



## Etik og prioritering: COVID-19 og samfundsnedlukningens dilemmaer

Nedlukningen af samfundet i forbindelse med COVID-19 har ført til en offentlig diskussion om hvorledes vi i en krise prioriterer retfærdigt mellem grupper eller individer i befolkningen. Hvordan findes balancen mellem en nedlukning af samfundet og livet, som man kendte det?

### OM MATERIALET

Denne tekst er udarbejdet af en styregruppe bestående af følgende rådsmedlemmer:

Anne-Marie Axø Gerdes, Christian Gamborg, Leif Vestergaard Pedersen, Morten Bangsgaard, Søren Møller, Grete Christensen

Projektleder: Frank Beck Lassen

Teksten er en del af Det Etske Råd tema om COVID-19 og etik. Find det samlede materiale på rådets hjemmeside: [www.etiskraad.dk/covid](http://www.etiskraad.dk/covid)

*Teksten er senest revideret 12. juni 2020*



**DET  
ETISKE  
RÅD**

## **NEDLUKNING**

”Danmark står sammen – ved at holde afstand. Kun på den måde kan vi bryde smittekæden”. Sådan lød statsminister Mette Frederiksens beskrivelse af strategien for den danske coronainsats på et pressemøde den 30. marts 2020. For at sikre afstand mellem mennesker har man fra regering og myndigheders side gennemført en delvis nedlukning af landet.

Formålet med nedlukningen har været at flytte antallet af smittede og indlagte fra ’den røde kurve’ til ’den grønne kurve’. Nedlukningen har skullet sikre, at der ikke opstod flere smittede, end der er kapacitet til i sundhedsvæsenet. Med markant flere smittede, ville man risikere et pres på eller måske endda sammenbrud af sundhedsvæsenet med uoverskuelige konsekvenser.

Den særlige indsats i form af karantæne og omprioriteringer er en prioritering. På baggrund af COVID-19 har myndigheder besluttet at gøre en særlig indsats for, at 85-årige Oda samt en række sårbare grupper med svigtende helbred, ikke bliver uforholdsmæssigt hårdt ramt af pandemien COVID-19.

Det vanskelige er blot, at hensynet til Oda og de, der smittes med COVID-19, ikke er det eneste, der gør sig gældende. Myndigheder har vurderet, at det ville være en uacceptabel situation, hvis der ikke kunne gives en tilstrækkelig og retfærdig behandling til alle coronasmittede. Dermed prioriteres hensynet til coronasmittede på bekostning af andre patienter, der også har brug for behandling nu og fremover.

Nedlukningen har i dens forskellige faser haft og får formentlig store konsekvenser for sundhedsvæsenet i form af udsatte behandlinger, uopdaget sygdom, forværret psykisk sygdom og almindelig ensomhed.

COVID-19 smitter, fordi vi er i bevægelse, involverede, og aktive. Nedlukning er en beslutning, der skal forsøge at reducere vores aktiviteter til et bestemt aktivitetsniveau, der tillader os at fortsætte livet bedst muligt, uden at udsætte borgere og særligt sårbare borgere for store risici.

Dette generelle fald i aktivitetsniveau har medført en tilsvarende nedgang i økonomisk aktivitet og ført til opsigelser, konkurser, indtægtstab – alt sammen noget, der er forsøgt imødegået, blandt andet af omfattende økonomiske hjælpepakker, som risikerer at påvirke de økonomiske muligheder i fremtiden. Det kan dog være vanskeligt at afgøre hvilke økonomiske effekter der alene skyldes hjemlige beslutninger og hvilke der skyldes samspillet med udlandet.

## **HVAD ER EN PRIORITERING?**

Beslutningen om at foretage en nedlukning af samfundet er udtryk for en prioritering. Spørgsmålet er, hvad der gør en prioritering retfærdig?

