



**DET
ETISKE
RÅD**

Baggrundspapir om

TIDLIG OPSPORING AF SYGDOM



HVORDAN VARETAGES OPGAVEN MED TIDLIG OPSPORING

De senere år har der været meget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom gennem tidlig opsporing og intervention. Ved tidlig opsporing forstår vi her, at sundhedspersoner og andre identificerer personer, som vurderes at have en forøget risiko for at udvikle væsentlige sundhedsproblemer og tilbyder en intervention.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet 11 forebyggelsespakker med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde.¹ I pakkerne indgår fire typer af indsatser, hvoraf den ene er tidlig opsporing:

Tidlig opsporing vedrører opsporing af risikofaktorer hos borgere, som kommunens personale er i kontakt med i anden anledning. Fx har sundhedsplejen og hjemmeplejen gode muligheder for at identificere risikoadfærd som alkoholmisbrug, rygning og mistriksel ved hjemmebesøg og kan på denne baggrund iværksætte tidlig indsats. Tidlig opsporing sker også, når den kommunale sundhedstjeneste på systematisk grundlag identificerer rygere og gennemfører en samtale om tobak ved udskolingssamtalen i folkeskolens afgangsklasser.²

Tidlig opsporing af sygdom foregår også gennem sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner, hvor spørgsmålene om forebyggelse og tidlig opsporing adresseres direkte.³

I praksis er arbejdsdelingen mellem kommunerne og regionerne forholdsvis kompliceret, ligesom både indholdet og organiseringen af forebyggelsestiltagene kan variere meget fra region til region og fra kommune til kommune. En af grundene til dette er, at kommunerne ifølge grundlovens § 82 har ret til selv at styre sine anliggender. I princippet bestemmer de enkelte kommuner derfor i store træk selv, hvordan de vil gribe opgaven an. I praksis medfører dette, at opgaven varetages vidt forskelligt, hvilket tydeligt fremgår af en række evalueringer, fx af Sundhedsstyrelsen (2017): *Tidlig indsats for sårbare familier – afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser* (2017). I rapporten konkluderes det fx, at:

¹ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

² *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*, s.16

³ Se de seneste aftaler her: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>

det er værd at bemærke, at undersøgelsen viser, at der er forskel på hvilke metodiske redskaber, fagpersonerne bruger i arbejdet med familierne, både fra fagperson til fagperson og kommune til kommune og indbyrdes i kommunen. Man kunne derfor ønske, at sundhedsplejerskerne og andre involverede mestrer og benytter de screeningsredskaber og standardiserede metoder, der virker bedst i forhold til identifikation af målgruppen (s. 68).

Det skal dog nævnes, at nogle af kommunernes opgaver i forbindelse med tidlig opsporing og forebyggelse er relativt detailstyrede af lovgivningen. Dette gælder eksempelvis for tilbud om forebyggende undersøgelser til børn og unge, idet det fremgår af kapitel 36 i sundhedsloven, at alle børn og unge skal tilbydes vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør, ligesom familier med særlige behov skal tilbydes en øget indsats ligeledes indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved sundhedsplejerske eller læge.

Det fremgår af Introduktion *til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*, at der er en lang række samfundsmæssige gevinster knyttet til tidlig opsporing og forebyggelse, herunder også økonomiske besparelser for de enkelte kommuner. Det nævnes også, at sparede omkostninger ikke er den eneste faktor, der skal tages i betragtning: ”Andre hensyn og ønsker, fx ønsket om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, kan dog gøre, at det i nogle tilfælde kan være fornuftigt at gennemføre en indsats, selvom det ikke umiddelbart betaler sig ud fra en økonomisk betragtning” (s. 13). Det nævnes også i introduktionen, at der ”er stor forskel på, i hvor høj grad forebyggelsesindsatsen dokumenteres og evalueres i kommunerne, og der eksisterer ikke et samlet overblik over, hvilke indsatser der implementeres rundt omkring i landet, og hvilke forebyggelsesmetoder kommunerne anvender” (s. 24).

Fraværet af ensartethed i kommuner og regioner karakteriserer ikke kun brugen af metodiske redskaber, dokumentationskrav og evaluering. Det gælder også på andre områder, fx i forhold til evidenskrav og etiske standarder. For Det Etiske Råd er det særligt relevant, at det i dansk sammenhæng er vanskeligt at finde frem til samlede og gennearbejdede etiske retningslinjer på området. Der findes etiske overvejelser og beskrivelser af etiske begreber enkelte steder, men disse må siges at være af så overfladisk karakter, at de næppe udgør en hjælp i praksis.

AUTONOMI OG SELVBESTEMMELSE

Gennem de seneste årtier er patienters ret til selvbestemmelse i stigende grad blevet en del af både sundhedslovgivningen og den sundhedsfaglige praksis. I § 1 i sundhedsloven fremgår det, at ”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”. Allerede i § 2 præciseres det desuden, at ”Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse”. Lignende udsagn findes ikke, når det drejer sig om forebyggelse.

I forebyggelsen er der også tale om en afvejning af på den ene side at fremme den enkelte persons sundhed uden på den anden side at kompromittere respekten for personens selvbestemmelse. Umiddelbart forekommer denne afvejning måske ikke særlig vanskelig, da det må antages, at den enkelte person selv har en interesse i at være så sund som overhovedet muligt. Men ved nærmere eftertanke bliver det klart, at en person kan have mange andre interesser og ønsker, der konkurrerer med sundheden. Det ses i forbindelse med sundhedskampagner, som opfordrer os til at spise sundere, holde op med at ryge, drikke mindre alkohol og motionere mere mv. Det er imidlertid ikke så let at få befolkningen til det, hvilket netop demonstrerer, at sundhed ikke nødvendigvis er det højeste eller vigtigste mål for den enkelte.

