

Fagudøvelse og individuelt ansvar i sundhedsprofessionerne – historisk udvikling og etiske principper

Søren Fryd Birkeland

Abstract

Sundhedssektoren er lige som en række andre velfærdsområder tiltagende udfordret i forhold til at rekruttere og fastholde de professionelle fagudøvere. En medvirkende årsag kan være et stigende pres på udøvernes råderum og mulighed for udfoldelse i overensstemmelse med fagidealer kombineret med udviklingen af ansvarsparadigmer, hvor professionel stolthed, ansvarsfølelse og tryghed ved arbejdets udførelse gradvis erstattes af frygt for fejl og disciplinær udskamning. Men hvad er det egentlig for en etik og forståelse af ansvar, som danner grundlag for sundhedsprofessionernes fagudøvelse? Denne artikel gennemgår historisk udfældningen af nogle grundlæggende etiske principper for sundhedsprofessionerne og princippernes kobling med det ansvar, som udøverne er blevet pålagt gennem reguleringen. Artiklen beskriver, hvordan forståelsen af professionsetik og fagligt ansvar i sundhedsfagene igennem tiden har rakt langt ud over spørgsmålet om fejlfinding og håndhævelse af konformitet, som på den anden side risikerer at undergrave tillid, kreativitet og muligheden for faglig udvikling. Mere grundlæggende tilskynder de professionsetiske principper, foruden beskyttelse af patienten mod skade, til at udfolde bestræbelser på at hjælpe alle patienter på en god og rigtig måde under skyldig hensyntagen til patientens selvbestemmelsesret. En nutidig formulering af sundhedsprofessionelles juridiske ansvar kunne naturligt tage udgangspunkt heri. Artiklen advokerer for et mere facetteret syn på sundhedsprofessionelles ansvar og bidrager til en videns-funderet perspektivering af bl.a. de uhensigtsmæssige paradigmer, som i dag måtte møde udøverne.

Keywords: disciplinæransvar, etik, kvalitet, rekruttering og fastholdelse, sundhedsprofessionelle, velfærdsprofessionelle

Indledning

Ordet "profession" kommer af det latinske "professio", som betegner et officielt erklæret erhverv (se f.eks. Politikens Nudansk Ordbog, 15. Udgave, Politikens Forlag A/S, 1995). I bredere forstand bruges ordene "profession", "professionel" og "professionalisme" ofte om lønnet beskæftigelse (modsat eksempelvis fritidsbeskæftigelse), mens professionsbegrebet

fra en sociologisk vinkel refererer til erhvervsgrupper, som har opnået samfundsmæssig særstatus, privilegier og magt (Olesen, 2004). Typisk implicerer sidstnævnte, foruden krav om godkendelse, også helt eller delvist monopol på bestemte arbejdsopgaver, høj faglig selvstændighed samt ekspertise baseret på formaliseret skoling og omfattende, abstrakt og specialiseret viden (Olesen, 2004; Hol-

stein, 2004). Professioner er generelt kendetegnet ved, at kvaliteten af fagudøvelsen i høj grad ofte er hængt op på skønsvirksomhed (Kuhlmann, 2013; Christoffersen, 2013), lige som det forventes, at virksomheden udfoldes med særlig uddannelsesbaseret ekspertise, faglig stolthed, ansvarsfølelse, entusiasme og med ønsket om at hjælpe som betydelig drivkraft (sammenhold nedenfor om sundhedsprofessionens mål om at afhjælpe patienters lidelse; latin "patiens", at lide; se hertil Christoffersen, 2013). Udviklingen af professioner med autorisationsordninger og monopoler afspejler tilsvarende et behov i samfundet for at kunne sikre samt dokumentere over for klienter, patienter og omverdenen i øvrigt, at professionen kan indfri forventningerne og er kompetent til at udøve erhvervet. Som der redegøres for i denne artikel, understøttes dette af udviklingen inden for professionerne af faglige normer og standarder for veludført arbejde og formuleringen af en "professionel etik", hvormed følger nogle særlige pligter og ansvar (Den Store Danske Encyklopædi, 2014; Christoffersen, 2013). Når vi taler om ansvar, kan der være tale om ansvar i såvel moralsk-filosofisk (eller "etisk") som i juridisk forstand. Det moralske ansvar handler om, at en person gennem sin ageren er medbestemmende for en situations udfald og holder sig dette bevidst, medens ansvar i juridisk forstand foreligger, hvor normer foreligger, hvis overtrædelse er forbundet med retlige sanktioner såsom erstatning og straf (sammenlign Den Store Danske Encyklopædi, 2014 og von Eyben, 2001).

Sundhedsfaglig virksomhed berører i sin essens vigtige aspekter af tilværelsen, herunder undersøgelse og behandling for sygdom, understøttelse af sundhed og livsudfoldelse samt afværgelse af uoprettelig skade og død. Det er derfor naturligt at forvente engagement og ansvarsfølelse fra dem, som man betror sit helbred og belønner herfor. Over de senere år er det imidlertid blevet sværere

at tiltrække velfærdsprofessionelle og holde dem i faget, og det gælder ikke mindst inden for sundhedsprofessionerne. Prognoser har peget på, at der i de kommende år vil opbygges en massiv mangel på sygeplejersker, jordemødre, læger, m.v. Opmærksomheden fra medier, politikere, m.v. har, foruden løn- og uddannelsesforhold, bl.a. været rettet mod *arbejds miljøet* og dette, at sundhedsfagene mister terræn som attraktive fag (Gildberg, 2021; Danbjørg & Hermann, 2022; Jessen, 2022; Rasmussen, 2022). Sundhedsprofessionelles status og muligheden for udfoldelse af faglighed i overensstemmelse med faglige idealer er tilsyneladende under tiltagende pres. Det gælder selve mængden af arbejdsopgaver, som overstiger de faglige ressourcer, men også mere overordnet i forhold til uhensigtsmæssige rammer for fagudøvelsen, medførende tab af arbejdsglæde og bristede forventninger i forhold til erhvervsvalget (se også Danbjørg & Hermann, 2022). Der opleves i sundhedsfagene i tiltagende omfang en fejlfindingskultur og kronisk angst for ikke at gøre det godt nok (Gildberg, 2021). Og når de faglige ressourcer ikke kan honorere arbejdsmængden, øger det i sig selv frygten for at begå fejl (Andersen, 2016; Lassen et al., 2018). Den erhvervsmæssige identitet og følelsen af professionelt råderum indskrænkes, medens faglig stolthed og ansvarlighed risikerer gradvis at erstattes af en allestedsnærværende bekymring for fejltrin, beklikkelse af faglighed og fordømmelse fra omgivelserne (Ejbye-Ernst, 2020; Rasmussen, 2022; Lægeforeningen, 2022; Jessen, 2022). Forhold, som både kan modvirke tilgangen af gode sundhedsprofessionelle og medvirke til, at nogle vælger at forlade faget.

Men hvad er det egentlig for en etik og forståelse af ansvar, som danner grundlag for sundhedsprofessionernes fagudøvelse? Denne artikel træder et skridt tilbage for at betragte udfældningen gennem historien af nogle grundlæggende etiske principper for

behandlingen af patienter og princippernes kobling med det juridiske ansvar, samfundet har vedtaget at pålægge professionsudøverne. Det teoretiske afsæt for artiklen er i sundhedsret og –etik med identifikation af kilder, som beskriver samfunds- og professionsbestemte krav og forventninger til personer, som begiver sig af med patientbehandling og med argumentation herudfra. Empirisk tages der først og fremmest udgangspunkt i et narrativt og kronologisk opbygget litteraturstudie af historiske (herunder juridiske) kilder tilbage fra antikken og op til moderne tid. I den historiske gennemgang er udvælgelsen af kilder begrænset af, at den i første omgang i høj grad tager afsæt i sekundærlitteraturen og dennes prioritering af primærkilder, perioder, geografi, faggrupper (f.eks. læger og sygeplejersker), og at der kun i delvist omfang refereres direkte fra primærlitteratur. Den overvejende deskriptive historiske gennemgang følges op af en kritisk diskussion og vurdering af nyere udviklingstendenser i udmøntningen af sundhedsprofessionelles retlige ansvar med henvisning til det juridiske fokus i disciplinæransvarssager, empiriske undersøgelser blandt sundhedsprofessionelle og forskning om sammenhængen mellem bl.a. professionsudøvelse, jobtrivsel, og behandlingskvalitet.