Hvis et bestemt tiltag med henblik på at afbøde eller inddæmme en epidemi belaster bestemte personer uforholdsmæssigt meget (økonomisk, værdighedsmæssigt eller på anden vis) kan retfærdighedshensyn således tale for, at man ikke anvender det, selv

om det i princippet ville være det mest effektive tiltag. Eller også bør man i det mindste kompensere de ramte på anden vis.

Nedlukningen af samfundet er muligvis foretaget af retfærdighedshensyn, men andre hensyn har muligvis også været på spil, blandt andet ønsket om at reducere risikoen for at skulle foretage vanskeligere prioriteringer. På grund af erfaringerne fra Norditalien har det været frygtet, at COVID-19 ville belaste ressourcerne i sundhedsvæsenet til det punkt, hvor læger skulle tvinges ud i vanskelige prioriteringer af, hvilke patienter der kunne få adgang til intensivpladser, ja, hvem man måtte lade dø for at andre kunne få en chance for at overleve. Prioritering på baggrund af en sådan knaphed kaldes triage. Den handler om de vanskelige beslutninger, man kan risikere at blive stillet over for som sundhedspersonale.



**Den offentlige diskussion i kølvandet på nedlukningen, har handlet om hvorvidt 'kuren', i form af konsekvenserne af nedlukningen og alle dens forholdsregler, har vist sig eller vil vise sig værre end 'sygdommen', forstået som ofrene for COVID-19**

Forsøget på at undgå visse prioriteringer, muligvis fordi de vil anses for alt for uretfærdige at gennemføre, viser dog, hvor kompliceret en etisk vurdering af nedlukningen er. Dramaet skyldes ikke blot enkelte dilemmaer mellem unge og gamle eller mellem virksomheder og smitteramte. Nedlukningens mange dilemmaer har tydeliggjort de mange lag af prioriteringer, som samfundet består af og som afhænger af hinanden.

Det at træffe beslutninger om graden af nedlukning i forbindelse med epidemier forårsaget af nye virus kompliceres især af:

- at forebyggelse af epidemier kræver hurtigt indgriben, da de udvikler sig eksponentielt,
- at der ofte vil være begrænset viden om en ny virus dødelighed og smitteveje,
- at der (tilsyneladende) ikke findes simpel, sikker viden om, hvor effektive forskellige tiltag vil være i forhold til at forhindre eller inddæmme en given epidemi, idet epidemier ikke blot er relativt sjældne, men også uhyre komplekse med en række unikke træk.

Fordi epidemier kræver hurtig handlen i en (akut) situation præget af en betydelig grad af uvished, vil diskussioner af, hvilke tvangsforanstaltninger, som kan forsvares, altså også afhænge af, hvor alvorlige konsekvenser man vurderer, det vil have, hvis ens handlinger viser sig at være baseret på unøjagtige eller misvisende estimater. Dette skærper

dog snarere end at mildne, de etiske konflikter. Uanset graden og typen af usikkerhed udestår der stadig en diskussion af, hvad de rette hensyn bør være.

En bedømmelse af nedlukningen må således basere sig på en diskussion af konsekvenserne ved en nedlukning, holdt op imod konsekvenserne ved ikke at lukke ned. COVID-19 ville, uanset prioriteringer, have store konsekvenser. Når der lukkes ned er der også vanskelige beslutninger at træffe

Disse usædvanlige omstændigheder har været medvirkende til, at debatten om hvorledes vi i det hele taget prioriterer, er blevet central for diskussionen af den danske indsats mod COVID-19. Prioriteres der ud fra de rette hensyn?

Diskussionen bliver ikke nemmere af, at spørgsmålet om, hvordan konkrete tiltag virker, føres samtidig med en mere principiel drøftelse af, hvilke hensyn der i det hele taget bør ligge til grund for diskussionen.

Det har derfor kompliceret etikken, at nedlukningen i dens forskellige faser har haft og får store konsekvenser for sundhedsvæsenet i form af udsatte behandlinger, uopdaget sygdom, forværret psykisk sygdom og almindelig ensomhed. Patientrettigheder i form af udrednings- og behandlingsret har således været suspenderet under krisen og har været en lægefaglig vurdering. Livstruende tilstande som fx ulykkestilfælde, kræft- og hjertepatienter har kunnet behandles.