At sundhedsloven tilsiger, at sundhedspersoner skal sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse kan siges at udtrykke en anerkendelse af, at menneskelig livsudfoldelse er værdibaseret og kan udtrykke mange forskellige typer af værdier. Det enkelte menneske har ikke kun fokus på sin egen velfærd og sundhed eller sit eget velbefindende, selv om disse aspekter ofte er fremtrædende. Det kan i lige så høj eller højere grad have opmærksomheden rettet mod værdier af en helt anden karakter, fx etiske værdier eller værdier knyttet til en bestemt kultur. Samtidig er det væsentligt, at to personer kan have vidt forskellige værdier. Netop derfor lægges der så meget vægt på selvbestemmelse i sundhedssektoren, som der gør. Hvad der udgør den bedste behandling af en person, afhænger af personens egne værdier og opfattelser. Hvordan personen skal behandles, skal derfor i princippet afgøres ud fra personens eget perspektiv på sin situation, ikke ud fra fx sundhedspersonalets perspektiv.

I praksis har tankegangen haft en lang række konsekvenser for sundhedssektorens måde at fungere på. Et illustrativt eksempel er, at det informerede samtykke har fået en fremtrædende plads i relationen mellem patienten og sundhedspersonen. Dette forekommer velbegrunderet ud fra den beskrevne problematik. Hvis en patient som

udgangspunkt altid skal give sit samtykke til en given behandling, før den igangsættes, har patienten gode muligheder for at sikre sig, at det er hans eller hendes værdier og prioriteringer i forhold til forskellige værdier, der kommer til at afgøre den konkrete behandlingsindsats.

De ovenstående konstateringer af, at menneskelivet er værdibaseret og kan udtrykke en mangfoldighed af forskelligartede værdier og holdninger, har konsekvenser for diskussionen om tidlig opsporing og forebyggelse. Også i denne sammenhæng forekommer det nærliggende, at indsatserne bør foregå med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Men hvad betyder dette helt konkret i denne sammenhæng?

Ofte er startpunktet for tidlig opsporing og eventuel efterfølgende indsats, at en offentlig instans, en sundhedsperson eller en anden offentligt ansat uopfordret henvender sig til en person med henblik på at afklare personens sundhedsstatus og eventuelt tilbyde en efterfølgende sundhedsindsats. Det kan fx være den praktiserende læge, der spørger til patientens alkoholforbrug, kommenterer patientens vægt eller foreslår en gravid kvinde at blive screenet for fødselsdepression ved at udfylde et spørgeskema. Spørgsmålet er, om sådanne henvendelser ud fra de ovenstående overvejelser er uacceptable, fordi patienten ikke har bedt om dem og givet samtykke til dem? Dette behøver ikke nødvendigvis at være tilfældet, hvilket kan illustreres med en meget berømt passage fra filosofen John Stuart Mills værk *On Liberty*⁴:

the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant. He cannot rightfully be compelled to do or forbear because it will be better for him to do so, because it will make him happier, because, in the opinions of others, to do so would be wise, or even right. These are good reasons for remonstrating with him, or reasoning with him, or persuading him, or entreating him, but not for compelling him, or visiting him with any evil in case he do otherwise.

Passagen lægger op til, at man må skelne mellem forskellige former for interaktion mellem mennesker. Det er ikke acceptabelt, ifølge Mill, at udøve magt, presse eller tvinge en person til at forbedre sin sundhedstilstand. Men på den anden side er det

⁴ Se dog også overvejelserne om stigmatisering og privathed senere i teksten.

acceptabelt at diskutere sagen med personen og forsøge at overbevise personen om det rette i at tage sin sundhed alvorligt.

Grænsen er naturligvis hårfin. Det kan være nuancer i tonefald og kropsholdning, der er afgørende for, om en sundhedsperson påtvinger personen at udfylde et skema, eller om det må opfattes sådan, at det er personens eget ønske at gøre det. Og problematikken bliver ikke mindre besværlig af, at sundhedspersoner ofte opfattes som autoriteter, som det derfor kan være svært at sige imod.

De aktører, Det Etiske Råd var i kontakt med under arbejdet med tidlig opsporing, var til en vis grad alle opmærksomme på problematikken og nogle henviste til forskellige materialer, der er lavet netop for at understøtte, at personens deltagelse i en indsats rettet mod tidlig opsporing er frivillig og altså ikke skyldes pres eller tvang.⁵ Men under alle omstændigheder er det af afgørende betydning, at den professionelle aktør har gjort sig klart og tager højde for, at ikke alle former for interaktion med personen er etisk acceptable. De skal som udgangspunkt respektere personens integritet og ret til selvbestemmelse.

Formuleringen om, at sundhedspersonen *som udgangspunkt* skal respektere personens integritet og selvbestemmelse, skyldes, at dette ud fra en etisk betragtning først og fremmest gælder, hvis der er tale om beslutningshabile personer. Hvis der er tale om personer, som er *inhabile* til at træffe beslutninger, kan det derimod være acceptabelt eller endda påkrævet, at personens ret til selvbestemmelse tilsidesættes. I så fald taler man om *paternalisme*, dvs. at sundhedspersonen tilsidesætter retten til selvbestemmelse for at gavne personen med den begrundelse, at personens evne til selv at træffe beslutninger er nedsat.

Andre vil mene, at det er udtryk for omsorg for den enkelte, at sundhedspersoner overskrider disse grænser for integritet og selvbestemmelse, når formålet er at forbedre sundheden, fordi sundhed er en forudsætning for, at man kan handle frit. Paternalisme kan derfor forsvares også over for beslutningshabile personer.

Det Etiske Råd blev præsenteret for et illustrativt eksempel på en sådan situation under et møde med ansatte fra projektet TOP – tidlig opsporing af psykose. Nogle personer med begyndende psykose mangler sygdomserkendelse og er derfor meget utilbøjelige til at acceptere indsatser rettet mod forebyggelse eller behandling. Netop derfor kan det være på sin plads at forsøge at få dem i behandling eller at fastholde

⁵ Blandt andet Gregers Rosdahl (2013): *Den motiverende samtale i teori og praksis*, Munksgaard.

dem i en allerede påbegyndt behandling, selv om det involverer lettere former for pres eller manipulation.

