

Fireprinsippsetikken

Introduksjon til et rammeverk for analyse av etiske problemer i
helsetjenesten. Av Morten Magelssen



Fireprinsippetikken

Av Morten Magelssen, professor

Senter for medisinsk etikk

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1130, Blindern

0318 Oslo

<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/>

Filosofen Tom Beauchamps og teologen James Childress' «fireprinsippsetikk» er et mye brukt rammeverk i helseetikken, og deres bok «Principles of Biomedical Ethics» (1. utgave, 1979; 8. utgave, 2019) er trolig den mest innflytelsesrike bok i dette fagfeltet noensinne. I kjernen av dette rammeverket står fire etiske prinsipper: Respekt for autonomi (selvbestemmelse), ikke skade-prinsippet, velgjørenhet og rettferdighet.

Rammeverket sprang ut av erfaringen av at ulike etiske teorier godt kunne lede til samme konklusjoner i konkrete spørsmål. Regelutilitaristen Beauchamp og pliktetikeren Childress fant da de foreleste sammen at de forbausende ofte var enige om hvordan et gitt etisk problem burde løses. Selv om deres respektive etiske analyser begynte fra ulike teoretiske utgangspunkt, «konvergente» de ofte i en enighet om hvordan man burde konkludere – og om hvilke etiske hensyn som var relevante. Disse etiske hensynene kunne gjerne grupperes under fire overskrifter, svarende til de fire prinsipper nevnt over. Så hva om man begynner med å ta utgangspunkt i disse fire prinsippene, heller enn i tradisjonelle etiske teorier som plikt- og konsekvensetikk?

Denne tilnærmingen hadde noen fordeler. For det første pekte erfaringene Beauchamp og Childress gjorde seg mot noen problemer for de tradisjonelle etiske teoriene. Sentralt i disse teoriene «selvforståelse» er at de er eksklusive – hver av dem gjør krav på å være den *sanne* eller i hvert fall *mest korrekte* redegjørelsen for hva etikk er. Denne «konkurransen» mellom teoriene og deres mange ulike versjoner kan gjøre filosofisk

etikk spennende i et seminarrom på universitetet, men i det virkelige liv blir den et problem: Hvilken etisk teori, og hvilken versjon av denne, skal vi bruke til å løse en konkret etisk utfordring i helsetjenesten, der vi må bli enige om et svar *nå*? Og hvilken legitimitet har konklusjonen vi når frem til, når den er basert på bare én av mange konkurrerende teorivarianter?

For det andre er Beauchamp og Childress' rammeverk tilsynelatende enkelt, ikke minst for travle helsepersonell som ikke har tid eller tålmodighet til å sette seg inn i intrikate tradisjonelle etiske teorier. Som vi straks skal se, er grunntrekkene i fireprinsippsetikken lettfattelige, og den kommer også med en «oppskrift» for hvordan den kan tas i bruk på konkrete etiske problemer.

Fra allmennmoralen til fire prinsipper

Forfatterne av «Principles of biomedical ethics» tar utgangspunkt i en idé om *allmennmoralen* som det settet av moralske oppfatninger som *alle* mennesker som ønsker å handle moralsk, deler. For eksempel, hevder de, er vi alle enige om at det vanligvis er galt å drepe, lyve og stjele, mens vi plikter å holde ord, være lovlydige og redde personer som er i fare. Mye etisk diskusjon dreier seg om hvordan slike normer skal fortolkes og avgrenses, inkludert hvem og hvilke situasjoner de omfatter. Derimot stilles det (nesten) aldri spørsmål ved disse normene i seg selv – de har en kjerne som er innlysende sann for alle mennesker som opplever seg forpliktet på å handle moralsk. Allmennmoralen er altså nettopp denne kjernen av etiske normer som alle er enige om.