Sundhedsfaglig behandling i Mesopotamien

Sundhedsfaget blev tidligt genstand for principper og regulering. Allerede før vor tidsregning forsøgte man med naturlægemidler, magi, m.v. at behandle sygdom. I fund fra Mesopotamien og Egypten er der således beskrivelser af forskellige behandlingsformer men også af ordninger til regulering og honorering af medicinsk praksis. Mesopotamiske optegnelser fra Hammurabis regeringstid (konge af Babylon i årene 1792-1750 f.Kr.) indeholder f.eks. forskrifter for behandle-

re om betaling for at tage syge i kur, tillige med angivelse af straffe for fejl. Vores viden stammer blandt andet fra stenstøtten (stelen) med Hammurabis lovbog, som i dag findes på Louvre. Stelen markerer den nok mest komplette juridiske kodifikation fra antikken. Behandler-ansvaret beskrives i lovbogens punkter 215-223. For eksempel skal den, som *"foretager et stort snit med en operationskniv og helbreder patienten [...] modtage 10 shekel"* (punkt 215), men hvis pågældende *"foretager et stort snit med operationskniven og dræber patienten eller åbner en tumor med operationskniven og skærer øjet ud, skal hans hænder afskæres"* (punkt 218). Hvis behandleren f.eks. *"laver et stort snit i en befriet mands slave og dræber ham"* (punkt 218), kan der på den anden side være erstatningsansvar. Behand-



Stelen med Hammurabis lovbog, Louvre, Paris (foto Søren Birkeland)

leransvaret fulgte på den tid gengældelsesprincippet (Gotfredsen, 1973). Behandleren blev belønnet for succes, og ved fiasko blev der gengældt enten direkte mod udøveren (disciplinær straf) eller med erstatningskrav for indtrådte skader. Ansvar lænede sig op ad objektivt ansvar (ansvar uden culpa) og uden reference til, om behandleren f.eks. gjorde, hvad andre gode udøvere ville have gjort. Reglerne motiverede således først og fremmest til at bestræbe sig på at udøve sin faglighed tilstrækkeligt godt. Snarere end hvordan behandlere i almindelighed bar sig ad i samme situation, var fokus på at gøre sig umage med at lykkes med at hjælpe patienten og undgå skade.

Hippokratisk lægekunst

Sundhedsfagene såvel som den sundhedsfaglige etik føres i øvrigt traditionelt tilbage til det antikke Grækenland og især til den lære, som fandt sted blandt "Hippokratikerne" på øen Kos (ca. 460 f.Kr.-ca. 370 f.Kr.). Historikeren Roy Porter bemærker, at Hippokratikerne både var med til at definere den lægelige behandlers ophøjede rolle som forbillede for god faglig adfærd og sundhedsfagenes forankring i naturvidenskaben (Porter, 2000). Sundhedsfaglige observationer blev afskilt fra religion og magi, og den tidligere klassedelte lægehjælp blev drejet i retning af ligebehandling og "uselvsk" virke i den enkelte patients tjeneste. Endvidere blev der indført et løfte, hvis oprindelse måske ikke kan henføres til Hippokrates selv, men dog hidrører fra perioden 400-200 år f.Kr. Denne "ed" forener i flere henseender den sundhedsfaglige forståelsesramme med græsk moralfilosofi og lyder: "*Idet jeg kalder Lægeguden Apollo, Asklepios, Hygæa og Panakeia til Vidne samt alle Guder og Gudinder, sværger jeg at ville holde efter Evne og bedste Skjøn denne Ed og Contract. Jeg vil agte den, der har lært mig Kunsten* (Gr. 'τέχνη'), *lige med mine Forældre*

og dele mit Brød med ham og, naar han behøver det, yde ham hans Fornødenheder; hans Afkom vil jeg agte lige med mine Brødre og lære dem denne Kunst, hvis de ønsker at lære den, uden Honorar og Forskrivning. Forskrifter og videnskabelig Undervisning og al anden Lærdom vil jeg meddele mine og min Lærers Sønner samt Elever, der har sluttet Contract og er taget i Ed efter Lægelaugets Lov, men ingen anden. Diætetiske Forskrifter vil jeg benytte til de syges Gavn efter Evne og bedste Skjøn og hindre dem, der kan volde Skade og Fortræd. Selv om jeg opfordres dertil, vil jeg ikke udlevere nogen dødelige Gifte eller give noget saadant Raad, ej heller give nogen Kvinde fosterfordrivende Midler. Jeg vil bevare mit Liv og min Kunst rent og fromt. Jeg vil ikke skære for Sten, men overlade det til Specialisterne. I de Huse, hvor jeg kommer, vil jeg komme til Gavn for de syge, idet jeg holder mig fjernt fra al bevidst Uret og Forførelse baade i andre Henseender og i kønslig, baade over for Kvinder og Mænd, frie og Slaver. Hvad jeg ser og hører i min Praxis eller uden for Praxis i Menneskenes Liv, hvad som ikke bør komme ud, det vil jeg fortie, idet jeg anser sligt for Embedshemmelighed. Naar jeg handler efter denne Ed og ikke bryder den, saa lad det forundes mig at nyde godt baade af mit Liv og af min Kunst, idet jeg nyder Anseelse hos alle Mennesker til evig Tid; men overtræder jeg den og bliver mensvoren, da times der mig det modsatte heraf" (dansk oversættelse ved J.L. Heiberg, 1929). Eden foreskriver en slags "good professional conduct" og den adfærd, som forventedes af lægelige udøvere (Jonsen, 2000; se endvidere Heinrich von Staden, 1996). Man bemærker, at eden forpligter behandleren på at agere "*efter Evne og bedste Skjøn*". Behandlerpligten beskrives altså ud fra såvel *kvalifikation* som *pertentlighed*. Som det var tilfældet allerede i Hammurabis lovtekst, findes der også i den Hippokratiske ed et krav til behandleren om "*bedste*" ageren til "*samfundets og medmenneskers gavn*". Desuden fremhæves princippet om at tilstræbe retfærdighed og undgå uret samt forpligtelsen til at søge at

forhindre patientskade. Man kan endvidere mærke sig, at der i eden gives utvetydigt forbud mod bl.a. aktiv dødshjælp, medvirken til abort, seksuelt misbrug og brud på patientens fortrolighed. Med hensyn til sidstnævnte findes altså allerede i den Hippokratiske ed en anerkendelse af fortrolighedsforholdet og patientens ret til at bestemme over egne helbredsoplysninger, medens der omvendt ikke findes nogen eksplicit anerkendelse af patientens ret til selvbestemmelse i forhold til undersøgelse, behandling, m.v. I sin "Sår-lære" fremhæver Hippokrates mere eksplicit kravet om *omhyggelighed*, og i 1. Epidemibog udtrykkes det, at "*To ting må lægen holde sig for øje, at gavne eller i det mindste ikke gøre skade*" (Gotfredsen, 1973).

Tidlig kristendom, islam og jødedom. Mellemøstlig medicinske etik og tiden op mod 1700 e.Kr.

