

RET ELLER DISKRIMINATION

Valget om genoplivning



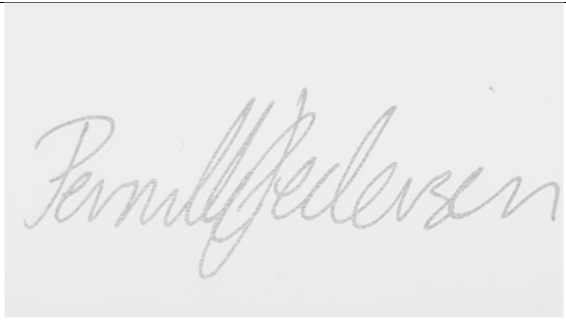
1. JULI 2022

PERNILLE NEERGAARD PEDERSEN
Aalborg Universitet

Pernille Neergaard Pedersen
10. Semester
Speciale

Ret eller diskrimination – Valget om genoplivning

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Artikel	Speciale X	Skriftlig opgave
-----------------------------	---------	----------	---------	---------------	---------------------

Uddannelsens navn	Anvendt Filosofi (Kandidat)	
Semester	10. semester	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	Speciale	
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift
Navn Pernille Neergaard Pedersen	20176669	
Afleveringsdato	1/6-22	
Projekttitel/Synopsis titel/Speciale-titel/ opgave nummer	Ret eller diskrimination – Valget om genoplivning	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	192.000	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	141.248	
Vejleder (projekt/synopsis/speciale)	Antje Gimmler	

Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlige for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): <http://www.plagiat.aau.dk/regler/>

Indhold

Abstract	2
Indledning	3
Regler for genoplivning	5
Lovforslaget	7
Diskrimination	8
Positiv diskrimination	12
Alderisme	14
Livskvalitet	18
Fordeling af sundhedsressourcer	19
Holdninger til og fakta om genoplivning	32
Alderisme som en form for diskrimination	37
Fordeling af ressourcer, diskrimination og alderisme	39
Lovforslaget: ret eller diskrimination?	43
Konklusion	59
Litteraturliste	62

Abstract

In Denmark, there currently is a legislative proposal about the right to choose not to be resuscitated if you are over the age of 60. This is a proposal based on age, which makes ageism relevant. Ageism is a concept about discrimination between age groups. The purpose of this paper is to examine the legislative proposal about the right to decline resurrection when you are over the age of 60. The main question in this paper is if this new legislative proposal is ageism, and if it is ageism, is it then a morally wrong form of discrimination or a positive form of discrimination of the elderly.

To examine this proposal there has been used different theories. The first one is Lippert-Rasmussens theory about discrimination. Lippert-Rasmussens theory of discrimination is essentially a question about treating people differently. The second subject that has been examined is ageism. Furthermore, it has been examined how there are stereotypes and discrimination against the elderly, and how this kind of discrimination has come into our society.

The next theories in this paper are all about distribution of health care resources. The first theory is by Shaw, whose argumentation is for the use of ageism to distribute health care resources. Shaw argues that he thinks it is morally good to do this since the elderly already have had a long life, and the younger generation should have the same opportunity. The second theory is by Callahan, who is a proponent for using the fair innings argument, that states that when you have lived your normal lifespan you should no longer receive life prolonging treatments. Callahan has not clarified an age for when a person has reached this point. In his point of view this point in life is based on the individual. The third theory is by Farrant, who is against the use of the fair innings argument. In Farrants view, no one is to say when a person has reached their normal lifespan. The fourth theory is by Mckie et al. who uses the QALY method (quality-adjusted life year) to decide who should get treatments. The last theory is by Albertsen who is not using age as a measure for distribution of healthcare resources, but if the person is responsible for its own condition

The conclusion of this paper is that the legislative proposal is positive discrimination in favor of the elderly. A further conclusion of this paper is that it is discrimination against the people under the age of 60, but it is a morally acceptable kind of discrimination.

Indledning

Regeringen ønsker, at alle personer over 60 år skal have mulighed for at kunne fravælge genoplivning. På hjemmeside har forslaget været igennem første behandling samt udvalgsbehandling. Forslaget, der er stillet til folketinget, lyder: **Forslag til**

folketingsbeslutning om habile, alderssvækkede ældres ret til fravalg af

genoplivningsforsøg. Det vil sige, at det ikke kun er personer i bestemte sygdomsforløb, der kan fravælge genoplivning, som det er tilfældet i dag, men at det vil blive muligt for personer over 60 år at fravælge genoplivning på baggrund af deres alder og ikke sygdom.