Beauchamp og Childress hevder at de fire prinsipper kan *utledes* av denne allmennmoralen: både respekt for selvbestemmelse, å gjøre godt og å unngå skade, og rettferdighet hører til kjernen i det moralske aktører er forpliktet på. Sammen utgjør de fire prinsipper et rammeverk av generelle, overordnede normer som er spesielt relevante for helsetikken. Som vi kommer tilbake til, er prinsippene i utgangspunktet sidestilt uten at noen av dem gis forrang. De må derfor veies opp mot hverandre i hver sak.

Respekt for autonomi

Det overordnede prinsippet «respekt for autonomi» er en norm om å respektere og støtte autonome valg. «Autonomi» kommer fra gresk og betyr bokstavelig talt «selvlovgivende» (autos=selv, nomos=lov). Det autonome selvet handler fritt, i tråd med en selvvalgt plan. Denne friheten har én indre og én ytre betingelse: For det første, du må ha de nødvendige evner til å planlegge og utføre handlinger («agentskap», eng.: «agency»). For det andre forutsetter fri handling frihet fra ytre kontroll, fra personer eller omstendigheter som vil innskrenke ditt handlingsrom.

I helseetikken står selvsagt respekt for *pasientens* autonomi sentralt. For helsepersonellet vil slik respekt typisk innebære en holdning om at pasienten skal ha rett til å holde oppfatninger, ta valg og handle på grunnlag av sine egne verdier og oppfatninger – også når det går på tvers av hva helsepersonellet eller pårørende mener er til pasientens beste. Helsepersonell kan også fremme pasientens autonomi ved å legge til rette for genuint autonome valg. Dette kan de gjøre ved å gi forståelig og tilstrekkelig informasjon. Det kan også være viktig å fremme «agentskap», for eksempel ved at samtalen med pasienten finner sted på et tidspunkt der han/hun er mest opplagt og dermed best i stand til å utøve sin autonomi.

Både i klinisk etikk, forskningsetikk og i helselovgivningen står *beslutningskompetanse* sentralt. Det kan ses som en operasjonalisering av idealet om autonomi – kriteriene for å være beslutningskompetent sammenfaller med kriteriene for å kunne ta autonome valg (se «Etikk i helsetjenesten», Gyldendal Akademisk 2025, kap. 5).

Ikke skade-prinsippet

Ikke skade-prinsippet er en norm om å unngå å forårsake skade. Mange former for «skade» kan være relevante her. Helseforskning kan utsette forsøkspersoner for risiko, medisinsk behandling kan gi bivirkninger, og folkehelsetiltak kan ha utilsiktede virkninger. Ikke skade-prinsippet krever at vi handler med hensikt om å minimere skade og å unngå handlinger som kan skade.

Velgjørenhet

Helseforskning, helsehjelp og folkehelseiltak har sin dypeste begrunnelse i velgjørenhet, å gjøre godt. Prinsippet om velgjørenhet viser til to grunnleggende normer:

Vi bør forhindre, fjerne og motvirke skade, og vi bør gjøre og fremme det gode.

Velgjørenhetsprinsippet blir spesielt viktig når en pasient ikke kan utøve sin autonomi (ikke er beslutningskompetent). Da blir helsepersonellets vurdering av hva som er til pasientens beste – hvilket handlingsalternativ som utgjør genuin velgjørenhet overfor pasienten – sentralt.

Ikke skade- og velgjørenhetsprinsippene er en slags speilbilder av hverandre. De må ofte vurderes opp mot hverandre, som når nytte ved livsforlengende behandling veies opp mot potensielle bivirkninger og andre ulemper.

Rettferdighet

Prinsippet om rettferdighet består i et sett normer om hvordan fordeler, ulemper og kostnader bør fordeles. Tre temaer går igjen i diskusjoner om rettferdighet i helsetikken. For det første handler rettferdighet om *prioritering og ressursbruk*. Det finnes et vell av ulike teorier om rettferdig fordeling, men alle er enige om at fordelingen av goder og byrder er et spørsmål for etikken. For det andre handler rettferdighet også om *likebehandling* – av pasienter og borgere, uavhengig av sosial status, kjønn eller annen gruppetilhørighet. Rettferdighet i form av likebehandling begrunnes i alle menneskers likeverd, og krever at alle parter tas på alvor og gis lik respekt når en etisk utfordring der de er involvert, analyseres. For det tredje handler rettferdighetsprinsippet også om hensynet til andre berørte parter ut over pasienten selv.