Når der tildeles særlige rettigheder og pligter, er det naturligt at søge at håndhæve dem; hvem kan der stilles ovenstående krav til, og hvem må i det hele taget beskæftige sig med behandling af syge? I det tidlige Romerrige havde kejser Septimius Severus (193-211) indført en slags autorisations-ordning for lægelige behandlere, som bl.a. gav et vis monopol på medicinsk praksis (Gotfredsen, 1973). I øvrigt havde middelalderens kultur i høj grad sine rødder i den romerske kirke i forlængelse af bl.a. jødisk tradition og kirkens indflydelse på livet fra fødsel til død (Gotfredsen, 1973; Porter, 2000). Kirkens ressourcer gav i stor udstrækning mulighed for velgørenhed, bl.a. gennem uddannelsen af diakoner til at hjælpe og tage sig af syge og trængende. Således havde den romerske kirke allerede i 200-tallet foranstaltet et omfattende system til velgørenhed. Der findes tilsvarende beretninger om, at kirken i Konstantinopel og Tyrkiet (Kappadokien) i det 4. århundrede byggede hele komplekser af ho-

spitaler og forsorgshjem for fattige. I klostrene praktiseredes "munkemedicin". Et eksempel er Monte Cassino klosteret (500-tallet). Her blev der ekspliciteret en pligt til at udvise omsorg og omhyggelighed (Gotfredsen, 1973). Ifølge Benedikts regler (*Regula Sancti Benedicti*, kapitel 36; år 516) udtryktes der et grundlæggende princip om, at "*omsorgen for den syge må gå forud for enhver anden pligt, som om omsorgen gjaldt Kristus selv*" (Porter, 2000; sammenhold også den "samaritanske pligt" og beretningen om "Den barmhjertige samaritaner" Lukas, kapitel 10, vers 25-35 og Wulff, 1995). Munke og gejstlige udgjorde en stor del af de lærde, og det var i høj grad disse, som behandlede syge (Porter, 2000).

Noget senere, i det niende århundrede, finder man hos arabiske Ishaq ibn Ali al-Ruhawi et studie i praktisk etik, hvor der kommenteres på "*adfærd hos læger, patienter, familie, besøgende og behandlere*" (Jonsen, 2000). Ifølge al-Ruhawi skulle behandleren først og fremmest være åndeligt sund og i stand til at udvise "*barmhjertighed, samvittighedsfuld opmærksomhed, tålmodighed og stabilitet*" over for patienterne. Behandleren måtte opkræve gebyrer, så længe der var "*retfærdighed for de fattige og svage, så at fordelene ved den medicinske kunst kunne være universel og ens for den stærke såvel som den svage*" (Jonsen, 2000). Omtrent samtidigt formulerede jødiske lærde de opgaver og den ære, som var forbundet med medicinsk praksis. I et skrift fra slutningen af 10. århundrede forklarer Isaac Judæus således, hvordan behandleren må "*gå til værks med største forsigtighed, så at han ikke begår nogen uoprettelig fejl*" ("*Propaedeutic for Physicians*"; Jonsen, 2000, Gotfredsen, 1973), og senere beskrev også rabbineren og oversætteren af Hippokrates, Galen og Avicenna, Moses ben Maimon ("*Maimonides*"; 1135-1204) de etiske krav til god praksis (Gotfredsen, 1973; Jonsen, 2000; Porter, 2000).

I det senere Romerske imperium oprettedes efterhånden formaliserede og religiøst uaf-

hængige medicinske uddannelser ved universiteterne. I 1231 indførte Frederik den 2. (tysk-romersk kejser) regler for uddannelsen af lægelige behandlere med krav om studier i humaniora (værker fra bl.a. Hippokrates og Galen) samt et års superviseret praksis. "Salerno-ediktet" skilte apoteksvirksomhed fra anden sundhedsfaglig behandlingsvirksomhed, og uddannede fra det medicinske fakultet ved Salerno forventedes blandt andet at give gratis besøg og behandling til fattige og syge (Jonsen, 2000). Faget professionaliseredes gradvis med krav om gennemførelse af såvel teoretisk uddannelse som indhentelsen af praktisk erfaring og beståelse af eksamen (Gotfredsen, 1973).

Det var kun relativt få (mænd), som fik universitetsuddannelse, medens der i slutningen af middelalderen var tiltagende behov for behandlere. I flere store byer, såsom Paris, Venedig og Firenze, blev der i det 13. århundrede dannet medicinske "lav". Disse lav af såkaldte "feltskærere" og "barberkirurger" indrettede en hierarkisk struktur med et korps af svende og lærlinge. Formålet var bl.a. at sikre arbejdets kvalitet, stimulere den faglige agtpågivenhed og forebygge fejlbehandling. Desuden indførtes kontrakter med krav om acceptabel sundhedsfaglig behandling af borgerne mod monopol og prestige (Jonsen, 2000).

I Norden findes i Eriks Sjællandske Lovbog fra omtrent samme periode (midten af 1200-tallet) både omtale af lovlig "lægelig" virksomhed tillige med bøder for at forvolde skade (Gotfredsen, 1973). I skrifter fra tiden gennem Middelalderen er sådan virksomhed i det hele taget sporadisk beskrevet. F.eks. findes i beretningen om slaget på Lyrskov Hede i 1043 en omtale af god lægevirksomhed, af militær-læger og af kongelige livlæger (se Møller-Christensen, kapitel 7). Selve den danske betegnelse "læge" antages at komme fra oldengelsk "læce" og germansk "laki" (~

at hele eller drage omsorg for; sammenhold Nudansk Ordbog og Møller-Christensen).

Sundhedsfaget fra 1700-tallet og frem: etik og regulering

At tilføje patienten skade er en sundhedsprofessionen iboende mulighed. Udøverne af sundhedsfaget skal derfor have de rigtige kvalifikationer, dette skal på en måde overvåges og det samme skal den efterfølgende udøvelse. Certificeringen af sundhedsfaget tog gradvist til og det samme gjorde tilsynet. Under Napoleon indførtes i begyndelsen af 18-hundredetallet statseksamination og autorisation af læger, hvormed skellet mellem professionel sundhedsvirksomhed og uautoriserede behandlere blev større. Resultatet var et stigende monopol på sundhedsfaglig behandling (Porter, 2000). I Tyskland blev ikke-uddannede behandlere tilsvarende afskåret fra offentligt at kunne udføre medicinsk behandling, herunder ordination af risikable lægemidler. Reguleringen udvidedes med en kredslægeordning, som førte *tilsyn* med sundhedsvæsenet (Porter, 2000).

Lidt anderledes stod det til i Storbritannien. Common Law efterlevede de frie markedskræfters princip om *caveat emptor*, hvor falske behandlere havde stort råderum, og det var borgerens ansvar selv at tage sig i agt (Porter, 2000). Læger, kirurger, apotekere, m.v. udbød alle sundhedsfaglig behandling. Manglen på en centralt regulerende myndighed betød, at der kun var sparsom kvalitetskontrol, og at antallet af bedragere, kvaksalvere og omrejsende healere voksede (Porter, 2000). I ønsket om at modvirke denne udvikling, professionalisere erhvervet og gøre sundhedsfaglig behandling til en anerkendt beskæftigelse, og ikke kun en god forretning, udgav professor John Gregory fra Universitet i Edinburgh i 1772 en række forelæsninger om lægers pligter og kvalifikationer. I disse formuleredes hans synspunkter på lægers

rolle og ansvar, lige som han indbyggede moralfilosofiske ideer fra den skotske oplysningstid, repræsenteret ved bl.a. David Hume, Adam Smith og Thomas Reid (Johnsen, 2000). Sidstnævnte havde udtrykt dyb bekymring i forhold til den egeninteresse, som dominerede datiden (Johnsen, 2000). Denne tilgang til sundhedsfaget levede ikke op til Gregorys krav, fordi udøvelsen hverken baseredes på videnskab (Francis Bacon) eller fagetik, herunder kravet om indlevelse i andres problemer og oplevelsen af trang til at hjælpe (sammenlign kaldstanken omtalt nedenfor; Johnsen, 2000). Gregory foreskrev to indikatorer på en praktikers rette fremtræden: For det første må man aldrig henlede opmærksomheden på egne meritter, og for det andet kræves det, at alle behandles med lige medfølelse og engagement, uanset social baggrund, m.v. I hans tids dybt klassebevidste samfund var dette revolutionerende tanker. Gregory kritiserede også "loge-mentaliteten" blandt kollegerne - en kritik som videreførtes af Thomas Percival (1740-1804). Sidstnævnte fremhævede navnlig pligten til at sætte patientens interesser forud for egne, tillige med pligten til at tjene offentlighedens tillid gennem bl.a. sygehusvirksomhed. Princippet om at sætte den andens (patientens) interesser først går hånd i hånd med forestillingen om sundhedsfaget som en slags "kald" (tanken om professionen i en hjælper-rolle, som så at sige "kalder" på udøveren modsat eksempelvis ageren i egen interesse). Percival udtrykte derudover, at *"Enhver patient [...] skal behandles med opmærksomhed, vedholdenhed og menneskelighed"* (Porter, 2000) og understøttede herved princippet om god og lige behandling af patienter.