Begrundelsen er, at det at blive genoplivet i denne alder kan medføre hjerneskade eller andre varige men. Det er muligt for alle at oprette et behandlingstestamente, hvor man kan fravælge genoplivning, så snart man er myndig, men det træder dog først i kraft, når man ikke længere er habil, hvor man med lovforslaget i stedet må tage beslutningen, når man er fyldt 60 år. Dette fravalg skal følges, medmindre personen ændrer mening, uanset senere tilstand.

Forslaget blev fremsat den 7. oktober 2020.

Mange spørgsmål trænger sig på i forbindelse med dette lovforslag: Er det alderisme at sige at en person over 60 år skal have ret til genoplivning? Ligger der en diskrimination af de ældre i dette? Er det et fravalg af ældre? Hvorfor skal yngre borgere ikke have ret til samme mulighed? Kan disse ikke også få hjerneskade og varige mén? Er dette en måde at flytte ressourcerne væk fra de ældre? Er det etisk forsvarligt, at en ældre person, selv om denne er habil, selv træffer beslutningen om, hvorvidt denne ønsker genoplivning? Det meste af sundhedsvæsenet er i forvejen bygget op således, at det favoriserer de yngre i forhold til eksempelvis hjertetransplantationer. Hvis en læge står med to patienter og kun ét hjerte, hvor den ene patient er 15 år og den anden 75 år, vil det være patienten på 15 år som får hjertet, da denne ikke har levet et lige så langt liv som den ældre patient (Lippert-Rasmussen, 2007, s. 13).

Problemformulering:

Er det nye lovforslag om fravalg af genoplivning, når man bliver 60 år, alderisme? Hvis det er alderisme, er det så en form for moralsk forkert diskrimination, eller er det en form for positiv diskrimination af ældre?

For at besvare problemformuleringen, vil der blive brugt Lippert-Rasmussen diskriminationsbegreb til at belyse, hvorvidt der er tale om diskrimination i lovforslaget, samt, hvis der er tale om diskrimination, hvorvidt dette er en positiv form for diskrimination. Alderisme er et andet emne, der vil blive brugt til at belyse, hvorvidt der er tale om aldersdiskrimination, da lovforslaget er rettet mod individer over 60 år. Dan Brocks teori om livskvalitet bliver inddraget, da dette er et argument, der går igen flere gange i argumentationen om, hvorvidt en person ønsker genoplivning, og derfor bliver dette punkt belyst for at kunne forklare, hvad livskvalitet er, samt hvordan dette kan vurderes. Ud fra dette bliver der inddraget forskellige teorier i forhold til fordeling af sundhedsressourcer, da det foregår inden for sundhedssektoren, hvor der er teorier, der både argumenterer for og imod at bruge alder som et kriterie i fordelingen af sundhedsressourcer. Til slut vil der blive inddraget information om genoplivning, lovforslaget, samt ældres synspunkt i forhold til genoplivning for at hjælpe med at belyse problemstillingen fra flere sider.

Regler for genoplivning

For at kunne forstå lovforslaget og de ændringer, det vil medføre, er det vigtigt at vide noget om, hvilken lovgivning og retningslinjer der er på nuværende tidspunkt omkring genoplivning. Dette er de regler og retningslinjer, der er på nuværende tidspunkt for læger og sundhedspersonale:

Sundhedspersonale og plejepersonale kan i dag undlade at genoplive en person hvis én af fem undtagelser for genoplivning er til stede:

1. Døden er helt åbenbar, eller den var forventet af lægen.
2. Når en læge i situationen fravælger genoplivning.
3. Når en læge på forhånd har fravalgt genoplivning.
4. Når en patient selv har fravalgt genoplivning i en aktuel sygdomssituation.
5. Når der er et behandlings- eller livstestamente.

Kun læger kan som udgangspunkt erklære en patient død (Styrelsen for Patientsikkerhed, s.d.). Grunden til at der står behandlings-eller livstestamente er, at behandlingstestamentet har erstattet livstestamentet, men hvis man har et livstestamente, er dette stadig gyldigt.