De fire prinsipper i praksis

I kasuistikk 1 (se tekstboks) aktualiseres alle de fire prinsippene. Respekt for autonomi tilsier at pasientens eget syn skal tillegges vekt. Men denne pasienten er ikke bevisst, og dermed definitivt ikke beslutningskompetent. Han kan neppe *gjøres* beslutningskompetent heller (med mindre intensivbehandlingen tillater at sederingen heves så han kan være våken en periode). Derimot vet vi noe om hans tidligere uttrykte ønsker og

verdier, han vil ikke «bli liggende som en grønnsak». Selv om man skal være varsom med å gi slike generelle uttalelser avgjørende vekt i en konkret situasjon, kan utsagnet være relevant her. Helsepersonellet må uttale seg om hva prognosen er om pasienten skulle overleve, inkludert hva risikoen er for et slikt utfall som det pasienten frykter.

Kasuistikk 1 – er det riktig å avslutte intensivbehandling og gå over til rent lindrende behandling?

En 75 år gammel tidligere frisk mann innlegges medisinsk avdeling med en stor hjerneblødning. Etter innkomst viser det seg at han også har en urinveisinfeksjon som har utviklet seg til urosepsis (blodforgiftning). Han får plass på intensivavdeling, men det går ikke så bra og forløpet blir langtrukket og komplisert. Etter to uker har han svikt i flere organsystemer og behandles med respirator.

Prognosen er dårlig – men man kan ikke med sikkerhet si at pasienten ikke kan komme seg. Legene og sykepleierne diskuterer og det reises spørsmål om hvorvidt det kan være riktig å endre fokus fra kurativ (helbredende) til kun lindrende behandling. Pasienten er sedert på grunn av behandlingen. Muligheten for at dette uansett ikke kommer til å gå og at det kan være riktig å avslutte kurativ behandling, luftes med pårørende, som ikke virker forberedt på en slik beskjed. De forteller for øvrig at pasienten tidligere har uttalt at han «ikke vil bli liggende som en grønnsak på sykehjem».

Det har vært stort press på intensivavdelingen i denne perioden, og flere pasienter som kanskje kunne hatt nytte av intensivplass har måttet behandles på vanlige sengeposter. Én av disse var en kvinne på 55 med Downs syndrom som hadde alvorlig lungebetennelse, og som døde på sengeposten.

Ikke skade-prinsippet tilsier at helsepersonellet bør unngå behandling som skader pasienten. Intensivbehandling er belastende. Samtidig er denne pasienten sedert og opplever derfor neppe ubehag før han eventuelt vekkes opp. Som nevnt kan det være risiko for overlevelse til et dårlig funksjonsnivå. Dette er et utfall pasienten ikke ville ønske, og det vil kunne ses som en viktig form for skade.

Velgjørenhetsprinsippet tilsier at pasienten bør få behandling som kan være til nytte, i form av overlevelse til et akseptabelt funksjonsnivå. Ikke skade- og velgjørenhetsprinsippene må vurderes sammen, og vi ser her hvor viktige de rent medisinsk-faglige vurderingene av prognose og sannsynlighet for ulike utfall ofte er i den etiske vurderingen.

Rettferdighetsprinsippet viser til at intensiv- og respiratorbehandling er kostnadskrevende og en begrenset ressurs. Forventet utbytte må stå i forhold til ressursene behandlingen beslaglegger. Hvis sannsynligheten for å lykkes er liten og kanskje nærmer seg null, tilsier rettferdighetsprinsippet at behandlingen bør trekkes tilbake. Rettferdighetsprinsippet viser også til hensynet til likebehandling og andre pasienter. Er det andre pasienter som bør prioriteres foran denne pasienten, fordi de har bedre prognose og følgelig kan nyttiggjøre seg behandlingen bedre? Opplysningen om at en pasient med Downs syndrom døde – av en tilstand som kanskje hadde kunnet vært behandlet mer optimalt på intensivavdelingen – reiser spørsmål om hvorvidt pasienter her har blitt forskjellsbehandlet på grunnlag av gruppetilhørighet.