Det danske "lægeløfte" blev indført i 1815 ved en såkaldt cancelliskrivelse efter forslag fra Professor Helholdt ved Københavns Universitet. Man støttede sig ved udformningen til den Hippokratiske ed, og løftet fik følgende ordlyd: *"Efter at have aflagt offentlig prøve på*

mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsregning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser" (se læger.dk). Lige som i den Hippokratiske læge-ed, er såvel godgørenheds- som retfærdighedsprincipperne tydelige. Dertil finder man også opmærksomhed på fortrolighedsforholdet (og dermed patientens bestemmeret over egne oplysninger), medens ikke-skade-princippet i modsætning til det Hippokratiske forbillede er knapt så tydeligt, og anerkendelsen af patienters ret til information og selvbestemmelse synes helt fraværende.

Udviklingen af etiske kodekser fra det tyvende århundrede og frem

Den hastige sundhedsvidenskabelige udvikling og rædslerne fra anden verdenskrig bidrog til øget opmærksomhed om sundhedsfaglig etik og udarbejdelsen af etiske guidelines og regelsæt. Et eksempel er Geneve-deklarationen, som lagde sig tæt op af den Hippokratiske ed. Ifølge deklarationen forpligter den medicinske udøver sig på at *"vie [sit] liv til tjeneste for menneskeheden"* til-lige med at *"udøve [sit] kald samvittighedsfuldt og værdigt"* (Geneve-deklarationen, 1948). Patientens helbred skal altid *"stå først"* i udøverens "overvejelser", udøveren skal respektere patientens selvbestemmelse og de

hemmeligheder, som betros udøveren og må ikke *"tillade, at overvejelser om religion, nationalitet, race, politisk parti eller social klasse stiller sig mellem [udøverens] pligt og [patienten og udøveren] vil nære den højeste respekt for menneskets liv fra dets begyndelse, selv under trusler"* (Geneve-deklarationen, 1948). Desuden må udøveren ikke gøre brug af sin *"kunnen imod almindelige humanitære principper"*. I forlængelse af bl.a. den Hippokratiske ed fornemmer man i Geneve-konventionen en godgørenhedspligt (og pligt til *samvittighedsfuldhed*), en opmærksomhed på patienters selvbestemmelsesret (inklusive med hensyn til helbredsoplysninger, m.v., fortrolighedsforholdet og "tavshedspligten") og et krav om ligebehandling. Der er et underliggende princip om undgåelse af skade, og lægen forpligtes på ageren i overensstemmelse med *almindelige humanitære principper*. I den nærmest samtidige verdenserklæring fra FN om menneskerettigheder (1948) fastslås det bl.a., at *"Everyone has the right to [...] medical care and [...] security in the event of [...] sickness [...]"* (artikel 25, stk. 1). I europæisk regi blev medlemsstaterne i den noget senere 'Bioetikkonvention' endvidere forpligtet på at *"skabe lige adgang til sundhedsmæssige ydelser af en passende kvalitet under hensyntagen til sundhedsmæssige behov og de til rådighed værende ressourcer"* (Bioetikkonventionen, 1997). Det fremgår af konventionens artikel 4, at *"Enhver sundhedsmæssig intervention [...] skal foretages i overensstemmelse med gældende faglige forpligtelser og standarder"* (artikel 3). I forhold til patienters selvbestemmelsesret fremhæves det i konventionens artikel 5, at *"Ingen intervention må foretages på sundhedsområdet uden den berørte persons frie og informerede samtykke [...]"* og i artikel 10 beskyttes selvbestemmelsesretten med hensyn til helbredsoplysninger (fortrolighedsforholdet). I henhold til artikel 24 er patienten berettiget til erstatning for *"ubehørig skade på grund af en intervention"*. Igen i Bioetikkonventionen

fornemmer man således et godgørenhedskrav (lidt mekanistisk udtrykt i intervention i overensstemmelse med gældende standard, m.v.), krav om ligebehandling, et ikke-skade princip og en eksplicit formuleret pligt til at respektere patienters selvbestemmelsesret med hensyn til såvel "interventioner" (undersøgelse, behandling, m.v.) som informationer (patientoplysninger).

Professionsetiske kodekser i Danmark

Professionsetiske principper, som de er udfældet gennem historien og også f.eks. findes beskrevet af Childress og Beauchamp (1979, 2008; sammenhold også Belmontrapportens 3 principper om godgørenhed, selvbestemmelse og retfærdighed, 1978), rækker ud over det deskriptive perspektiv og henvisning til, hvad der ser ud til at være etablerede faglige praksisser. De præsenterer normative udsagn om, hvilken retning sundhedsfaglig adfærd bør forfølge (hvad der så at sige er det rette spor), snarere end hvad den enkelte sundhedsudøver eller gruppe af sundhedsudøvere i en given kontekst f.eks. finder opportunt.

Der har også fra fagorganisationers side været gjort forsøg på at opstille professionsetiske grundprincipper. Den Danske Lægeforening formulerer kort og godt læge-ansvaret som følger: *"Lægens opgave er at arbejde for sundhed og livskvalitet hos sine patienter og i det omgivende samfund. Den rolle indeholder et stort ansvar, og den forudsætter tillid både til den enkelte læge og til lægestanden. Derfor skal lægen altid handle på en måde, som viser lægen værdig til den tillid fra patienter, kolleger og samfund, som varetagelse af lægerollen kræver [...]"* (Lægeforeningen, 2018). Videre hedder det om det såkaldt "patientrettede ansvar", at "1. Lægen skal fremme sundhed og livskvalitet hos sin patient. [...] 4. Lægen skal anse alle patienter som ligeværdige og undgå forskelsbehandling, som ikke er fagligt begrundet. 5. Lægen skal tage ansvar for sin patient og handle med omhu og

samvittighedsfuldhed. 6. Lægens handlinger og ytringer skal bygge på lægevidenskabelig viden og erfaring. Hvis lægens handlinger eller ytringer adskiller sig fra den faglige konsensus, så skal lægen gøre patienten og andre relevante parter tydeligt opmærksom på dette [...]" (Lægeforeningen, 2018). Om patienters ret til autonomi udtrykkes det, at *"Lægen skal respektere patientens ret til selvbestemmelse [...]"* (Lægeforeningen, 2018, punkt 7). Principper om respekt for patienters selvbestemmelsesret, godgørehed og ligebehandling er således tydelige. I princippernes punkt 5 anføres det som nævnt, at lægen skal *"tage ansvar for sin patient"*. Meningen hermed findes ikke yderligere ekspliciteret. Til sammenligning fremgik det i Lægeforeningens etiske regelsæt fra før 2018 i § 2, at: *"En læge skal udøve sin gerning omhyggeligt og samvittighedsfuldt og efter evne lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred [...]"* (Lægeforeningen, 1989). Tilsvarende udtrykkes det i de "Sygeplejeetiske Retningslinjer" om sygeplejerskers ansvar, at *"Sygeplejersken har ansvar for at yde omsorg, i den hensigt at patienten oplever velvære [...] Sygeplejersken har et ansvar, fagligt, personligt, etisk og æstetisk, i forhold til de patienter, der har behov for sygepleje"* (Dansk Sygeplejeråd, 2014), og dertil ekspliciteres et krav om *"Respekt for selvbestemmelse"*. Et professionsetisk kodeks findes også i f.eks. "Kiropraktorløftet" (Dansk Kiropraktor Forening, 2021). Heri står bl.a., at kiropraktoren *"[...] stedse skal lade det være [kiropraktoren] magtpåliggende efter bedste skøn at anvende [kiropraktorens] kundskaber med flid og omhu til samfundets og [kiropraktorens] med-menneskers gavn, at [kiropraktoren] vil drage lige samvittighedsfuld omsorg for alle uden persons anseelse"* og at kiropraktoren *"ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad [kiropraktoren i sin] egenskab af kiropraktor har erfaret [...]"* (Dansk Kiropraktor Forening, 2021). I henhold til de "Ethiske principper for nordiske psykologer" kræves det på lignende vis, at *"Psykologen er opmærksom på det pro-*