Vurderingen af en persons beslutningshabilitet foregår imidlertid normalt i en gråzone – hvilket de ansatte fra TOP også fuldt ud var klar over – fordi en persons beslutningshabilitet normalt ikke er et spørgsmål om enten – eller. Det er snarere et spørgsmål om grader. I litteraturen om emnet opererer man med en række parametre, som kan indgå i vurderingen af, hvornår en person kan betragtes som inhabil til at træffe beslutninger, fx:

- Personens evne til at forstå, at han eller hun har forskellige valgmuligheder.
- Personens forståelse af sin situation.
- Personens evne til at ræsonnere og forholde sig rationelt.
- Personens evne til at forholde sig til sin sygdom og den situation, han eller hun befinder sig i, hvilket klinisk set ofte sammenfattes i spørgsmålet om, hvorvidt personen har ”indsigt”.⁶

Det er betegnende, at ingen af disse parametre har karakter af at være kriterier, der enten ”er indfriet” eller ”ikke er indfriet”. Der er tværtimod tale om færdigheder og evner, som for stort set alle personers vedkommende er indfriet i større eller mindre udstrækning. Desuden kan beslutningshabiliteten ændre sig væsentligt over tid, ligesom det kan være vanskeligt at svare entydigt på, hvad det vil sige at ”forholde sig rationelt”.

Dette medfører for det første, at en person kan være habil til at træffe nogle (enkle/ukomplicerede) beslutninger og inhabil til at træffe andre (sammensatte/komplicerede) beslutninger. Det betyder endvidere, at vurderingen af en persons habilitet i nogle tilfælde foregår i en gråzone, hvor det ikke er indlysende, om personen faktisk er habil til at træffe en given beslutning eller ej. Der kan derfor være en vis risiko for, at vurderingen ender med at være forfejlet. Der bør derfor være gode muligheder for samarbejde og briefing mv. i forbindelse med personer, der vurderes at have nedsat beslutningsevne.

Det Ethiske Råd har på baggrund af overvejelserne om autonomi og selvbestemmelse ovenfor forsøgt at formulere nogle etiske opmærksomhedspunkter, som det kan være

⁶ Se Peele, Roger & Paul Chodoff (1999): “The Ethics of Involuntary Hospitalization and Deinstitutionalization” Kap. 20 i *Psychiatric Ethics*, (Eds.: S. Bloch, P. Chodoff & S. A. Green), Third Edition, Oxford University Press.

relevant at tage i betragtning i forbindelse med indsatser rettet mod tidlig opsporing og eventuel efterfølgende indsats:

- Man bør være opmærksom på og respektere, at opnåelse af sundhed under alle omstændigheder kun er en blandt flere målsætninger for personen. En indsats rettet mod at forøge personens sundhed skal først og fremmest give mening set fra personens perspektiv, ikke kun fra sundhedspersonens perspektiv.
- Det er aldrig berettiget at udøve paternalisme over for borgere, der vurderes at være fuldt ud beslutningshabile. Borgere kan tilbydes information og inviteres til at deltage i et opsporingstiltag, men de må aldrig fx presses eller manipuleres til at tage imod information eller undersøgelse. I nogle tilfælde kan det være berettiget at udøve paternalisme over for personen, men det er i så fald væsentligt at være opmærksom på: (1): at vurderingen af personens habilitet kan foregå i en gråzone og derfor er særdeles vanskelig at foretage, (2): at udøvelse af paternalisme som regel opfattes som krænkende og derfor kun kan retfærdiggøres, hvis der er mulighed for at opnå væsentlige sundhedsgevinster for personen, (3): at det er vigtigt at have adgang til sparring og dialog om de enkelte personer og (4): at der i disse situationer kan stilles særlige krav om, at der er evidens for nytten af et givent tiltag.
- At man kan udøve paternalisme på mange måder, fx gennem sit kropssprog, sin stemmeføring eller sin attitude. Paternalismen er ikke kun knyttet til det, man siger eller gør.

URØRLIGHEDSZONER OG PRIVATHED

Et væsentligt tema i relationen mellem sundhedspersoner og borgere er, at sundhedspersonen skal være varsom med at overskride borgernes såkaldte privatheds- eller urørlighedszoner. Der er tale om et kompleks fænomen, fordi der er tale om flere typer af zoner af forskellig karakter samtidig med, at mennesker har forskellige grænser i forhold til disse zoner. Men ikke desto mindre er zonerne og spillereglerne i forhold til dem velkendte for de fleste.

En af de mest velkendte er kroppen og den intimsfære, som vi omgiver kroppen med. Vi er normalt meget selektive med at give andre personer adgang til vores krop - ikke mindst i nøgen tilstand. Den måde, vi giver et andet menneske adgang til vores krop på, udtrykker eller symboliserer den relation, vi har til personen – og er også med til at forme relationen på længere sigt. Nogle mennesker giver vi håndtryk, andre får et knus. Nogle ganske få mennesker fra vores hverdagsliv er vi villige til at lade yde os

kropslig pleje på intime steder, mens vi deler vores seksualitet med endnu færre, osv. På denne måde udgør råderetten over vores krop en understøttelse af vores identitet i den forstand, at den giver os mulighed for at forme og udtrykke vores relation til vores medmennesker. Blandt andet af den grund er det væsentlig for os at bibeholde vores *kropslige integritet*, det vil sige vores mulighed for frit at disponere over vores krop. Dette kan have betydning for den måde, man bør tilgå kroppen på fx i forbindelse med en forebyggende undersøgelse for overvægt.

Den danske teolog, K. E. Løgstrup, taler om menneskets urørlighedszone, som andre mennesker som regel respekterer og ikke kommenterer. Inden for denne zone befinder sig fx ens motiver, som mennesket ikke ønsker udstillet. Løgstrup skelner mellem grunde og motiver. Med grunde og argumenter forholder man sig til en sag, fx i en politisk debat eller hvis man på et generelt niveau forsøger at begrunde berettigelsen af en bestemt livsstil. Motiver har derimod med personligheden at gøre. Kommenterer man en andens motiver, siger man derfor noget om den andens personlighed, dvs. man fortolker på et mere psykologisk niveau, hvad der driver den anden til at udføre bestemte handlinger. Dette udgør en form for overgreb. Vi kan spørge til og diskutere vore forskellige grunde til en holdning eller handling, men vore motiver tilhører det enkelte menneske, og motiverne skal ikke fremvises eller betvivles af andre. Når andre bryder ind i ens urørlighedszone, virker det pinligt, det gør mennesket forlegent, og det nedbryder tillidsforholdet mellem mennesker. Det bevirker ofte, at mennesket forsøger at forsvare sig.⁷

Man kan mene, at også en række andre informationer om den enkelte tilhører urørlighedszonen, det gælder blandt andet de såkaldte følsomme eller sensitive personoplysninger, herunder oplysninger om racemæssig eller etnisk baggrund, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning, fagforeningsmæssige tilhørsforhold og oplysninger om helbredsmæssige og seksuelle forhold. Også levevaner i forhold til fx alkoholforbrug eller personlige egenskaber som fx vægt kan siges at tilhøre urørlighedszonen. Dette medfører, at det udgør et brud med de normale dagligdags omgangsformer, hvis man forsøger at skaffe sig adgang til oplysninger om dem. Dette gælder naturligvis ikke mindst, hvis det sker uopfordret og altså uden at være en på forhånd aftalt del af en fastlagt begivenhed. Dette vil ofte være tilfældet ved forskellige former for tidlig opsporing.