Med denne analysen er vi fortsatt et godt stykke unna å besvare det etiske spørsmålet som kasuistikken stiller. Men selv om vi stopper her i denne omgang, har vi kommet et godt stykke på vei i å sette ord på det som er etisk relevant i denne situasjonen. Mye av fireprinsippsetikkens suksess og appell skyldes nettopp det at den gir noen «knagger», fire nyttige overskrifter som lar oss kategorisere og sette ord på moralsk relevante momenter.

Så lenge det vurderes som mulig at pasienten kan behandles til et akseptabelt funksjonsnivå, taler velgjørenhetsprinsippet for fortsatt livsforlengende behandling. De tre øvrige prinsippene synes derimot å tale *mot* behandling. Dermed kan det etiske problemet vi står overfor beskrives som en konflikt mellom de ulike prinsippene: Velgjørenhetsprinsippet står mot autonomi-, ikke skade- og rettferdighetsprinsippene.

Vi ser at rammeverket med de fire prinsipper også er nyttig ved at det lar oss formulere etiske problemer som konflikter mellom prinsippene.¹

Hvordan skal vi så avgjøre saken? Siden tre prinsipper her står mot ett, kunne det være fristende å si at det dermed er mest som taler *mot* fortsatt behandling. Men en slik «snarvei» er ikke tilstrekkelig; vi blir nødt til å begrunne nærmere hvilke(t) av de fire prinsippene som er mest tungtveiende i denne situasjonen. Beauchamp og Childress ber oss gjøre dette ved *spesifisering* og *balansering* av de fire prinsipper, og i en senere kasuistikk skal vi se hvordan det kan gjøres.

Konflikten vi har identifisert mellom prinsippene, illustrerer to andre viktige poenger: For det første er prinsippene som nevnt ikke rangert. De er sidestilt, og det betyr at hvilke(t) av prinsippene som skal få forrang, vil variere fra sak til sak. Det er for eksempel ikke slik som noen kritikere av fireprinsippsetikken har påstått, at respekt for autonomi i praksis alltid vinner frem på bekostning av de andre prinsippene. For det andre er prinsippene ikke absolutte. I situasjoner der prinsippene kommer i konflikt, må et eller flere av dem vike plass, fordi det/de øvrige prinsippene er mer tungtveiende alt tatt i betraktning. Prinsippene er derfor kun *prima facie* (fra latin, «ved første blick») bindende. Fordi prinsippene gir uttrykk for viktige moralske hensyn, er de i utgangspunktet bindende; men i en gitt situasjon kan andre prinsipper veie tyngre. Etter etisk refleksjon kan vi altså komme fram til at prinsippet som var *prima facie* bindende ikke er *faktisk* bindende i situasjonen. I kasuistikken vår kan vi for eksempel komme frem til at velgjørhetsprinsippet må vike, fordi de øvrige hensynene som målbæres gjennom de tre andre prinsippene er mer tungtveiende: sannsynligheten for bedring er for liten jevnført med alle ulempene ved behandling. Selv om velgjørhetsprinsippet her ikke «vinner frem», så «forsviner» det ikke helt: Det gir uttrykk for et moralsk viktig hensyn.

¹ Noen ganger kan konfliktene stå mellom ulike hensyn eller normer utledet fra samme etiske prinsipp. Et eksempel kan være når to pasienter «konkurrerer» om én respiratorplass, og velgjørhet for den ene pasienten står mot velgjørhet for den andre.

De fire prinsipper i den kliniske hverdagen

Med et enkelt eksempel kan vi illustrere at de fire prinsipper egner seg godt også til å beskrive helt hverdagslig og etisk ukontroversiell helsefaglig praksis: En kjeveortoped har utredet en 12-åring for bittfeil og kommet frem til at det er indikasjon for tannregulering. Kjeveortopeden vurderer behovet for behandling til å være stort (såkalt «kategori B»), og det offentlige vil derfor refundere 75 % av kostnadene. Pasienten og foreldrene er informert om behandlingen og har takket ja.