Reglerne for fravalg af genoplivning er i dag således:

”Enhver habil patient over 18 år kan fravælge genoplivning i en aktuel sygdomssituation. Lægen skal tage stilling til, om patienten er habil og sørge for, at patienten får tilstrækkelig information om konsekvenserne ved fravalget. Det gælder også 15-17 årige patienter, der er i stand til at forstå konsekvenserne” (Styrelsen for Patientsikkerhed, s.d).

Regler for behandlingstestamentet er anderledes. Dette er dog også noget, vi alle kan skrive, så snart vi er myndige, altså 18 år gamle.

”Du kan i behandlingstestamentet fravælge livsforlængende behandling, også genoplivning ved hjertestop, i tilfælde hvor: Du ligger for døden, og behandlingen kun forlænger dit liv, men ikke medfører, at du får det bedre, eller dine smerter bliver lindret. Du er så svækket af sygdom, ulykke eller alder, at du aldrig kommer til at kunne tage vare på dig selv fysisk og mentalt. Lægen

vurderer, at de fysiske konsekvenser af sygdommen eller af selve behandlingen vil være meget alvorlige og lidelsesfulde, selv om du overlever behandlingen. I dit behandlingstestamente kan du også angive, at du ikke ønsker at modtage behandling med brug af tvang, hvis du ikke længere er i stand til at tage vare på dig selv. Det gælder f.eks., hvis du bliver dement. Hvis du ikke har registreret dine ønsker i behandlingstestamentet, vil lægerne som udgangspunkt gøre, hvad de kan for at holde dig i live.” (Sundhed.dk, s.d.).

Lægen skal stadig vurdere en persons tilstand, men derefter, hvis patienten går ind under de ovenstående kategorier, træder behandlingstestamentet i kraft.

Når en læge fravælger genoplivning, er det, hvis lægen vurderer, at forsøg på genoplivning er udsigtsløs i forhold til en alvorligt syg eller døende patient. Dette er tilfældet, hvis patienten er uafvendeligt døende eller svært invalideret, hvilket vil sige at patienten ikke er i stand til at tage sig af sig selv, hverken fysisk eller mentalt, og ikke har muligheden for at have en meningsfuld, menneskelig kontakt, eller hvis genoplivning vurderes til at blive fysisk alvorligt og lidelsesfuldt.

Vejledningen for genoplivning gælder ikke, hvis patienten kommer i en livstruende situation, som ikke har noget med deres sygdom at gøre, hvis patienten eksempelvis får en blommesten galt i halsen (Styrelsen for Patientsikkerhed, s.d.).

I 2019 kom der en ny vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed i forhold til genoplivning, som er den ovenstående vejledning. Før denne nye vejledning var det muligt at tolke loven således, at det var muligt at fravælge genoplivning grundet alderdomssvækkelse, men med den nye vejledning var dette ikke længere muligt, og derfor er det, at man nu ønsker at ændre loven, så ældre kan fravælge genoplivning, når de har rundet 60 år. I den tidligere vejledning stod der: ”en habil, ældre borger har mulighed for at fravælge genoplivning i situationer med tydelig fremadskridende fysisk sygdom eller svækkelse i dialog med en læge” (Løntoft, 2019, s. 1). Et andet sted i vejledningen stod der

”Hvis der eksempelvis er tale om en habil ældre borger på plejecenter med videre med tydelig fremadskridende fysisk sygdom eller svækkelse, vil der være tale om en aktuel situation. Ændrer borgerens samlede situation sig væsentligt,

skal den behandlingsansvarlige læge, hvis borgeren fortsat er habil, afklare med borgeren, om denne for eksempel fortsat ikke ønsker forsøg på genoplivning i tilfælde af hjertestop." (Løntoft, 2019, s. 1).

Her var det muligt at fravælge genoplivning grundet sygdom såvel som alderdomssvækkelse.

Lovforslaget

Lovforslaget, som blev stillet i folketetinget den 7. oktober 2020 af Dansk Folkeparti, lyder; "Forslag til Folketingsbeslutning om habile alderssvækkede ældres ret til fravalg af genoplivningsforsøg. Folketinget pålægger regeringen at fremsætte lovforslag om ændring af sundhedslovgivningen inden udgangen af 2020, så svækkede ældre borgere får ret til at fravælge genoplivningsforsøg" (Folketinget, 2020).

