemstillinger inden for lægegeringen omfatter bl.a. de etiske aspekter af læge-patientforholdet, herunder det informerede samtykke i dagligt klinisk arbejde, tavshedspligten, inddragelse af patienter og raske personer i lægevidenskabelige forsøg, undladelse af at iværksætte livsnødvendig behandling og aktiv dødshjælp. Det er derfor også nogle af de emner, der bliver behandlet i dette temanummer om etik.

Udviklingen inden for moderne medicinsk viden og teknologi er blevet fulgt af tiltag til en regulering af anvendelsen heraf, bl.a. lovgivningsmæssigt. Udviklingen inden for genetik, moderne reproduktionsteknologi og stamcelleforskning, der åbner helt nye muligheder for behandling for bl.a. svært invaliderende sygdomme som parkinsonisme, er eksempler herpå. Hermed rejser der sig nye problemstillinger og klassiske spørgsmål, som ikke er ofret samme opmærksomhed som de indledningsvis nævnte, aktualiseres. Derfor er der behov

for nye og bredere perspektiver vedr. medicinsk-etiske spørgsmål på i det mindste to områder.

Lovgivning og etik

Det ene område er forholdet mellem lovgivning og etik. Efter en omfattende debat vedtog Folketinget i 1997 lov om kunstig befrugtning m.v., der bl.a. indebærer det højst besynderlige, at de eneste i dette land, der ikke må foretage kunstig befrugtning af enlige kvinder og lesbiske, er læger. Alle andre må godt: bagere, cykelsmede, ja sågar idehistorikere, eftersom der ikke er forbud herimod, men altså ikke lægerne, der er de bedst kvalificerede. Der er derfor grund til at se nærmere på forholdet mellem lovgivning og etik: Hvilke spørgsmål bliver af Folketinget i det hele taget opfattet som etiske spørgsmål? Hvad er det for en opfattelse af etik, der ligger til grund for udsagn som: »Da dette er et etisk spørgsmål, er medlemmerne af vores folketingsgruppe frit stillet?« Bygger en stillingtagen blot på de enkelte medlemmers følelser, eller fremføres der begrundelser? Ja, hvilke spørgsmål er det i det hele taget berettiget at lovgive om i et pluralistisk og demokratisk samfund? I givet fald hvorledes? Det er spørgsmål som de sidst nævnte, der bl.a. er centrale for den sene *Rawls* [1, 2] og inden for den gren af moderne politisk filosofi, der går under beteg-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

nelsen *deliberative democracy* [3]. Og det er spørgsmål, der er aktuelle, idet Folketinget her i foråret tager lov om kunstig befrugtning m.v. op til revision, bl.a. i spørgsmålet om nedfrysningstiden for befrugtede æg.

Et retfærdigt sundhedsvæsen

Hovedparten af den medicinsk-etiske litteratur har været centreret omkring det individuelle læge-patient-forhold og de etiske aspekter af moderne medicinsk teknologi. Der er imidlertid behov for et bredere perspektiv – et perspektiv på samfundsniveau – vedrørende spørgsmål om fordelingsretfærdighed i relation til et sundhedsvæsens ydelser. Det indebærer spørgsmål som, hvad er det, der er det specielle ved de ydelser, der udbydes inden for sundhedsvæsenet, som kan begrunde, at dette er offentligt finansieret? Med andre ord: det normative grundlag for et offentligt finansieret sundhedsvæsen. Der er her tale om et mere klassisk spørgsmål, der aktualiseres af, at der i stigende omfang blandt politikere og andre tales om patienten som forbruger. Men hvis der ikke er noget specielt ved sundhedsvæsenets ydelser, som adskiller disse fra almindelige varer, er det vanskeligt at begrunde, hvorfor disse ydelser bør være offentligt finansieret. Inden for dette område rejser sig også spørgsmålene om, hvad der karakteriserer et retfærdigt sundhedssystem. Et klassisk svar

er, at et afgørende karakteristikum er, at der er ret til lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Dette svar rejser imidlertid yderligere spørgsmål som: Er alle uligheder i sundhed uretfærdige? Desuden rejses spørgsmålet om hvilke ydelser, der skal være lige adgang til? Også her er der tale om et mere klassisk spørgsmål, der aktualiseres af udviklingen inden for moderne medicinsk videnskab og teknologi: Spørgsmål om prioriteringer af resurser, der under alle omstændigheder vil være begrænsede i en situation med stadig flere og bedre behandlingsmuligheder. Er det muligt at udvikle procedurer, der både er fair og anvendelige, med hensyn til prioriteringer inden for sundhedsvæsenet? Det er et af de spørgsmål, der tages hul på i [4].

Korrespondance: Peter Rossel, Afdeling for Medicinsk Videnskabsteori, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Panum Institut, Blegdamsvej 3, DK-2200 København N.

Antaget: 6. maj 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Rawls J. Political liberalism. New York: Columbia University Press, 1993.
2. Rawls J. The law of peoples, with "The idea of public reason revisited". Cambridge Mass: Harvard University Press, 1999.
3. Cohen J. For a democratic society. I: Freeman S, ed. The Cambridge Companion to Rawls. Cambridge: Cambridge Press, 2003:86-138.
4. Norup M, Rossel P. Fordelingsretfærdighed og prioritering. Ugeskr Læger 2004;166:2348-51.

Etiske overvejelser ved afslutning af intensiv terapi

Overlæge Hans-Henrik Bülow

Resumé

I artiklen gennemgås de vanskeligheder, vi står over for i dag i relation til intensiv terapi, hvor udviklingen har gjort, at patienterne ikke altid dør »en naturlig død«. Forløbet kan ofte delvist styres af behandlerne. Lovgivningen på området gennemgås. Etiske overvejelser i relation til de forskellige behandlingsniveauer (behandlingsintensiteter) på intensivafdeling gennemgås. Flere steder påpeges vigtigheden af kommunikation og konsensus mellem de forskellige personalegrupper og i relation til pårørende. Der gives forslag til, hvordan afslutning af udsigtsløs terapi på intensivafdeling kan håndteres. Det understreges, at alle beslutninger og samtaler skal dokumenteres i journalen, ikke kun fordi det er lov-befalet, men også for at undgå misforståelser internt blandt behandlerne og eksternt over for familien.

Criteria for admission to the intensive care unit as well as termination of such care must be based on flawless science and ethics [1].

Udviklingen i intensiv terapi har betydet, at et individs liv ofte kan forlænges ud over punktet for naturlig død, og fordi vi kan understøtte defekte organer, er døden nu ofte en proces mere end en begivenhed.

I den situation kan døden indtræde på to måder: Enten når patienten ud over sit »breaking point« selv med teknologiens hjælp, eller når lægerne beslutter at stoppe behandlingen.

Dette skisma mellem det medicinsk mulige og det etisk forsvarlige har i USA op gennem 1990'erne ført til, at et stigende antal patienter på intensivafdelinger nu dør efter aktivt behandlingsophør [2], og i Europa har en betydelig forskningsindsats i de senere år belyst disse problemstillinger [3-5].

Dødsprocessen på en intensivafdeling kan altså til en vis