Med bruk av de fire prinsipper kan vi her si at behandling med tannregulering har en klar helsefaglig begrunnelse (velgjørenhet), mens risikoen for bivirkninger er liten (ikke skade). Det er avgitt gyldig informert samtykke (respekt for autonomi), og behandlingen fyller det offentliges kriterier for prioritering og refusjon (rettferdighet). Her er det harmoni mellom de fire prinsipper – de peker alle i retning av behandling, det er ingen konflikt mellom dem og følgelig ikke noe etisk problem.² Også helt vanlig helsefaglig praksis kan altså beskrives med prinsippene som begrepsapparat – noe som bekrefter at helsefaglig praksis er en *moralsk* praksis, som ivaretar (og iblant utfordrer) viktige verdier (se «Etikk i helsetjenesten» kap. 1).

Spesifisering og balansering av de fire prinsipper

Vi skal bruke kasuistikk 2 (se tekstboksen) til å illustrere hvordan vi i fireprinsippsetikken kan begrunne en konklusjon/et foretrukket handlingsalternativ. Det skjer gjennom *spesifisering* av de fire prinsipper til konkrete moralske normer, og deretter *balansering* av disse normene ved å begrunne hvilke(n) som bør få forrang.

Respekt for autonomi

Pasientens uttrykte vilje er å få slippe utredning. En norm om at «pasienters preferanse for helsehjelp skal respekteres» blir derfor relevant. Men i hvilken grad er pasientens vilje her en *autonom* preferanse? Det er opplysninger i saken som peker mot at pasienten kanskje ikke er beslutningskompetent for beslutningen om hvorvidt utredning skal finne

² Men tannregulering har vært en omdiskutert praksis, med påstander om at for mange tilbys behandling av rent kosmetiske grunner – altså behandling uten klar helsefaglig begrunnelse.

sted. Beslutningskompetansen må vurderes konkret av helsepersonellet. Gitt at resultatet av vurderingen er at pasienten *ikke* er beslutningskompetent for beslutningen om utredning, kan vi også spesifisere autonomiprinsippet til en norm om at «ved manglende beslutningskompetanse er det akseptabelt å handle imot pasientens egen uttrykte vilje, når sterke grunner tilsier det».

Kasuistikk 2 – bør pasienten utredes med tvang?

En 35 år gammel mann har diagnosen paranoid schizofreni. Han går til polikliniske kontroller og tar antipsykotika daglig. Han vurderes for tiden som ikke psykotisk, men har negative symptomer som tilbaketrukkethet, lite emosjonell kontakt og problemer med abstrakt tenkning. Han bor alene i kommunal bolig og er uføretrygdet.

Pasienten kom til fastlegen i følge med mor, på grunn av kuler på halsen. Fastlegen fant flere forstørrede lymfeknuter og blodprøver viste redusert antall blodplater og hvite blodceller. Det ble konferert med hematolog (spesialist i blodsykdommer) på sykehuset, og det er klar mistanke om lymfom (lymfekreft). Dette er i så fall en potensielt dødelig sykdom som vil kreve behandling med cellegift, og da potensielt kan kureres. Nærmere undersøkelser (i første omgang CT thorax og abdomen og beinmargsbiopsi) vil bekrefte diagnosen, gi grunnlag for valg av behandling, og trolig avklare om det er mulighet for helbredelse.

Problemet er at pasienten er helt avvisende til å møte til konsultasjon eller innleggelse på sykehuset. Fastlegen, som pasienten har en god relasjon til, har sammen med mor forsøkt sitt beste i flere runder for å realitetsorientere pasienten og overtale ham til å la seg undersøke på sykehuset. Fastlegen opplever at forsøk på å bygge tillit nå er uttømt, og mener at pasienten ikke vil kunne bli undersøkt eller behandlet med mindre man bruker tvang. Pasienten sier han har sykehuskrekk. Han gir uttrykk for å ha forstått informasjonen, men han toner ned betydningen av symptomene/funnene, og avviser at dette potensielt kan være en farlig/dødelig sykdom. Pasienten har tidligere likevel gjennomført innleggelse ved lokalsykehuset med følge av sin mor, da han var 20 år.