Hjemmet kan også betragtes som en privatheds- eller urørlighedszone. Vi ønsker selv at bestemme eller – hvis vi bor sammen med andre – have indflydelse på, hvem der overhovedet får adgang til vores hjem. Det er vigtigt for os, at vi selv kan bestemme

⁷ Løgstrup, K.E. (1982). *System og symbol*. København, Gyldendal, s. 161-166.

eller have indflydelse på, hvilke regler og omgangsformer der skal gælde i hjemmet. Og det betyder noget for os, at vores hjem er indrettet på en måde, som er forenelig med vores identitet og personlighed og de værdier, vi tilslutter os. Råderetten over vores hjem rummer altså på lignende måde som råderetten over vores krop en understøttelse af vores identitet, idet muligheden for at disponere over vores hjem giver os mulighed for at udtrykke og forme vores tilknytninger til andre mennesker, vores personlighed, vores smag og i mere bred forstand vores værdier. Derfor kan man sige, at det er særligt følsomt, når tidlig opsporing foregår i personens eget hjem.

I litteraturen om emnet forklares eksistensen af privathed- eller urørlighedszoner som oftest ud fra det enkelte menneskes interesse i selv at forme og disponere over sin identitet og sine relationer til andre. Hvis man lukker en anden person ind i sin privathedssfære, er det for eksempel med til at skabe en særlig relation til netop dette menneske. Og hvis man selektivt kan bestemme, hvilke informationer om sig selv, man videregiver til andre, kan man være med til at forme sine egne sociale roller, sit ansigt udadtil.

Der er bred enighed om, at privathedszonerne i det mindste til en vis grad skal respekteres, men i en række sammenhænge er det vanskeligt at undgå, at de udfordres og sættes på spil. Dette gælder i høj grad i forbindelse med tidlig opsporing, hvor hensigten netop er at fremskaffe oplysninger om en person, der nærmest pr. definition er sensitive – og som personen ofte ikke selv har bedt om at få fremskaffet. Samtidig sker forsøget på at fremskaffe informationer nogle gange i en sammenhæng, som gør fremskaffelsen særligt problematisk. Det kan fx være i personens eget hjem i forbindelse med besøg af en sundhedsplejerske, hvor der eksempelvis spørges efter oplysninger om alkoholforbrug, sindstilstand rygevaner osv. Eftersom hjemmet i sig selv udgør en urørlighedszone, kan det virke særligt indgribende og krænkende, at fremskaffelsen af helbredsoplysninger foregår dér, for som udgangspunkt vil mange personer forvente, at det er deres regler og rammer for samværet, der gælder i netop den kontekst.

I mange tilfælde er det antagelig umuligt at undgå, at tiltag til tidlig opsporing af sygdom udgør en overskridelse af privathed- eller urørlighedszonen, særligt hvis de er forbundet med en personlig kontakt, hvor personen ikke selv har efterspurgt den specifikke sundhedsydelse, som et forsøg på tidlig opsporing udgør. Men det kan måske være muligt at minimere graden af krænkelse ved at være opmærksom på de følgende etiske fokuspunkter:

- Nogle måder at kommunikere med en person på udgør i højere grad end andre en privathedskrænkelse. For eksempel er det – jævnfør Løgstrups overvejelser –

mindre indgribende at spørge til en persons grunde til at drikke for meget alkohol, end det er at forsøge at afklare personens psykologiske motiver til at have et overforbrug. På samme måde kan det være mindre indgribende at stille spørgsmålet om alkoholforbrug som led i en generel og standardiseret helbredsundersøgelse end som et mere eller mindre personligt spørgsmål foranlediget af personens fremtoning og kommunikationsform. Problematikken om privathedskrænkelser bør med andre ord tænkes ind i designet af et opsporingstiltag fra begyndelsen.

- Hvis den tidlige opsporing foregår i sammenhæng med et personligt møde, kan både stedet og sammenhængen have betydning for, hvor indgribende i forhold til privathedszonerne tiltaget opleves at være. Formodentlig vil de fleste opleve det som mindre indgribende, hvis en sundhedsperson tager diskussionen op, end hvis for eksempel en folkeskolelærer eller en pædagog gør det, fordi relationen til sundhedspersonen som udgangspunkt drejer sig om sundhedsfaglige emner. Tilsvarende vil det opleves som mindre indgribende, hvis diskussionen indledes i den praktiserende læges konsultationsrum end på jobcenteret. Personens hjem har måske i denne sammenhæng en tvetydig betydning. På den ene side udgør det som nævnt en privathedszone, men på den anden side ophæves eller formindskes hjemmets karakter af privathedszone måske for de fleste i forbindelse med et planlagt hjemmebesøg af en sundhedsperson, fordi hjemmet til en vis grad får karakter af at være en klinik under besøget.
- En mulig tommelfingerregel kan være, at et tiltag til tidlig opsporing som udgangspunkt altid bør være relevant i forhold til den kontekst, tiltaget foregår i. Med dette menes fx, at det ikke er på sin plads, at en folkeskolelærer forholder sig til forældrenes alkoholmisbrug, medmindre dette skønnes at have en sådan karakter, at det i væsentlig grad går ud over børnene. Og på samme måde bør en ansat på et jobcenter ikke forholde sig til klienternes overvægt, medmindre vægten skønnes at være en afgørende faktor i forhold til klientens jobmuligheder. Hvis dette relevanskriterium overholdes, må krænkelsen af privathedszonen alt andet lige betragtes som mindre, netop fordi opsporingen har at gøre med de forhold, borgeren henvender sig i forhold til.