fessionelle og videnskabelige ansvar, han har for sine klienter og den organisation og det samfund, som han lever og arbejder i" samt at *"Psykologen undgår at forvolde skade [...]"* (Dansk Psykolog Forening, 2021). Ansvarsprincipperne implikerer traditionelt, at f.eks. seksuelle relationer til patienter er uacceptable. Dette fandtes tidligere ekspliciteret i Lægeforeningens etiske regler § 10, men er nu afløst af et princip om, at lægen aldrig må *"bruge sin rolle til at udnytte en patient"* (Lægeforeningen, 2018, pkt. 14). Det fremgår ikke, om lægen godt må indlede seksuelt forhold med sin patient, når blot lægen vurderer, at der ikke er tale om udnyttelse.

Sundhedsprofessionelle antages at have pligt til at "sige fra" ved tiltag, som væsentligt og åbenbart konflikter med fagligheden. Dette formulerer Lægeforeningen aktuelt som følger: *"[...] Hvis lægen bliver opmærksom på uhensigtsmæssige forhold, bør lægen gøre opmærksom på dette"* (Lægeforeningen, 2018, punkt 21). Tilsvarende foreligger der ifølge de Sygepleje-etiske Retningslinjers punkt 4.5 en pligt til at *"prioritere hensynet til patientens liv, integritet og ønsker, hvis der opstår uoverensstemmelser eller interessekonflikter i forbindelse med løsning af en opgave"* og et generelt *"ansvar for at synliggøre de konsekvenser, som politiske prioriteringer kan få i sundhedsvæsenet"* (punkt 2.6; Dansk Sygeplejeråd, 2014). Man finder også i de etiske retningslinjer for fysioterapeuter (2012) et princip herom (*"Fysioterapeuten tilkendegiver sin mening ved underretning af den lokale ledelse eller tilsynsmyndighed, såfremt hun bliver opmærksom på forhold, som af hende vurderes som sundhedsfagligt uforvarselige. Fysioterapeuten kan til enhver tid, som privat person, deltage i offentlig debat herom [...]"*; Danske Fysioterapeuter, 2022).

Lægeetisk Nævn under Lægeforeningen kan bl.a. udtrykke kritik eller give en påtale af et medlems adfærd (forretningsordenens § 2) eller ultimativt ekskludere et medlem fra foreningen. Tilsvarende kan hovedbesty-

relsen af dansk sygeplejeråd efter vurdering i sygeplejeetisk råd ekskludere et medlem, hvis pågældende har handlet *"i strid med Dansk Sygeplejeråds love eller Sygeplejeetiske retningslinjer"* (§ 6, stk. 2) og også f.eks. Dansk Psykologforening har en etisk komite, hvortil kan indbringes klager over psykologers etiske virke og overholdelsen af de *"Ethiske Principper for Nordiske Psykologer"* med tilsvarende reaktionsmuligheder.

Fagorganisationerne søger således både at fremhæve nogle grundlæggende principper for professionsudøvelsen og at gennemføre en form for egenkontrol med udøvernes overholdelse af principperne. Selv om lægeforeningens nugældende etiske principper henviser til faglig konsensus som meddefinerende for de faglige etiske principper, har de faglige organisationers etiske regelsæt dog alle en bredere basis med større eller mindre reference til hjælpepligten, ligebehandlingskravet, m.v.

Nærmere om sundhedsprofessionsansvaret i Danmark

Et er professionsetiske principper og kodekser, noget andet er lovgivning. Indtil den Danske lægelov fra 1935 fandtes reguleringen af sundhedsfaglig virksomhed mestendels i en række regelsæt fra enevælden, herunder *"Forordning af 10. januar 1619 vedrørende medici, chirurgi og apothekere i København"*, *"Forordning af 4. december 1672 om medicis og apothekere"* og *"Forordning af 5. september 1794 angående straf for kvaksalvere m.m."*. I 1815 indførtes *"lægeløftet"* jf. cancelliskrivelse af 15. august. I 1935 trådte lægeloven i kraft. Loven indeholdt en § 6, hvori det bestemtes, at *"En Læge er under Udøvelsen af sin Gerning forpligtet til at vise Omhu og Samvittighedsfuldhed [...]"* (Lægeloven, 1935). I 1956 trådte en tilsvarende lov om sygeplejersker i kraft, hvorefter også sygeplejersker var *"forpligtet til at udvise omhu og samvittig-*

hedsfuldhed" (Sygeplejerskeloven, 1956; § 5), og senere kom lignende bestemmelser til for andre grupper af sundhedsprofessionelle. Bortset fra psykologer, som reguleres af en særskilt psykologlov (Psykologloven, 1993), har reguleringen af de forskellige sundhedsprofessioner (som foruden sygeplejersker og læger også tæller jordemødre, fysioterapeuter, kiropraktorer, m.v.) siden 2007 været samlet i en fælles autorisationslov (Autorisationsloven, 2006)). Forpligtelsen til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed findes i dag i autorisationslovens § 17 (i psykologloven er det § 12). Overholdelsen af det med pligten følgende, individuelle faglige (disciplinær-) ansvar sanktioneres ved Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (under Styrelsen for Patientklager; tidligere lå kompetencen hos Sundhedsstyrelsen), typisk på foranledning af klager over navngivne sundhedspersoner. En disciplinærretlig proces mod en sundhedsprofessionel kan umiddelbart initieres af enhver borger ved påstået fejlbehandling. Disciplinærnævnet er forpligtet til at behandle klagen, hvis den ikke skønnes åbenlyst grundløs, og nævnet underretter efter klage- og erstatningsloven Styrelsen for Patientsikkerhed om klager og afgørelser til brug for bl.a. denne styrelses tilsyn med sundhedspersoner efter autorisationsloven (§ 12, stk. 4). Klagesager kan efter autorisationsloven føre til kritik, men også medføre foranstaltninger såsom indskrænkelse af sundhedspersonens virksomhedsområde og skridt i retning af fratagelse af pågældendes autorisation. Efter § 3, stk. 2 i disciplinærnævnets forretningsorden kan nævnsformanden endvidere beslutte, at sagen sendes til politimæssig efterforskning, hvis en klage skønnes at kunne føre til en straffesag (Forretningsorden, 2010).

Kritisk perspektivering

I tråd med autorisationslovgivningens eksakte ordlyd var vurderingen af disciplinæran-

svar fra begyndelsen en juridisk vurdering af den konkret udviste *omhu og samvittighedsfuldhed* (Birkeland, 2022). Hvor det var relevant, skulle sundhedsfaglig sagkundskab bidrage med relevant baggrundsviden og kvalificere den juridiske vurdering af, om der var udvist den agtpågivenhed, som det af hensyn til patienten var sundhedspersonens pligt at udvise. Ligeså var der i henhold til lægelovsforarbejderne – og faktisk meget i tråd med de ovenfor beskrevne professions-etiske traditioner – en række underforståede præmisser om bl.a. sundhedspersonens hjælpepligt, udgangspunktet om ligebehandling og respekten for patientens selvbestemmelsesret (sidstnævnte endda forbigående tilføjet i lægelovens § 6; Birkeland, 2022).