Hematologen henvender seg nå til klinisk etikk-komité.

Ikke skade

Utreder vi pasienten med tvang, kan vi påføre ham skade. Det kan være fysisk skade, emosjonell skade, og skade på pasientens relasjoner til involvert helsepersonell, kanskje også til mor. Pasientens tillit de involverte kan få en varig knekk. Vi kan formulere normen «unngå å påføre pasienter skade gjennom tvang».

De nevnte konsekvensene kan være alvorlige. Dermed er det trolig svært betydningsfullt hvilken form tvangen får, og hvordan den utøves helt konkret. Helsepersonellet må legge en plan som forsøker å minimere tvangsbruken samtidig som den er gjennomførbar og tillater at de nødvendige undersøkelsene kan bli utført. Et viktig perspektiv er at behovet for tvang ikke nødvendigvis er over når en diagnose er satt. Trolig blir det behov for behandling over tid. Men kanskje kan pasientens innstilling til behandling endre seg når en sikker diagnose er blitt satt, slik at han kan samarbeide om videre behandling? Ikke skade-prinsippet kan her også spesifiseres til viktige normer som: «Planlegg og gjennomfør tvang på minst mulig inngripende måte» og «tvungen utredning er akseptabelt når skaden pasienten påføres er liten sett i forhold til gevinsten ved sikker diagnose».

Hva så med hensynet til å unngå skade ved å sikre at pasientens sykdom ikke får forløpe ubehandlet? I Beauchamp og Childress' redegjørelse for de fire prinsipper framkommer det at denne typen hensyn – å forebygge skade – skal kategoriseres under velgjørhetsprinsippet og ikke under ikke skade-prinsippet (dvs. den teller ikke «dobbel»).

Velgjørhet

Diagnostikken er ikke et mål i seg selv, men et nødvendig middel til å kunne gi skreddersydd og effektiv behandling av pasientens sykdom. Her er det tungtveiende at mange leveår potensielt kan reddes ved behandling, og at prognosen sannsynligvis er god. Å ta beslutning om helsehjelp mot pasientens ønske kalles *paternalisme*. Beauchamp og Childress skiller mellom *svak* og *sterk paternalisme*; den svake innebærer at helsepersonellet tar beslutninger på vegne av en ikke-beslutnings-

kompetent pasient, det vil si en pasient som selv ikke er i stand til å utøve sin autonomi. Den sterke paternalismen betyr å beslutte noe på tvers av en autonom (beslutningskompetent) pasients ønsker. Forfatterne argumenterer for at det første ofte kan være legitimt, mens det siste sjelden er det.

Velgjørhetsprinsippet kan i denne saken spesifiseres til normer som: «Det er rett å gi helsehjelp når det er utsikt til kurasjon og økt livslengde» og «utredning mot pasientens uttrykte vilje kan gjennomføres når den er til pasientens beste og pasienten ikke er beslutningskompetent».

Rettferdighet

I denne saken er nok ikke rettferdighetsprinsippet like sentralt som de øvrige prinsippene. Det er relevant å peke på at utredningen i seg selv ikke er spesielt ressurskrevende, men at ressursbruken kan bli betydelig når utredningen må skje med tvang og dermed mange involverte helsepersonell. Det er også relevant at pasienten skal sikres likebehandling uavhengig av sin kroniske sykdom. Det er kjent at pasienter med kroniske psykiske lidelser ofte ender opp med dårligere somatiske helsetjenester enn andre pasienter. Formulerer vi disse poengene som normer, kan vi si at: «Helsehjelp bør tilbys når ressursbruken står i forhold til gevinsten» og «pasienter med kronisk schizofreni skal likebehandles med andre pasienter, gjennom å få samme tilgang til tilpassede helsetjenester».