Yderligere komplicerende er det, at nedlukningen har været lige så omfattende for det almindelige samfund.

Nedlukningen har altså skullet modvirke truslen om en voldsom uretfærdigt ulige adgang, og sikre en vis lighed i adgangen til behandling. Nedlukningen har dermed fremtvunget en række yderligere dilemmaer omkring den lette og lige adgang på grund af de mere indirekte konsekvenser af nedlukningen.

Nedlukningen har muligvis sikret 85-årige Oda mod at blive smittet og sikret, at der vil være en intensivplads til hende, hvis hun skulle få brug for den. Odas lige og lette adgang er blevet sikret. Men måske har det medført, at Tage på 55, som en direkte konsekvens af omprioriteringen i sundhedsvæsenet, har fået sin behandling for slidgigt i hoften udsat i flere måneder. Tilsvarende kan det være, at Svend på 34, som lider af depression og angst, har fået forværret sin sygdom betragteligt på grund af isolation.

Den offentlige diskussion i kølvandet på nedlukningen har handlet om, hvorvidt 'kuren', i form af konsekvenserne af nedlukningen og alle dens forholdsregler, har vist sig eller vil vise sig værre end 'sygdommen', forstået som ofrene for COVID-19.

En anden måde at beskrive disse vanskeligheder på, er ved at sige, at nedlukningen har givet anledning til prioriteringsdilemmaer på flere niveauer – og at de influerer på hinanden.

Dilemmaerne, der udspiller sig omkring Oda, Svend eller Tage, mellem unge og gamle, her og nu behov og fremtidige behov, er helt reelle dilemmaer. Man bør blot være forsigtig-

tig med, ikke at stille nedlukningens forskellige hensyn op som et nulsumsspil, hvor en gruppe eller et individ kun kan tilgodeses på bekostning af andre grupper eller individer. Man risikerer at glemme de dilemmaer, der i første omgang motiverede en nedlukning, og vi bør ikke forledes til at debattere som om, vi kunne have undgået dilemmaer ved ikke at foretage en nedlukning. Vi havde blot fået andre, og muligvis langt værre, dilemmaer.

Dermed ikke sagt, at den i Danmark foretagne nedlukning uden videre har været den rigtige. Det kan vise sig, at den har været for omfattende, netop tilstrækkelig, eller simpelthen skruet forkert sammen. Den viden kan vi først håbe på at opnå senere, mens det ligger i krisens natur, at der må handles nu, på et ufuldstændigt grundlag.

At finde den 'rette' balance mellem belastningen af forskellige grupper i samfundet indebærer således en række afvejninger af en bred vifte af hensyn og ikke blot en sammenligning af økonomiske ekstraudgifter og reddede liv.

I det følgende skitseres nogle af de hensyn, der er på spil, når balancen mellem nedlukning og livet, som vi kendte det, skal opretholdes.

#### **HENSYNET TIL DEN ENKELTES VÆRDIGHED OG HENSYNET TIL DET FÆLLES BEDSTE**

Det er et grundlæggende princip i Sundhedsloven, at der skal være *let og lige adgang til sundhedsvæsenet*. Det vil sige, at 85-årige Oda har lige så stor ret til behandling som 55-årige Tage og 18-årige Asta. Sundhedsloven åbner ikke for forskelsbehandling. Alle, unge som gamle, produktive som uproduktive, besidder samme rettigheder.

Omkostningerne ved en nedlukning betragtes i dette perspektiv som sekundære. Det handler i stedet om at tage vare på menneskeligheden hos den enkelte person. Som fællesskab bør vi reagere spontant og alle bakke op. Det her er noget, vi må gøre: koste hvad det koste vil, lyder grundværdien. Alle ved, at 85-årige Oda ikke får mange ekstra leveår, men behandles, som havde hun livet for sig. Samfundets ressourcer anvendes ud fra værdien om, at alle mennesker er ligeværdige.