STIGMATISERING

Stigma betyder ”mærke”. Udtrykket blev tidligere benyttet om de mærker, slaver eller andre mindreværdige fik skåret i huden. Når man stigmatiseres, får man altså i overført betydning et mærke eller et stempel: Man er fx slave, overvægtig eller

alkoholiker. Stigmatisering er samtidig forbundet med en reduktion af de personer, man stigmatiserer. Dette skal forstås på den måde, at en personen i kraft af stigmatisering kategoriseres på en måde, som anses for at være af så væsentlig betydning for forståelsen af hans eller hendes identitet, at andre elementer af identiteten til en vis grad træder i baggrunden. Blikket for personens øvrige egenskaber og unikke identitet er med andre ord fraværende, når man stigmatiserer.

Et eksempel kunne være, at en person klassificeres som ”skizofren” eller ”alkoholiker”, hvorefter andre elementer af personens identitet opfattes i lyset af dette stempel eller mærke. Hvis personen fx opleves som nærtagende, kan det derfor være nærliggende at koble dette karaktertræk sammen med den overordnede klassificering. Nærtagenheden skyldes altså, at personen er skizofren/drikker for meget og dermed ikke, at personen fx er følsom og sensitiv. På den måde bliver stigmaet opfattet som en væsentlig nøgle til forståelsen af personen.

Ifølge nogle definitioner rummer stigmatisering seks elementer:

- Mærkning
- Reduktion og stereotypisering
- Adskillelse
- Følelsesmæssige reaktioner
- Tab af status og diskrimination
- Ulige magtforhold

Den beskrevne stempling medfører altid, at den stemplede samtidig tilskrives en række negative og devaluerende karakteristika. Når stemplingen er gennemført i forhold til en given gruppe af personer, bidrager den derfor til at skabe en adskillelse mellem ”dem” og ”os”. Mærket og de medfølgende negative karakteristika er af en så belastende karakter, at andre bevidst eller ubevidst ønsker at markere deres manglende tilhørsforhold til gruppen af stigmatiserede. Og netop fordi medlemmerne af gruppen stereotypiseres og defineres ud fra negative egenskaber, bliver det muligt at skelne klart mellem ”dem” og ”os”.

Et eksempel fra diskussionen om forebyggelse af såkaldte livsstilssygdomme⁸ kunne være, at rygere ikke blot betragtes som usunde og derfor falder uden for vores almindelige normalitetskrav, som knytter an til det sunde. Som noget delvist nyt i forhold til tidligere ”mærkes” de også i nogle tilfælde og tilskrives negative karakteristika, som for eksempel at de mangler viljestyrke, er dårligt begavede og i øvrigt udelukkende ryger for at være smarte. At være ryger er således forbundet med negative egenskaber, hvilket kan gøre det nærliggende for ikke-rygere at tage afstand fra gruppen og tillægge den en lav status.

Mekanismerne er identiske for alle grupper af stigmatiserede og kan i sidste ende føre til, at en given gruppe i helt åbenlys grad diskrimineres for eksempel i forbindelse med jobansøgninger. I medierne har adskillige overvægtige personer således berettet om, at de oplever, at deres overvægt er den egentlige grund til, at de ikke får de jobs, de er velkvalificerede til. Af arbejdsgiveren betragtes overvægten bevidst eller ubevidst som et definerende træk ved den overvægtiges identitet samtidig med, at den knyttes sammen med bestemte negative forventninger, der diskvalificerer den overvægtige til arbejde. Det kan fx være en forventning om manglende viljestyrke⁹. Overvægten betragtes dermed samtidig som selvforskyldt. Netop selvforskyldthed regnes blandt en af de faktorer, der i særlig grad kan bidrage til at forstærke et stigma. Andre faktorer, der kan bidrage til dette, er for eksempel synlighed, langvarighed, udtalt forstyrrelse af social kontakt, stærkt oplevet ubehag og graden af oplevet fare eller angstvækkende identifikation.¹⁰

Ifølge nogle definitioner er stigmatisering altid forbundet med et magtforhold:

For at man kan tale om egentlig stigmatisering, skal der desuden være en skævhed i magtforholdet... den gruppe, der tillægges en anden gruppe en negativ værdi, skal samtidig have den sociale, kulturelle økonomiske eller politiske magt til, at det får konsekvenser for dem, der bliver negativt kategoriseret.¹¹

⁸ Begrebet livsstilssygdomme er problematisk af to grunde. Det ene er, at livsstilen eller adfærden fremstår som den eneste årsag til sygdommen. Den anden er, at sygdommene ofte derfor opfattes som selvforskyldte.

⁹<https://www.jstor.org/tc/accept?origin=%2Fstable%2Fpdf%2F10.1086%2F659309.pdf%3Frefreqid%3Dexcelior%253A842d2300ce112abeb497cc718b0112ab>

¹⁰ Se fx: ”Vendsborg, Nordentoft og Lindhart: ”Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser” *Ugeskr Læger* 2011;173(16):1194-1198 angående denne problematik.

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2008): *Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*, s. 33.

I Det Etiske Råds materiale om diagnoser er en af konklusionerne¹², at relationen mellem borgeren og sundhedspersonen nærmest per automatik medfører et skævt magtforhold på grund af den systemiske magt, der er knyttet til rollerne som henholdsvis sundhedsperson og borger. Hvis dette er korrekt, kan man måske hævde, at borgerne i mange af de situationer, hvor der foretages tidlig opsporing af sygdomme, allerede på forhånd befinder sig i en rolle, der er kendetegnet ved en skævhed i magtforholdet, blandt andet fordi sundhedspersonen repræsenterer det offentlige system og automatisk tillægges en form for autoritet. På den baggrund og set i lyset af Sundhedsstyrelsens definition er borgeren som udgangspunkt derfor også i en position, hvor han eller hun er mulig at stigmatisere. Dette forstærkes af den eksisterende diskurs i samfundet, hvor der netop er fokus på at fremhæve det sunde og lægge afstand til det usunde.

En pointe i Det Etiske Råds materiale om diagnoser er, at den institutionaliserede eller strukturelle form for stigmatisering på mange måder er den værste, fordi den er umulig for den enkelte borger at hamle op med eller stille noget op overfor.