Balansering av moralske normer

Når to eller flere moralske normer står mot hverandre – som i vår kasuistikk – trenger vi en prosedyre for å avgjøre hvilke(n) norm(er) som skal vinne fram. Beauchamp og Childress kaller dette *balansering* av de moralske normene, og det går ut på å begrunne nærmere hvorfor én eller flere normer er mest tungtveiende i vår situasjonen. Det er en prosess der normene, som er generelle, vektes ut fra hvor tungtveiende vi finner at de er i denne konkrete saken, ut fra alt vi vet om situasjonen og aktørene. Balanseringen bør vise til *begrunnelser* og ikke bare *intuisjoner* om hva som veier tyngst.

Det bør være tydelig at det i vår situasjon ikke bare er én mulig måte å balansere normene på. Vi kan formulere ulike begrunnelser for å balansere de konkurrerende normene på ulike måter. Én mulig balansering kan se ut som følger: Fordi det i denne situasjonen er realistiske utsikter til at en ung pasient kan kureres fra en potensielt dødelig sykdom, står det mye på spill. Velgjørenhetsprinsippets norm om å gi helsehjelp når det er utsikt til kurasjon, bør derfor veie svært tungt, og gis forrang fremfor normene som peker i motsatt retning. Utredning med tvang er følgelig etisk velbegrunnet, om enn ikke uten betydelige «omkostninger», i form av potensial for skade og overstyring av pasientens uttrykte vilje.

Fireprinsippetikken anvendt på folkehelsetiltak og politisk nivå

Eksemplene hittil har vist hvordan fireprinsippetikken kan anvendes på etiske utfordringer på klinisk nivå, der individuelle pasienter, pårørende og helsepersonell er aktørene. Men de fire prinsippene omfatter momenter som er etisk relevante også på overordnet nivå, som ved etiske avveininger i folkehelsetiltak (eks.: veiing av skolebarn, opplysningskampanjer mot røyking) og politiske beslutninger (eks.: innføring av fosterdiagnostisk screening for alle gravide).³ Vi skal vise dette helt kort med et eksempel.

Det etiske problemet formulerer vi som: Er det rett å innskrenke retten til å holde demonstrasjoner under en pågående epidemi? Bakgrunnen er at det under covid-19-pandemien i 2020 av hensyn til smittevern ble lagt restriksjoner på hvor mange mennesker som kunne samles til arrangementer. Ved demonstrasjoner med mange fremmøtte vil man ikke bare overskride grensen som var satt for antall personer som kunne samles, men det vil også være vanskelig å overholde forskriftsmessig avstand mellom de fremmøtte og andre forholdsregler for smittevern.

Respekt for autonomi tilsier at borgerne selv skal ha størst mulig frihet til å ta sine valg i tråd med sine verdier. Ikke skade-prinsippet vil her vise til at forsamlingsfriheten, som

³ I folkehelsetiltak er riktignok også andre etiske prinsipper relevante. Se «Etikk i helsetjenesten» kap. 14.

inkluderer retten til å demonstrere, er en grunnleggende menneskerett. «Skaden» ved å legge begrensninger på demonstrasjoner vil derfor bestå i innskrenkning av en menneskerett. Restriksjonene ville være motivert av velgjørenhet, i form av å minske spredningen av en farlig sykdom og bremse epidemien. Når det gjelder rettferdighetsprinsippet, kan vi kanskje regne solidaritet som et aspekt ved dette. En begrensning på adgangen til å demonstrere vil kunne begrunnes i solidaritet med de borgerne som har størst risiko for å bli alvorlig syke av viruset.