Lovforslaget er en del af den politiske aftale, der er blevet indgået mellem alle Folketingets partier og Susanne Zimmer, som skal give 56,1 millioner til Det Gode Ældrelev. Både Ældre Sagen og Det Ethiske Råd støtter op om lovforslaget. (Sundhedsministeriet, 2020)

Den 18. maj 2021 kom beretningen om forslaget afgivet af sundhedsudvalget. Heri står det klart, at de fleste partier i folketetinget går ind for det nye lovforslag. Tiden for, hvornår lovforslaget skal træde i kraft, er blevet rykket. De mener, at registreringsløsningen vil være klar i første kvartal af 2023. Her skal de borgere, der ikke ønsker genoplivning, kunne registreres, så plejepersonalet kan tilgå dette digitalt.

"Det følger direkte af den politiske aftale, at lovgivningen skal ændres, så habile borgere, som er fyldt 60 år, får mulighed for at registrere et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop i et centralt register, som skal etableres til formålet" (Blixt et al. 2021).

Inden denne beretning blev forslaget diskuteret i folketingssalen, hvor der blev fremsat flere argumenter for, at lovforslaget skal vedtages. Den daværende sundhedsminister Magnus Heunicke lagde vægt på, at vi alle har retten til vores eget liv og derfor også retten til, hvordan vi vil dø, at det skal være muligt selv at vælge en værdig død, og at det er individuelt, hvad det vil sige at få dette. Han mener, at det er en personlig og etisk beslutning at kunne fravælge genoplivning, hvis det skulle ske, at en ældre person får hjertestop og ikke mener, at det er meningsfuldt at skulle leve videre efter dette med de følger, der kan være. Han lægger vægt på ældre borgere, som har brug for pleje, der derfor selv skal have lov til at

træffe beslutningen, som derefter skal respekteres. For at dette kan lade sig gøre, skal der være et register, der altid er opdateret, da det også kan ske, at den ældre ændrer mening på et tidspunkt. Systemet skal være let tilgængeligt for plejepersonale, så risikoen for fejl mindskes.

Disse argumenter går igen hos de forskellige politikere, men der er dog én politiker, der sætter spørgsmålstegn ved, at man først kan fravælge genoplivning, når man bliver 60 år; det er Peder Hvelplund. Han kan ikke se, hvorfor man ikke allerede skal have lov at fravælge genoplivning, når man bliver 18 år, hvis man samtidig vurderes habil, da det er her, man bliver myndig. Tidligere sundhedsordfører Liselott Blixt svarer til dette, at det kan være svært som 18-årig at vurdere, om man vil genoplives, når man bliver alderssvækket. Hun mener, at hvis det er alle, der kan fravælge genoplivning, uanset alder, kan det give problemer i forhold til menigmand, hvis de ser en person falde om, fordi vedkommende har fået noget galt i halsen, men ikke forsøger genoplivning, hvis de har et skilt, hvor der står, at de ikke ønsker genoplivning eller lignende. Til dette svarer Peder Hvelplund, at han mener, at hvis en person er habil og myndig, skal denne have ret til at fravælge genoplivning i tilfælde af, at denne senere bliver inhabil, da dette jo godt kan forekomme, inden man bliver 60 år. Liselott Blixt pointerer, at der allerede er mulighed for at skrive livstestamente og behandlingstestamente for det tilfælde, at man skulle blive inhabil, og at dette er noget man allerede kan skrive, når man er fyldt 18 år (Folketinget, 2020).

Diskrimination

Ud fra problemformuleringen er det vigtigt at vide, hvad diskrimination er, og hvordan dette defineres, for at kunne vurdere, hvorvidt det nye lovforslag er diskriminerende. Det samme gælder, når man skal tage stilling til, hvorvidt lovforslaget er en positiv form for diskrimination. Definitionen på diskrimination bliver også brugt til at se på, hvorvidt alderisme er diskrimination, og hvorvidt de forskellige fordelinger af ressourcer er et udtryk for diskriminering.