Tilsynet med de sundhedsprofessionelle har særligt i de sidste årtier været i udvikling både med en udbygning af borgernes adgang til at klage (herunder mulighed for gratis digital klage til et øget antal klageinstanser, såsom Disciplinærnævnet, Styrelsen for Patientklager, Region og Patienterstatningen, hvor der tidligere kun var Sundhedsstyrelsen og domstolene), intensiverede disciplinær-sanktioner og udvidede tilsynsbeføjelser i forhold til sundhedsprofessionelle (jf. nedenfor), som alt sammen har medført en stigende eksponering af dårlig sundhedsprofessionel adfærd som et samfundsmæssigt problem.

Antallet af individuelle disciplinærsager mod sundhedsprofessionelle har været stødt stigende siden indførelsen af patientklagenævnet. I 1975 var der således under 200 årlige sager, i 2011 var antallet tidoblet og i 2021 var der 2800 disciplinærsagsafgørelser, så f.eks. de fleste læger realistisk må imødesee en disciplinærsag i deres karriere (Birkeland, 2014; Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns Årsberetning, 2021). Uanset bl.a. lægmand-sinddragelsen i afgørelserne, har nævnet drejet forståelsen af disciplinæransvaret og "omhu og samvittighedsfuldhed" over i en forudsætning om konformitet med *fagligt*

anerkendte normer for professionel praksis (og dermed følgende begrænsning af sundhedsprofessionelles skønsmæssige, situationsbestemte råderum), som de forstås i henhold til en nævnansat sagkyndig. Samtidigt træder f.eks. den i situationen konkret udviste indsats, ihærdighed og forsøg på bedst mulig opgaveløsning i tråd med faglige idealer i baggrunden (Birkeland, 2022). Foruden forsimplingen af bedømmelsesgrundlaget og den resulterende, potentielle ensretning væk fra, hvad den almindelige patient (lægperson) med rette bør kunne forvente, introduceres herved en vilkårlighed i forhold til, om nævnsafgørelsen begunstiger patienten eller den sundhedsprofessionelle. Og når referencerammen ensidigt bliver henvisningen til anerkendte faglige praksisser, risikerer sundhedspersonalet, i et tiltagende presset sundhedsvæsen, i stigende omfang at ansvarliggøres for afvigelser, som de reelt har stadig mindre indflydelse på.

Det er uklart, hvilken betydning tilføjjelsen af systemer til "no-blame" håndtering af utilsigtede fejl og "near-miss" og intentioner om organisatorisk læring har på f.eks. frygten for fejl og sanktioner. Med vedtagelsen af klage- og erstatningsloven i 2005 blev den såkaldte "gabestok" imidlertid indført (eller måske rettere *genindført*!) med det tilkendegivne formål at skabe "*større gennemsigtighed for den enkelte borger og dermed et mere kvalificeret grundlag for det frie valg*" (Klage- og erstatningsloven, 2005; Betænkning 2004/2). Gabestokken implicerer udstilling af sundhedspersoner med navns nævnelse på blandt andet Styrelsen for Patientklagers hjemmeside, hvis pågældende f.eks. har modtaget alvorlig kritik. Gabestoksordningen er efterfølgende gentagne gange blevet kritiseret for at hænge sundhedsprofessionelle ud og bibringe en angst for fejltrin og oplevelse af utilstrækkelighed, samtidigt med at systemet opleves som uretfærdigt, når ressource-mangel og mere systemiske dysfunktioner i

sundhedsvæsenet er medvirkende til opståen af fejl (Nielsen, 2013; Witthøfft, 2016a). Af samme grund har Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen opfordret til en afskaffelse af ordningen (Witthøfft, 2016b), uden at opfordringen dog har båret frugt.

Senere, blandt andet i kølvandet på en række enkeltsager, indførtes i 2016 nye og "strammere" regler med henblik på, at Styrelsen for Patientsikkerhed bedre skulle kunne "stoppe farlige sundhedspersoner" (f.eks. flere muligheder for autorisationsfratagelse, den såkaldte "strammerpakke"; LSF 184). Efterfølgende har der været en flerdobling i antallet af politianmeldelser (fra 11 i 2015 til 62 i 2017), hvor halvdelen involverer læger, og en fjerdedel handler om sygeplejersker (Kammeradvokaten, 2018).

Sideløbende med ovenstående udvikling er de sundhedsprofessionelles tillid til det tilsynssystem, som de arbejder under, blevet kritisk lav. En rundspørge fra 2021 tydede således på, at næsten halvdelen af deltagende læger ikke havde tillid til, at myndighederne kun uddeler kritik, når det er fagligt velbegrunderet (Lægeforeningen, 2022). Den halter til tro på retfærdigheden i myndighedernes kontrol med sundhedsprofessionelle findes yderligere bekræftet i en spørgeskemaundersøgelse refereret i den nyligt offentliggjorte evaluering af strammerpakken. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at *"knap to tredjedele af læger underlagt tilsyn ikke oplever, at deres tilsynssag blev behandlet objektivt, retfærdigt og transparent"* (Evaluering af Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn, 2022). Som det konstateres i rapporten, har de sundhedsprofessionelles interesseorganisationer i forlængelse heraf udtrykt, at *"den øgede frygt blandt personalet kan påvirke arbejdsglæden og på længere sigt rekrutteringsmuligheder til sundhedsfaglige positioner"* (s. 114; Evaluering, 2022). Parallelt kan frykten for at "stikke ud" og ikke gøre det godt nok påvirke sundhedsprofessionerne i retning af defensiv

adfærd og ekstra behandling (Gildberg, 2021; Lægeforeningen, 2022), ikke for at gøre patienten godt, men for at undgå sanktioner.

Fra brugervinklen har Danske Patienter, som er paraplyorganisation for patientforeninger og pårørendeorganisationer i Danmark, gennemført en rundspørge blandt medlemsforeningerne, som pegede på frustration blandt patienter og pårørende og på, at klagesystemet opleves demotiverende og kræver for meget overskud. Da klage- og ansvarssystemet således ikke kun er belastende for de involverede sundhedspersoner, men i særdeleshed også for patienterne, har Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, og fagforbundet Fag og Arbejde (FOA) advokeret for en reorganisering, som i 2023 har resulteret i nedsættelsen af en arbejdsgruppe, som skal undersøge, hvordan patientklagesystemet kan forbedres (Jessen, 2022).

Afrunding

Det er i indledningen af denne artikel problematiseret, hvordan sundhedsområdet er tiltagende udfordret i forhold til at opretholde den nødvendige arbejdsstyrke af faguddannede. Et tiltagende pres på sundhedsprofessionelles status, råderum og mulighederne for udfoldelse af deres virksomhed i overensstemmelse med faglige idealer er muligt medvirkende årsager. Dertil kommer en gradvis udvikling af paradigmer i forhold til håndhævelse af personligt juridisk ansvar, hvor myndighedstiltag i stigende grad signalerer mistillid til professionsudøverne, resulterende i bl.a. frygt for at afvige fra "det almindelige", få anklager om fejl og udsættes for disciplinær udskamning. En sådan frygt er gennemgående uproduktiv. Psykologisk tryghed er et basalt behov i arbejdssammenhæng (Maslow, 1943). Tilsvarende er psykologisk tryghed i sundhedsprofessionerne en forudsætning for faglig udvikling, læring af fejl og understøttelse af patientsikkerhed

(Edmondson, 2004), ligesom forskning har indikeret en sammenhæng mellem frygt for at begå fejl og mangel på tid til at udføre opgaver på den ene side og udbrændthed samt tilbagetrækning fra arbejdet på den anden side (Durand et al., 2019).

Sundhedsvæsenet er kendetegnet ved sin karakter af videns-organisation (Rasmussen, 2014). I en sådan er de fagprofessionelles stræben efter at gøre det bedste og konstant udvikles mod det bedre en grundlæggende indre motivation, som i kombination med oplevelsen af autonomi og tillidsfuldhed fra omgivelserne samtidigt er den bedste drivkraft mod højeste kvalitet (Pink, 2009; Rasmussen, 2014). Indsnævret autonomi, underkendelse af færdigheder og fortoning af professionsudøvelsens formål vil omvendt medføre kvalitetsbrist i tillæg til mistrivsel i arbejdet og jobflugt.