Stigmatisering finder ikke kun sted udefra. Tværtimod kommer en af de værste former for stigmatisering indefra. Dette kaldes for selvstigmatisering og handler blandt andet om, at man som person ikke i det lange løb kan undgå at blive påvirket af, at andre som udgangspunkt tillægger én negative egenskaber og distancerer sig fra den gruppe af personer, der bærer det samme mærke som en selv. Det påvirker identiteten og selvværdet, hvis man dagligt udsættes for, at der er ”os”, de normale og accepterede – og så er der ”jer”.

Stigmatisering er som udgangspunkt særdeles negativt, blandt andet fordi det påvirker den stigmatiseredes identitetsforståelse og selvværd i negativ retning. Men omvendt kan det naturligvis også være et problem, hvis man er så bange for at stigmatisere, at man som sundhedsperson undlader at tilbyde sin hjælp, fordi man er bekymret for, at man kommer til at stigmatisere. Derfor - og naturligvis også af andre grunde - er det væsentligt at være opmærksom på, hvad man kan gøre for at undgå stigmatisering. Hvad én person oplever som stigmatiserende, oplever en anden person måske i stedet som et udtryk for omsorg.

De former for adfærd og de sundhedsproblemer, som tidlig opsporing ofte retter sig imod, er hyppigere forekommende blandt mennesker med kort uddannelse og lave indtægter. Det indebærer, at de negative konsekvenser bl.a. i form af stigmatisering vil

¹² <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/diagnoser>, se afsnittet ”Systemets magt og lægers magt” i teksten *Menneskesyn og magt*.

ramme social skævt, samtidig vil disse jo, hvis opsporingen kan forbedre deres sundhed, kunne få størst glæde af interventionen.

Nogle former for opsporing rettes mod særlige sociale grupper fx tilbud om rygestop til personer, som bor i områder med mange beboere med lav indtægt og kort uddannelse. Her kan man spørge, om det er rimeligt at lave interventioner, som kan være grænseoverskridende og stigmatiserende over for mennesker, som i forvejen er ringe stillet. På den anden side, vil de også være dem der kan tænkes at få glæde af interventionen.

Men generelt kan man måske sige, at:

- Tiltag, der er rettet mod en gruppe af personer, som ikke er defineret ud fra en konkret livsstilssygdom eller ud fra adfærd, der medfører en forøget risiko for sygdom, fører til mindre stigmatisering end tiltag, hvor gruppen er defineret på denne måde. Eksempelvis fører det til mindre stigmatisering at tilbyde en generel helbredsundersøgelse til alle borgere over 40 år hvert andet år end at tilbyde en helbredsundersøgelse til alle personer med et BMI over 25.
- Hvis gruppen er defineret ud fra sociale kriterier, indkomst, etnicitet eller uddannelse er risikoen for stigmatisering større.
- Hvis en person tilbydes en indsats alene på baggrund af en konkret vurdering af hans eller hendes udseende eller adfærd, er der stor risiko for, at dette vil virke stigmatiserende.
- Den konkrete kontekst vil i mange tilfælde have stor betydning for, om en indsats opleves som stigmatiserende. Eksempelvis er der stor forskel på, om der spørges til en persons alkoholforbrug, fordi dette er relevant af andre grunde, fx i forbindelse med en afdækning af et konkret sundhedsproblem – eller om en person spørges om dette, uden at der er en relevant anledning andet end måske personens fremtoning eller adfærd.
- Den professionelle attitude har stor betydning for, hvordan et tiltag opleves. I Sundhedsstyrelsens debatoplæg om stigmatisering fra 2008 citeres en kvinde for at sige, ”at forebyggelsen kan være inkluderende, hvis det enkelte menneske føler sig set og værdsat med budskabet: Vi vil gerne gøre noget for dig”.

Som tidligere nævnt kan man mene, at det ikke udgør en krænkelse af en persons selvbestemmelse og autonomi at tage et sundhedsproblem op med ham eller

hende. Det krænkende ligger i at forsøge at presse personen til at have en bestemt opfattelse eller adfærd. Som det fremgår af det forudgående, gælder dette ikke i forbindelse med stigmatisering. Man kan udmærket stigmatisere uden at presse, idet selve dette at antyde eller konstatere, at en person fx er alkoholiker eller overvægtig, kan bidrage til stigmatisering. Dette skyldes blandt andet, at stigmatiseringen også i høj grad udspiller sig på det samfundsmæssige og strukturelle niveau. Disse niveauer virker uundgåeligt ind i forhold til det personlige møde, der derfor ikke som udgangspunkt er hverken værdifrit eller herredømmefrit. De samfundsmæssige forståelser danner under alle omstændigheder en baggrundshorisont for interaktionen.

Et spørgsmål er i forlængelse heraf, hvilken sammenhæng der er mellem autonomi og stigmatisering? Kan man fuldt ud opretholde sin autonomi, hvis man faktisk føler sig stigmatiseret? Hvis stigmatiseringen påvirker ens selvværd i negativ retning, kan dette givetvis påvirke autonomien. En almindelig antagelse er således, at selvværd og selvrespekt er en nødvendig betingelse for at træffe autonome beslutninger. Men under alle omstændigheder kan det være vanskeligt for en person, der stigmatiseres, ikke at lade de værdiopfattelser, der ligger indbygget i stigmatiseringen, påvirke sine egne vurderinger. Så også i den forstand kan stigmatisering influere på autonomi.

EVIDENS

Hensigten med at foretage tidlig opsporing af risikofaktorer og tidlige sygdomstegn er at skabe positive sundhedseffekter gennem adfærdsændring, ændrede vilkår eller behandling, som kommer den relevante borger og eventuelt også dennes familie og samfundet som helhed til gode. Før et givent tiltag sættes i værk, er det derfor vigtigt at forholde sig til, om det må forventes at have denne effekt – og om det er den mest hensigtsmæssige måde at opnå effekten på sammenlignet med andre muligheder. Evidensen skal både handle om, hvorvidt de ønskede sundhedseffekter opnås, og hvorvidt der er uønskede effekter i form af stigmatisering mv.