En måde at forstå dette perspektiv på er, som en frygt for, at mennesker gøres til midler for mål, de ikke kan se skulle være til gavn for dem selv. I dette tilfælde, at coronasmittede i kritisk tilstand bliver gjort til midler for en stabil økonomisk situation. Således er det set fra dette perspektiv individet, der er det etiske centrale og dermed genstand for etisk overvejelse – ikke staten, nationen, stammen eller økonomien.

Et andet princip at tage med i overvejelserne er princippet *mest sundhed for pengene*. Ud fra dette perspektiv er det afgørende at bruge ressourcerne i sundhedsvæsenet og det danske samfund, så de gavner mest muligt. Når sundhedsvæsenet og samfundet som helhed bruger væsentlige ressourcer på at bekæmpe COVID-19 med en fælles nedlukning, har det menneskelige omkostninger for andre, fx for de kræftpatienter, der måt-

te vente længere end ellers på at få en diagnose, eller de psykisk syge, der oplever en forværring som følge af isolation.

### **HENSYNET TIL ÆLDRE ELLER SÅRBARE GRUPPER OG HENSYNET TIL BREDERE PATIENTGRUPPER**

En udfordring i bestræbelsen for at blive på 'den grønne kurve', for derved at sikre alles COVID-19-patienters lette og lige adgang til sundhedsvæsenet, er, at den kan vise sig at uddybe eller skabe nye uligheder. Det hensyn, som nedlukningen er udtryk for, kan de facto betyde, at nogle menneskeliv bliver rangeret højere end andre i kampen mod pandemien.

Derved udfordres forestillingen om let og lige adgang. Forsøget på at sikre alle coronaramte lige adgang til intensivpladser risikerer at gå ud over andre patientgruppers lette adgang til behandling.

At insistere på alle patienters værdighed forsikrer derfor ikke mod vanskelige prioriteringsdilemmaer, det forskyder dem snarere i tid og rum. Her og nu løser vi de udfordringer, der står lige for døren, men ned ad vejen vil vi til gengæld risikere at møde nye prioriteringsdilemmaer.

Selvom COVID-19 medfører overdødelighed for alle ramte, så forhøjer alder og et medfølgende kompliceret sygdomsbillede væsentligt risikoen for, at et møde med virus bliver fatalt. Dette er ikke uden betydning for prioriteringsdiskussionen. Man kunne derfor fristes til at spørge, om samfundet ikke fik mest sundhed for pengene ved at acceptere, at mange af de ældre og svækkede under alle omstændigheder, vil dø inden for en kort tidshorizont. Mest sundhed for pengene ville i et sådant perspektiv indebære en mindre indsats for COVID-19-patienter, til gengæld for en større generel indsats for alle andre patienter.

Over for et sådant spørgsmål kan man argumentere for, at nedlukningen handler om at bevare respekten for et menneskeliv, også når det drejer sig om 85-årige Oda, der lider af andre sygdomme.

I et bredere perspektiv handler det om hele tilliden til sundhedsvæsenet og til samfundet som helhed. Kan Oda have tillid til, at sundhedsvæsenet og andre samfundsinstitutioner, som hun har støttet på forskellig vis, også er der, når hun har brug for intensivbehandling på et sygehus?

### **HENSYNET TIL DET NÆRE OG DET FJERNE ELLER DE SYNLIGE OG MINDRE SYNLIGE PARTER**

En af de ting, der gør det vanskeligt at beslutte sig for omfanget af en nedlukning, er, at nogle konsekvenser folder sig tydeligt ud for øjnene af os, mens andre er mere skjulte og måske først bliver synlige om længere tid.

Igen udgør 85-årige Oda eksemplet. Hvis hun og de andre plejehjemsbeboere smittes og flere dør, eller hvis hun ikke kan få adgang til en intensivplads, tæller det som et meget

synligt svigt. Måden COVID-19 meldte sig på i samfundslivet har været med til at gøre dets potentielle ofre til meget synlige og nære forpligtelser.