Kasper Lippert-Rasmussen skriver, at en redegørelse af diskrimination altid vil være ufuldstændig, da der altid vil være nogle måder at anskue diskrimination på, som risikerer at blive udeladt fra denne redegørelse. Dette mener han dog ikke er et problem, så længe man

er opmærksom på det (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 17). Han mener desuden, at det er vigtigt at gøre sig klart, om man bruger et snævert eller et bredt definitionsbegreb. Et snævert definitionsbegreb bliver brugt, når man for eksempel forudsætter, at diskrimination er lig med at noget er uretfærdigt eller moralsk forkert. Et bredere diskriminationsbegreb afgør ikke på forhånd, hvorvidt noget er moralsk forkert eller uretfærdigt, men lader det i stedet være et åbent spørgsmål (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 17-18). Lippert-Rasmussen fokuserer selv på definitionsbegrebet i sin brede form:

”X diskriminerer mod Y i relation til Z ved at gøre D, hvis, og kun hvis (i), der er en egenskab, P, således Y har P, og Z ikke har P, (ii) X behandler Y værre end Z ved at gøre D, (iii) det er fordi Y har P, at X behandler Y værre end Z ved at gøre D, (iv) P er den egenskab at være et medlem af en bestemt socialt fremtrædende gruppe (som Z ikke tilhører), og (v) D er en type af handling, der ofte forekommer, og det forhold stiller folk, der har P, ringere end andre, eller (vii) D er motiveret af fjendtlighed over for individer med P, eller af den opfattelse, at individer med P har en lavere status end andre, eller at de bør holdes adskilt fra andre” (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 374).

Det vil sige at X er en person, for eksempel en hvid mand, der diskriminerer mod Y i forhold til Z ved at gøre D, fx ved ikke at ansætte Y. Egenskaben P, som Y har og X ikke har, kan være, at denne er muslim. Derfor behandler X Y værre end Z ved ikke at ansætte denne, og dette skyldes, at Y er muslim. P er her at Y er muslim, hvilket gør at denne er en del af en bestemt socialt fremtrædende gruppe. D er, at Y ikke bliver ansat, en handling som i eksemplet ofte forekommer, fordi P, Y er muslim og derfor ikke bliver ansat, hvilket stiller muslimer værre end andre. Det kan også være, at det er motiveret af fjendtlighed over for folk med P, i dette tilfælde muslimer, at X mener, at disse har en lavere status eller skal være adskilt fra andre.

Lippert-Rasmussen har ikke med i sin definition, at diskrimination er moralsk forkert eller uretfærdigt, selv om diskrimination ofte vil blive set som sådan. Hvis definitionen på diskrimination indebar, at diskrimination altid er moralsk forkert eller uretfærdigt, ville man i en bestemt situation ikke kunne sige, om diskrimination er moralsk forkert eller uretfærdigt, da det allerede ville ligge i definitionen, at dette er tilfældet.

En anden grund til at han ikke har dette med i definition er, at diskriminerende

forskelsbehandling ikke nødvendigvis er moralsk forkert eller uretfærdig, og at noget der er moralsk forkert eller uretfærdigt, ikke nødvendigvis er diskrimination (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 372). Lippert-Rasmussen påpeger at næsten alle de former for diskrimination, der bliver set på som moralsk forkert eller uretfærdigt er mod individer, der er en del af socialt fremtrædende grupper, som for eksempel muslimer eller homoseksuelle, samt at handlingen ofte skal forekomme og skal stille individer i denne gruppe dårligere end andre, og være motiveret af fjendtlighed, at disse individer har en lavere status eller ikke bør være sammen med andre (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 373).

Lippert-Rasmussen skriver, at diskrimination essentielt er et spørgsmål om forskelsbehandling, hvilket vil sige, at man kun kan diskriminere mod nogen, hvis man behandler, eller ønsker at behandle, andre bedre (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 370). Der er ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem den behandling, man får, og udfaldet af denne behandling. Det vil sige, at selv om man behandler nogen dårligere end andre, ender de ikke nødvendigvis med at blive stillet dårligere (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369). Det er muligt både at diskriminere mod eller til fordel for et andet individ ved at behandle individet dårligere eller bedre end andre. Man diskriminerer mellem parter, hvis man behandler to parter forskelligt, men ikke behandler nogle af parterne dårligere end den anden (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369).