Før implementering af indsatser med tidlig opsporing af risikofaktorer, risikoadfærd og sygdom, bør man sikre, at der er lavet undersøgelser, der kan vise, om der er en langsigtet positiv effekt af indsatsen. Da der er tale om forholdsvis afgrænsede indsatser, vil det ofte være muligt at lave kontrollerede undersøgelser. To sammenlignelige kommuner eller mindre områder kan udvælges til intervention- og kontrolområde. Andre undersøgelsesmetoder er også mulige. De enkelte undersøgelser og anvendelsen af videnskabelige resultater i forbindelse med igangsættelsen af en given indsats skal derfor tilpasses til den enkelte situation.

Hensigten her er ikke at gå nærmere ind i metoddebatten, da dette falder uden for Det Etske Råds mandat. Rådet ønsker i stedet at pege på, at problematikken om evidens knytter an til en række etiske problemstillinger, som det er nødvendigt at forholde sig til i forbindelse med vurderingen og planlægningen af tiltag rettet mod tidlig opsporing af sygdom. Det skal dog kort nævnes, at Sundhedsstyrelsen flere steder er fremkommet med klare anbefalinger angående brugen af evidens i tidlig opsporing af sygdom, herunder blandt andet:

- At det er særdeles væsentligt, at man i forbindelse med stillingtagen til og eventuel planlægning og igangsættelse af et tiltag til tidlig opsporing af sygdom sætter sig grundigt ind i den eksisterende evidens i forbindelse med problematikken.
- Det er væsentligt, at man ikke i forbindelse med tidlig opsporing skaber unødigt bekymring og nye problemer. Store undersøgelser fra USA, England og Australien viser, at børn, hvis forældre ser dem som overvægtige, og unge og voksne, som ser sig selv som overvægtige, tager mere på i vægt, end dem som ikke har det selvbillede. Dette uanset, hvad de vejede. Ved at gøre mennesker opmærksomme på, at de er overvægtige, kan man altså gøre problemet større.¹³
- At et givent forebyggelsestiltag igangsættes og afvikles på en sådan måde, at andre aktører kan få størst mulig gavn af de erfaringer, der kan udledes af tiltaget. Afviklingen af tiltaget skal med andre ord generere evidens for tiltagets nytte under givne betingelser, også når tiltaget afvikles som en del af den daglige praksis.¹⁴

EVIDENS OG ETIK

Da tidlig opsporing som beskrevet ovenfor kan indebære både integritetskrænkelser og stigmatisering og kan påføre mennesker bekymring over forhold, de ikke før har forholdt sig til, bør der være solid evidens for at indsatsen gavner de berørte.

De senere år er det blevet pointeret, at det er nødvendigt at sammentænke etiske overvejelser og evidensspørgsmål, når mulige sundhedsfremmetiltag skal vurderes, planlægges og eventuelt gennemføres. Det skyldes ikke mindst, at der er en snæver

¹³ E Robinson, JM Hunger and M Daly: "Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults", *International Journal of Obesity* (2015) 1721-1726; Eric Robinson and Angelina R. Sutin: "Parental Perception of Weight Status and Weight Gain Across Childhood", *Pediatrics*, volume 137, number 5, May 2016; KR Sonnevile, IB Thurston, CE Milliren, RC Kamody, HC Gooding and TK Richmond: "Helpful or Harmful? Prospective association between weight misperception and weight gain among overweight and obese adolescents and young adults", *International Journal of Obesity* (2016) 40, 328-332.

¹⁴ Ibid. S. 15 og 17.

forbindelse mellem evidensovervejelser og de specifikke etiske værdier, der er på spil i en given sammenhæng:

A framework for PHE [public health ethics] should provide practical guidance for the various people working within or related to the fields of PH. It therefore should include a *methodological approach* that relates the general normative considerations such as ethical norms, values, and principles and the available empirical evidence to concrete PH interventions, programs, or policies.

Som det fremgår af citatet, skal sammenkædningen af evidensovervejelser og etiske værdier foregå konkret i forhold til specifikke indsatser – og eventuelt i forhold til specifikke delelementer i indsatserne på konkrete tidspunkter.

En sådan sammenkædning lader sig ikke gøre i denne sammenhæng. I stedet vil det blive diskuteret, hvilken sammenhæng der er mellem evidensspørgsmålet og de etiske værdier, der er blevet fremstillet tidligere i denne udtalelse, altså værdierne autonomi og selvbestemmelse; urørlighedszoner og privathed samt stigmatisering. Hensigten med diskussionen er at pege på nogle af de generelle og overordnede sammenhænge, der er mellem evidensspørgsmålet og de relevante etiske værdier, idet disse sammenhænge kan udgøre fokuspunkter for at tage stilling til, hvordan evidensspørgsmålet påvirker vurderingen af en given indsats.

Nancy E. Kass har formulerede allerede i 2001 en overordnet tommelfingerregel i forhold til denne afvejning:

While all programs must be based on sound data rather than informed speculation, the quality and volume of existing data will vary. The question for policy and ethics analysis, then, is what quantity of data is enough to justify a program's implementation? As a rule of thumb, the greater the burdens posed by a program – for example in terms of cost of constraints on liberty, or targeting particular, already vulnerable segments of the population – the stronger the evidence must be to demonstrate that the program will achieve its goals.¹⁵

Om en given indsats kan retfærdiggøres skal med andre ord afgøres gennem en afvejning, hvor der kræves større evidens for, at indsatsen forbedrer sundheden, des større "ulemperne" i forbindelse med de involverede etiske værdier er. Dette

¹⁵ Nancy E. Kass: "An Ethics framework for Public Health", *American Journal of Public Health*, November 2001, Vol 91, No. 11, s. 1778.

regnestykke er naturligvis ikke enkelt at gennemføre, da der er tale om vidt forskellige typer af værdier, som kan være vanskelige at sammenligne. Dette er imidlertid ikke et særskilt problem for tidlig opsporing af sygdom, det er en generel problematik på sundhedsområdet. I tidlig opsporing handler det imidlertid om, at det er sundhedsvæsenet og ikke den enkelte, som tager initiativet, og derfor bør kravene til evidens være større.

I det følgende vil der kortfattet blive knyttet nogle kommentarer til sammenhængen mellem evidensproblematikken og hver enkelt af de etiske værdier, der er beskrevet tidligere i denne tekst.