Det er dog muligt at være kritisk over for en sådan reaktion på de nære ofre. Coronakrisens overrumplende og iøjnefaldende ankomst risikerer at påvirke beslutninger og dømmekraft i den aktuelle krise, og frister os til at overse fjernere og mere langsigtede konsekvenser af indsatsen mod COVID-19.



**At finde den 'rette' balance mellem belastningen af forskellige grupper i samfundet indebærer således en række afvejninger af en bred vifte af hensyn og ikke blot en sammenligning af økonomiske ekstraudgifter og reddede liv**

I tråd med tankegangen bag *mest sundhed for pengene* stiller der sig et spørgsmål om, hvorvidt der skal reddes liv nu gennem en omfattende nedlukning, eller reddes liv i fremtiden. Hvis konsekvenserne af de politiske tiltag bliver et stort tab af arbejdspladser, eller måske en voldsom økonomisk recession, så vil det få betydning for andre menneskers livskvalitet og livslængde.

Fra et sådant perspektiv udsætter man sig for kritik, hvis man foretrækker at hjælpe specifikke, kendte udsatte individer, frem for individer fra en større, vagt beskrevet gruppe. Desuden forhindrer vores forkærlighed for identificerbare årsager os i at tage højde for diffuse systemiske konsekvenser, som fx effekten af arbejdsløshed, på sundhed. Vi foretrækker at fokusere på en kendt og meget synlig kilde til lidelse, selv om vi ikke har det fulde billede af, hvem der kunne være et offer for vores egen indsats. Billeder af døende på hospitalsgange forleder os til at overse den langt større mængde lidelse, der muligvis fordeles rundt i samfundet som en konsekvens af vores indsats for at undgå COVID-19's meget synlige dødsfald.

Fra et sådant perspektiv vil det være vigtigt ikke at reagere for spontant, næste gang en nedlukning besluttet og en genåbning realiseres. Hvis man alene reagerer på letgenkendelige ofre, risikerer man at forskelsbehandle mellem et her og nu og fremtiden.

Svend på 34, som ikke er i samme risikogruppe som Oda, må som konsekvens af isolationen forbundet med en nedlukning, se frem til en gradvis forværring af sin psykiske sygdom hen over årene. Tage, og tusinder af andre, risikerer opsigelse eller konkurs som en følgevirkning af nedlukningen. Ingen af disse konsekvenser er direkte livstruende, men de er i begge tilfælde afgørende for den langsigtede livskvalitet og dermed sundheden. Livstruende er det til gengæld for de grupper, der på grund af omprioriteringer i

sundhedsvæsenet ikke får diagnosticeret kræft i tide, og derfor oplever en forhøjet dødelighed.

Argumentet lyder, at en række mindre synlige ofre, en række mindre synlige lidelser eller konsekvenser, som slet ikke er synlige endnu, fordi de er afledte konsekvenser af en nedlukning, risikerer at blive overset.

*Denne fremstilling har beskrevet nogle af de mange etiske hensyn, der kan være relevante for at diskutere prioritering i sundhedsvæsenet og nedlukningen af Danmark. Det Etiske Råd har tidligere forholdt sig til spørgsmålet om retfærdig prioritering i sundhedsvæsenet. En væsentlig pointe i den udtalelse lød, at sundhedsøkonomiske beregninger kunne være behjælpelige med den etisk forsvarlige prioritering af ressourcer. Der er dog forhold, der gør den aktuelle situation vanskelig at sammenligne med rådets tidligere udtalelse om prioritering. I sundhedsvæsenets hverdag er det muligt at foretage prognoser på baggrund af relativt kendte tal og stabile udviklinger fra år til år. Når det gælder reaktionen på COVID-19, er datagrundlaget og den fremtid man prognosticerer ind i, anderledes usikker.*

Hent rådets udtalelse "Retfærdig prioritering i sundhedsvæsenet" (2018) på [www.etiskraad.dk/prioritering](http://www.etiskraad.dk/prioritering)