Selv om vi ikke bruker plass på det her, kan disse overveielsene også formuleres som normer. Hvordan bør de balanseres? En spenning i fireprinsippsetikken kommer til syne her, for et grunnprinsipp i denne er som nevnt at alle prinsippene er *prima facie* og derfor skal kunne veies mot hverandre. Men i denne saken er én av normene en *menneskerett*, og er ikke menneskeretter nettopp noe vi ikke har lov til å kompromisse med? Én mulig løsning er dermed å si at retten til å demonstrere skal vinne fram uinnskrenket. En annen er å si at også menneskeretter prinsipielt må kunne veies mot andre tungtveiende hensyn. Da kan det argumenteres for en annen vekting, og det kan anføres både argumenter som lar forsamlingsfriheten vinne fram, og argumenter som prioriterer hensynet til smittevern.

To lærdommer fra dette eksemplet er, for det første, at fireprinsippsetikken ikke foreskriver noen prosedyre for spesifisering og balansering som sikrer at ulike brukere av rammeverket kommer fram til samme konklusjon. Tvert om er det stort rom for skjønn og kreativitet. (Synes du det er et problem?). For det andre illustrerer eksemplet at de fire prinsipper er relevante «overskrifter» også for helseetiske spørsmål på samfunnsnivå.

Tre nivåer å bruke fireprinsippsetikken på

Fireprinsippsetikken har nok fått sin utbredelse blant helsepersonell, etikkomiteer og i etikkundervisning fordi den er enkel å komme i gang med. Men jo tettere vi følger Beauchamp og Childress' oppskrift, jo mer krevende blir det. Vi kan skille mellom tre måter å bruke fireprinsippsetikken på – eller tre grader av trofasthet overfor forfatterens intensjon:

1. De fire prinsipper som overskrifter

Vi har sett at de fire prinsippene er nyttige som overskrifter fordi de hjelper deg å komme på og å formulere de moralsk relevante momentene i en situasjon. På denne måten blir de fire prinsipper enkle «knagger» eller huskereglene for en etisk analyse. Problemet med å stoppe her, er at det blir uklart hvordan det etiske problemet skal få sin løsning.

2. Spesifisering og balansering

Vi går et betydelig steg videre når vi også tar mål av oss til å spesifisere de fire prinsipper til konkrete moralske normer og balansere disse normene mot hverandre. Min erfaring fra arbeid i og med kliniske etikk-komiteer inkludert analyse av drøftingsnotater herfra, er at spesifiseringen sjelden gjøres eksplisitt. Det er ikke nødvendigvis noe problem, for de moralske normer kan ligge implisitt «rett under overflaten» i gjennomgangen av hvordan de fire prinsipper er relevante i saken. Mer problematisk er det når balanseringen – altså den eksplisitte argumentasjon for hvorfor noen hensyn/normer veier tyngre enn de øvrige – uteblir. Iblant brukes formuleringer som at «alt i alt mener vi at...». Problemet kan da være at balanseringen blir rent intuitiv, ikke transparent, ikke argumentbasert, og derfor noe som vanskelig kan etterprøves eller utfordres.

3. Beauchamp og Childress' egen innholdsbestemmelse av de fire prinsipper

I «Principles of Biomedical Ethics» brukes mange boksider på å gi hvert av de fire prinsipper nærmere normativt innhold. Et eksempel er diskusjonen av paternalisme som vi kom inn på under drøftingen av kasuistikk 2, der forfatterne definerer begrepet og deretter argumenterer for at noen typer paternalisme er akseptable mens andre ikke er det. Tilsvarende formulerer og forsvare forfatterne detaljerte normative standpunkt angående spørsmål som informert samtykke, beslutninger for ikke-beslutningskompetente pasienter, begrensning av livsforlengende behandling, dødshjelp, betydningen av livskvalitet, og internasjonal forskningsetikk. Den mest trofaste måten å bruke Beauchamp og Childress' fireprinsippsetikk på ville være å la forfatterens egne teorier og standpunkter i disse spørsmålene være førende for analysen. Langt vanligere er det for brukere av rammeverket at man bruker de fire prinsipper som overordnede,

generelle overskrifter, som peker mot en lang rekke moralsk relevante hensyn – men «fyller dem med innhold» gjennom selve de normative vurderingene og avveiningene ut fra egne normative oppfatninger.