Evidens, autonomi og selvbestemmelse

I forbindelse med beslutningshabile personer er det oplagt, at der på et tidligt tidspunkt i forløbet skal informeres om, hvilken evidens der er for, at et givent forebyggelsestiltag har en sundhedsfremmende effekt. Personen kan derefter selv forholde sig til, om han eller hun – på baggrund af en afvejning af fordele og ulemper – faktisk ønsker at involvere sig i projektet. Det er væsentligt, at personen selv foretager afvejningen, da betydningen af de enkelte værdier og målsætninger er subjektiv og derfor kun kan fastlægges af personen selv.

Hvor omfattende informationen skal være, kan naturligvis diskuteres, denne problematik skal ikke forfølges nærmere her. Men det er væsentligt, at informationen gives, uden at der er nogen form for manipulation eller tvang involveret. Under alle omstændigheder kunne et krav dog være, at der bør være en vis evidens for virkningen af et givent tiltag, før det overhovedet tilbydes.

I forbindelse med beslutningsinhabile eller delvist beslutningsinhabile personer er problemstillingen vanskeligere. Et muligt udgangspunkt kan være, at en sådan person ikke bør involveres i et givent projekt, medmindre der er meget stor sandsynlighed for, at tiltaget samlet set kommer personen til gode. Dette udelukker uden videre, at det kan komme på tale at involvere inhabile personer i tiltag, hvor der ikke er solid evidens for tiltagets sundhedsfremmende effekt.

Evidens, urørlighedszoner og privathed

Forholdet mellem evidens og urørlighedszoner samt privathed er i det væsentligste dækket ind af den generelle anbefaling fra Nancy E. Kass, som er citeret ovenfor. Jo større krænkelse af personens urørlighedszoner og privathed et givent tiltag indebærer, des mere solid skal evidensen være for, at tiltaget faktisk forbedrer personens sundhedstilstand.

Privathedskrænkelser er ikke på samme måde som i forbindelse med autonomi og selvbestemmelse noget, man kan forsøge at forhandle sig ud af ved at opnå samtykke fra personen selv. For dels er privathedskrænkelserne ofte knyttet til den indledende ”udpegning”, hvor man klassificeres som en person med et muligt sundhedsproblem på grund af overvægt, rygning, psykisk ustabilitet, fødselsdepression eller overforbrug af alkohol. Og desuden elimineres en krænkelse ikke nødvendigvis af, at der er givet en form for tilsagn til den. Denne dialog: A – ”du kan spørge mig om alt!”, B – ”OK, jeg opfatter dig som svært overvægtig, hvilke begrænsninger skaber din overvægt for din livsudfoldelse”? kan fx udmærket blive oplevet som krænkende på trods af det indledende tilsagn.

Som tidligere beskrevet kan man forsøge at designe forebyggelsesprojekter på en sådan måde, at privathedskrænkelserne minimeres, men det er sjældent muligt helt at eliminere dem. Hvorvidt evidensen for, at et givent tiltag har en positiv sundhedseffekt, er tilstrækkelig til at opveje de mulig privathedskrænkelser (og de øvrige ikke eliminerbare ulemper knyttet til at være involveret i et givent projekt) må derfor vurderes forud for igangsættelsen af projektet.

Evidens og stigmatisering

Også problematikken om stigmatisering synes at være dækket ind af den generelle anbefaling fra Nancy E. Kass. Og også her gælder det som i forbindelse med privathedskrænkelser, at der til en vis grad er tale om en ulempe, der ikke kan elimineres. Som tidligere beskrevet kan der gøres en del for at eliminere stigmatiseringen gennem den måde, de relevante aktører agerer og taler med den pågældende borger på. Ikke desto mindre kan der være bygget en strukturel stigmatisering ind i selve dette, at et givent tiltag er rettet mod at opspore en given gruppe af borgere med adfærd eller karakteristika, der anses for at være en indikation på så væsentlige sundhedsproblemer, at det er en samfundsmæssig opgave at sætte særlige støtteforanstaltninger i værk over for gruppen. Og som nævnt kan den strukturelle stigmatisering være vanskelig at ”forsvare” sig overfor, ikke mindst når den samtidig er knyttet sammen med en generel samfundsmæssig diskurs, hvor det sunde fremhæves som det rigtige. Det skal endvidere tages i betragtning, at enhver form for stigmatisering kan føre til selvstigmatisering, særligt måske netop når stigmatiseringen knytter an til diskursformer, som har en fremtrædende plads på den fælles samfundsmæssige scene.

Evidens og social ulighed

Problematikken om evidens og social ulighed er eksplicit nævnt i citatet fra Nancy E. Kass: Jo mere sårbar den gruppe, et givent tiltag er rettet mod, er, des mere evidens kræves der for den gavnlige effekt af tiltaget.

Umiddelbart forekommer denne anbefaling måske ikke særlig indlysende eller logisk. For et tiltag skal under alle omstændigheder ikke sættes i gang, medmindre det mest sandsynlige er, at det har en gavnlig effekt. Og hvis det mest sandsynlige er, at det har en gavnlig effekt, så er det vel tværtimod urimeligt, at den dårligst stillede gruppe ikke bliver omfattet af det.

Ræsonnementet overser imidlertid, at nogle af de negative sideeffekter af at igangsætte et tiltag i særlig grad rammer gruppen af dårligt stillede, ligesom nogle af gevinsterne bedre kan indløses af gruppen af bedre stillede. Med hensyn til de negative sideeffekter er dette i særlig grad tydeligt i forhold til stigmatisering, fordi gruppen af dårligt stillede ofte i forvejen vil være udsat for stigmatisering og derfor lettere opfatter (endnu) et tiltag som stigmatiserende. Noget lignende kan gøre sig gældende i forhold til både privathed og autonomi. Jo mere sårbar, man er, jo mere sandsynligt vil det fx formodentlig være, at man oplever at få sin autonomi tilsidesat – og des mere krænkende vil dette virke.

Opsummerende i forhold til problematikken om social ulighed og evidens kan det måske siges, at Kass' afvejningsprincip ikke kan anvendes generelt, det må i stedet anvendes gruppevis.

Baggrundspapir om **tidlig opsporing af sygdom**

© Det Etske Råd 2019

ISBN: 978-87-92915-18-4

www.etiskraad.dk/tidlig-opsporing