Artiklen har rettet fokus på konflikter mellem rodfæstede professionsetiske principper og den ovenfor beskrevne udvikling i udmøntningen af sundhedsprofessionelles juridiske ansvar og de u hensigtsmæssige effekter på tiltrækningen - og fastholdelsen - af sundhedsprofessionelle. I den forbindelse er der bl.a. lagt vægt på den øgede tendens til inkquisition og sanktionering, det medfølgende stærke signal om *generelt* manglende tillid til professionsudøverne samt disses skønsudøvelse og hensigtsmæssige ageren i konkrete situationer, ensretningen af kravene til professionsudøvelsen med henvisning til normen for anerkendt faglig praksis snarere end opmærksomhed på omhyggeligheden i varetagelsen af opgaverne og den øgede risiko for ansvarsmæssig vilkårlighed under tiltagende ressourceknappe forhold. Andre vigtige problematikker har imidlertid fået mindre eller ingen omtale, såsom ændringer i klageadfærd, spørgsmålet om sundhedsprofessionelles muligheder for i en presset hverdag i det hele taget at stå omsorgsmæssigt inde for behandlingen, herunder risikoen for

kompromittering af den sundhedsprofessionelle faglighed i kølvandet på den stadig mere dominerende økonomiske tænkning i sundhedsvæsenet (Martinsen, 2014; sammenhold f.eks. den nyligt nedsatte Sundhedsstrukturkommission til "gentænkning" af sundhedsvæsenet, ledet af en politolog, overvægt af økonomer/politologer og fuldstændigt fravær af sygeplejefaglig repræsentation), samt mulighederne for at virkeliggøre idealet om respekt for patientens integritet og medbestemmelsesret.

Der tages i artiklen et spring tilbage i tiden med undersøgelse af, hvilken etisk forståelse og hvilke principper oprindeligt danner fundament for det personlige, juridiske ansvar i sundhedsprofessionerne. Det er i artiklen gennemgået, hvordan der fra samfundets side tidligt blev defineret nogle særlige forventninger til udøvernes adfærd og sundhedsvirksomhedens udførelse. Kravene er senere blevet formuleret som etiske principper og i etiske kodekser, som gradvist er blevet suppleret med egentlig regulering. De beskrevne principper er ikke nødvendigvis udtømmende for sundhedsfagernes etik, men artiklen tydeliggør, hvordan forståelsen af professionsetik og fagligt ansvar i sundhedsfagene igennem historien generelt har rakt et godt stykke ud over spørgsmålet om faglig konformitet og fejlfinding og forklarer, hvordan professionsansvarsforståelsen traditionelt har understøttet valget af sundhedsfaglig behandling af syge, m.v. som en sympatisk og attraktiv profession. Allerede hos Hippokratikerne formuleredes velgørenhedsformålet – at gøre det bedste for patienten – som en central præmis for sundhedsfaglig virksomhed med det iboende krav om at agere efter bedste skøn og i videst muligt omfang undgå skade. Denne præmis fordrer både en oplevelse af ansvarlighed til lige med faglig stolthed, omsorg, engagement og pertentlighed hos udøveren, samtidigt med at udøveren på sin side må forudsæt-

te, at kunne nyde *tillid* fra dem, som tjenes (sammenlign endvidere "kaldstanken" og Lægeforeningens etiske regelsæt). Parallelt med at medicinens fokus blev flyttet mod videnskabelig forankring og systematiseret praktisk uddannelse, er formuleringen af professionsetiske principper blevet suppleret med formel regulering, som også afspejler udviklingen mod bl.a. kapitalisme og moderne vestlige demokratiformer. I Danmark fik vi f.eks. en autorisationslovgivning, som stillede krav til sundhedsprofessionelle om "omhu og samvittighedsfuldhed". Som John Gregory og Thomas Percival påpegede, krævede den traditionelle forståelse af faglig uddannelse og adfærd en række modifikationer til håndtering af fagudøvernes egeninteresser, samtidig med at sundhedsfagets krav på høj grad af selvregulering og aflønning i nogen udstrækning kunne opretholdes (MacDougall & Langley, 2012).

Bl.a. med baggrund i den forskellige demokratiske legitimation, kan der til stadighed være grund til at anlægge en sontring mellem fagformulerede professionsetiske principper og lovgivning. Gennemgangen antyder dog, at professionsetiske principper og lovgivning kan have tendens til at lægge sig op ad hinanden (se endvidere Hybel, 2006 og Birkeland, 2014), og nogle meget ens principper går f.eks. igen i autorisationslovgivningens præmisser, i de professionsetiske principper for læger, sygeplejersker, psykologer, kiropraktorer og fysioterapeuter, m.v. og i internationale juridiske retningslinjer. De professionsetiske principper forudsætter som nævnt omverdenens tillid. At der, i lighed med nogle andre samfundsområder, er indrettet systemer til at påse den sundhedsprofessionelles fagudøvelse, er én ting. Men professionsetikken går kun dårligt i spænd med forhånds opbygget mistro til fagligheden. En nutidig forståelse af sundhedspersoners individuelle, juridiske ansvar og hvad der er acceptabel sundhedsfaglig behandling, kan

naturligt tage sit udgangspunkt i en respekt for de gennem historien udviklede fagetiske principper. Fremadrettet kan for eksempel hjælpepligten og den konstante stræben efter at gøre det bedste som motivationsfaktor, snarere end frygten for afvigelse og dadel, være med til at sikre, at sundhedsfaget er en profession, som tiltrækker og fastholder omhyggelige og samvittighedsfulde udøvere. Samlet set lægger artiklen således op til et mere facetteret syn på sundhedsfaglig virksomhed og pligter og bidrager på den måde til en videns-funderet perspektivering af det ansvar og de uhensigtsmæssige paradigmer, som sundhedsprofessionelle i dag måtte møde.

REFERENCER

- Andersen, K. J. (2016). *Travlhed skaber frygt for at begå fejl* (7. september 2016). Hentet fra Dansk Sygeplejeråd: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/travlhed-skaber-frygt-for-at-begaa-fejl>.
- Autorisationsloven (2006), *lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed* nr. 451 af 22/05/2006 med senere ændringer.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. New York: Oxford University Press (1. Ed 1979).
- Birkeland, S. (2014). Ethical Principles as a Basis for Disciplinary Responsibility, *Journal of Clinical Research & Bioethics* 5(4), DOI:10.4172/2155-9627.1000188.
- Bioetikkonventionen (2000). *Bekendtgørelse af Europarådets konvention af 4. april 1997 om menneskerettigheder og biomedicin*, nr. 65 af 11/12/2000, Oviedo.
- Belmont Report (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, April 1979.

- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004). *Betænkning 2004/2 BTL 75 afgivet af Sundhedsudvalget den 7. juni 2005 over Forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet* (indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen).
- Birkeland, S. (2014). Health care disciplinary cases: prevention vs. routinization. I: *Law European Association of Health Law*, red. Lex medicinae – revista Portuguesa de direito da saúde. Coimbra Portugal:1-12.
- Birkeland, S. (2022). Sundhedsprofessionelles disciplinæransvar – sundhedsretlig status og juridisk problematisering. *Nordisk socialrettslig tidskrift*, 31–32, 7–38.
- Birkeland, S. (2022). 'Omhu og samvittighedsfuldhed' – lægeloven og udviklingen i sundhedsprofessionelles disciplinæransvar. *Bibliotek for læger*, 214(4), 292-313.
- Boston Consulting Group, Muusmann, and Petersen, L.J. (2022). *Evaluerings af Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn*, København, 2022.
- Christoffersen, S.A. (2013). I *Professionsetik – Om etiske perspektiver i arbejdet med mennesker*, 2. udgave, 2013, Vejledning og Profession, Forlaget Klim, oversat fra den Norske udgave ('Profesjonsetikk', Svein Aage Christoffersen, red., Universitetsforlaget, Oslo, 2011) af Jens Peter Kaj Jensen
- Danbjørg, D.B. & Hermann, S. (2022). *Rektor og næstformand: Bekymring om arbejdsvilkår trækker unge væk fra sygeplejerskeuddannelsen* (debatartikel). *Altinet* (26. juli 2022).
- Dansk Kiropraktor Forening (2021). Kiropraktorløftet. Senest redigeret og godkendt på generalforsamlingen november 2021. <https://www.danskkiropraktorforening.dk/media/3131/vedtaegter-opdateret-efter-gf21.pdf>, (accessed 19.06.2023).
- Dansk Psykolog Forening (2021). Etiske Principper for Nordiske Psykologer. Dansk Psykolog Forenings regelsæt 2021-2024. <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/2022/11/Etiske-Principper.s.27-32fraDPRegelsaet-2021-24.pdf> (accessed 19.06.2023).
- Dansk Sygeplejeråd (2014). *Sygeplejeetiske Retningslinjer*, vedtaget på Dansk Sygeplejeråds kongres, 20. maj 2014.
- Danske Fysioterapeuter (2022). *Etiske retningslinjer*, Danske Fysioterapeuter, <https://www.fysio.dk/om-os/opbygning/rad-og-udvalg/etisk-rad/etiske-retningslinjer> (accessed 16.11.2022).
- Danske Patienter (2022). *Rundspørge: Bøvlet system får patienter til at opgive klagen*. Danske Patienter, 3. juni 2022 (accessed 16.11.2022).
- Den Store Danske Encyklopædi (2014). *Ansvar*. 21. august 2014, oprindeligt forfattet af 29. januar 2009 af professorerne Bo von Eyben og Uffe Juul Jensen, (http://www.denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Religion_og_mystik/Almen_etik/ansvar?highlight=ansvar).
- Durand, A.C., Bompard, C., Sportiello, J., Michelet, P. & Gentile, S. (2019). Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors, *Work* 63, 57–67.
- Ejbye-Ernst, A. (2020). Hård adfærd i styrelse rammer sundhedspersoner og patientsikkerheden. *Dagens Medicin*, 16/06/2020.
- FN (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheder*, the Universal Declaration of Human Rights (adopted by the United Nations General Assembly in 1948).
- Forretningsorden (2010). *Bekendtgørelse om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn*, nr. 1447 af 15/12/2010.
- Geneve-deklarationen (1948). *WMA Declaration of Geneva, adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association*, Geneva, Switzerland, September 1948.
- Gildberg, S.B. (2021). Kvindelige sygeplejerske: Ja, regeringens indgreb var en skændsel. Men vi sygeplejersker må altså holde op med hele tiden at se os selv som ofre (kronik), *Politiken*, 7. september, 2021.
- Gotfredsen, E. (1973). *Medicinens Historie*. 3.dje udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.
- Hammurabi (1755–1750 f.Kr.). *Hammurabis lovbog*. Oversat af King, L.W. Tilgængelig på Yale Law

- School (<https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp>), 1898.
- Heiberg, J.L. (1929). *Fra Hellas og Italien*, bind I s.328-9. Jespersen og Pio, København, 1929.
- Hippocrates (400 f.Kr.). Of the Epidemics, Oversat af Adams, F. 1849.
- Holstein, B. (2004). *Sundhed og Samfund*, i 'Sociologi – en grundbog til et fag', 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, København, 2004.
- Hybel, U. (2006). *Sundhedsret – for sygeplejersker. Lærebog for Sygeplejestuderende*. 1. Udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Jessen, B. (2022). Ny undersøgelse: »Frygten for en klagesag ligger lige under huden på mange læger, *Ugeskrift for Læger*, 19/05 2022.
- Jonsen, A. (2000). *A Short History of Medical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Kammeradvokaten (2018). *Undersøgelse af Styrelsen for Patientsikkerheds politianmeldelser*. Kammeradvokaten, København, 14. september, 2018.
- Klage- og erstatningsloven (2005). *Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet* nr. 547 af 24/06/2005.
- Klage- og erstatningsloven (2018). *Bekendtgørelse af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet* nr. 995 af 14/06/2018.
- Kuhlmann J. (2011). I *Professionsetik – Om etiske perspektiver i arbejdet med mennesker*, 2. udgave, 2013, Vejledning og Profession, Forlaget Klim, oversat fra den Norske udgave ('Professionsetikk', Svein Aage Christoffersen, red., Universitetsforlaget, Oslo, 2011) af Jens Peter Kaj Jensen.
- Lassen, J.L., Lundø, E.S., Willaume-Jantzen, M., & Kamph, K. (2018). *Sygeplejerskens oplevelse af fejlkulturen, med afsæt i UTH-ordningen* (kandidatafhandling, Roskilde Universitet).
- Lægeforeningen (1989). *Etiske regler for læger*. Vedtaget af repræsentantskabet den 24. september 1989.
- Lægeforeningen (2018). *Lægeforeningens etiske principper*, København. <https://www.laeger.dk/laegeforeningens-etiske-principper> (accessed 16.11.2022).
- Lægeforeningen (2022). *Bekymring for patientklager presser læger: Rammer beslutningskompetence og fører til unødvendige undersøgelser*, Lægeforeningen, 30. maj 2022.
- Lægeforeningen (1935). *Lov om udøvelse af lægegering af 14. marts, 1934*.
- MacDougall, H. & Langley, G.R. (2012). *Medical Ethics: Past, Present and Future*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. web: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/bioethics/medical-ethics-summary-e.pdf> (accessed 14.11.2022).
- Martinsen, B. (2014). Sygeplejen og den store stygge økonomi. *Klinisk Sygepleje*, 28 (3), 3.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Møller-Christensen, V. (1944). *Middelalderens lægekunst i Danmark*. Lindhart og Ringhof, København.
- Nielsen, S.B. (2013). Læger vil af med 'gabestokken', *Dagens Medicin*, 08/04/2013.
- Olesen, H.S. (2004). *Samfundsmæssig menneskeproduktion*, i 'Sociologi – en grundbog til et fag', 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.
- Pink, D.H. (2009). *Drive: the surprising truth about what motivates us*. Impressum: New York Riverhead Books.
- Psykologloven (1993). *Lov nr. 494 af 30. juni 1993 om psykologer med senere ændringer*.
- Rasmussen, P.D. (2022). *Vi skal af med frygten for at glemme tjeklisten*, Information (debat), 21. marts, 2022, 16-17.
- Rasmussen, S.B. (2014). *Potentialeledelse – om strategisk ledelse i fagprofessionelle organisationer*. 2. Udgave, Barlebo Forlag, København.
- Roy Porter (2000). *Ve og Vel – Medicinens historie fra Oldtid til Nutid*, [oversat af Bent Bjerre], Rosinantes Forlag, AS, København [Porter, Roy. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity From Antiquity to the Present. London: HarperCollins Publishers, 1999].
- Strammerpakken (2016). *Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love* (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn, m.v.) nr. 656 af 08/06/2016.
- Sundhedsloven (2022). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*, nr. 210 af 27/01/2022.
- Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn (2022). *Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns Årsberetning, 2021*, Styrelsen for Patientklager, Aarhus.

- Sygeplejerskeloven (1956). Lov nr. 127 af 25. maj 1956 om sygeplejersker.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). *The Belmont Report*.
- von Eyben, B & von Eyben, W.E. (2001). *Juridisk Ordbog*, 11. udgave, 2. oplag, forlaget Thomson A/S, København.
- von Staden H. (1996). In a pure and holy way": personal and professional conduct in the Hippocratic Oath? *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 51(4), 404-37.
- Witthøfft, A. (2016a). Hængt ud ved en fejl. *Sygeplejersken*, 3, 25-29.
- Witthøfft, A. (2016b). Appel til Sophie Løhde: Afskaf gabestokken. *Sygeplejersken*, 4), 8.
- Wulff H.R. (1995). *Den samaritanske pligt: det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*, København, Gyldendal.

Søren Fryd Birkeland, professor, overlæge,
Forskningsenheden OPEN, SDU, soren.fryd.birkeland@rsyd.dk