Man kan godt behandle nogen dårligere end andre, selv om man behandler individerne ens. Dette kan for eksempel være, hvis en hjælpeorganisation serverer flæskesteg til både muslimer og kristne. Her får begge parter det samme, men alligevel bliver muslimerne behandlet værre end de kristne. Her er det vigtigt at kigge på, hvilke beskrivelser der er vigtige i forhold til, om der er tale om forskelsbehandling, altså hvilke normer og værdier der er til stede (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369).

Lippert-Rasmussen skriver, at der er flere forskellige former for diskrimination. Den første, han nævner, er vurderingsdiskrimination. Dette er, hvis nogen opfatter en anden negativt i forskellige henseender, udelukkende fordi denne er en del af en bestemt gruppe. Et problem ved denne form for diskrimination er, at personen, der diskriminerer, ofte selv ikke er klar over det (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 20).

Den anden form for diskrimination er handlingsdiskrimination:

"En person udsættes for diskrimination, hvis nogen behandler vedkommende ringere end andre, (i) blot fordi vedkommende tilhører en bestemt gruppe eller, (ii) fordi førstnævnte derigennem kan opnå et for så vidt prisværdigt mål, men hvor dette skyldes, at andre behandler medlemmer af denne gruppe, som sidstnævnte tilhører, ringere, blot fordi de er medlemmer af denne gruppe." (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 24).

Den tredje form for diskrimination er strukturel diskrimination. Det vil sige, at;

"En gruppe er udsat for strukturel diskrimination, hvis den som følge af formelle retslige normer, værdier, vaner, arbejdsmarkedsstrukturer etc. er dårligere stillet (end andre grupper eller end hvor godt gruppen burde være stillet), og at dette skyldes en anden gruppes dominans over den dårligere stillede gruppe" (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 31).

Lippert-Rasmussen har fremlagt fire grunde til, hvorfor diskrimination kan være forkert.

Den første er meritokratiprincippet, hvilket vil sige, at man skal ansætte den person, som er bedst kvalificeret til et job. Denne fokuserer mest på ansættelsessituationer (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 38).

Den anden grund er mulighedslighed, eller mulighedsulighed, hvilket kan være problematisk.

Her er diskrimination forkert, hvis det skaber mulighedsulighed. Dog er problemet med dette, at der både kan forekomme mulighedslighed og diskrimination, og diskriminationen vil i nogle tilfælde kunne fremme mulighedsulighed (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 39-40).

Den tredje grund er respekt, eller respektløshed, hvilket vil sige, at diskrimination involverer, at man er respektløs over for den person, man diskriminerer mod. Her vil diskrimination bestå af, at man giver den anden en lavere moralsk status, end denne egentlig har, og dette er respektløst (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 41). Her er problemet, at bare fordi man diskriminerer nogen, betyder det ikke, at man nødvendigvis mener, de har en lavere moralsk status (Lippert-Rasmussen, 2007 (b) s. 43).

Den fjerde og sidste grund er skadestilgangen, hvor diskrimination er moralsk forkert, fordi den skader den person, der bliver udsat for det eller stiller denne person værre. Der er forskellige måder, diskrimination kan være skadelig på. Den første er ved forringet livskvalitet. Et andet synspunkt er, at man bliver stillet ringere i en eller anden henseende, end man ellers ville have været, og det er ikke nødvendigvis knyttet til en livskvalitet

(Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 45). Der er dog dét ved skadestilstanden, at det er muligt, at den person, der bliver diskrimineret, ikke bliver skadet, og dermed vil det, ifølge skadestilgangen, ikke være moralsk problematisk (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 46). Her skriver Lippert-Rasmussen, at man kan skelne mellem, om noget er objektivt og subjektivt forkert. Hvis noget er objektivt forkert, vil det sige, at offeret er blevet skadet. Det er subjektivt forkert, hvis den, der diskriminerede, gik ud fra, at offeret ville blive skadet, selv hvis dette ikke skete (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 48)

Ud fra dette mener Lippert-Rasmussen, at diskrimination er mange forskellige ting, og at dét, at det er diskrimination, ikke nødvendigvis gør, at det er dårligt, eller at de former for diskrimination, som er dårlige, er det af den samme grund (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 47). Senere, når det skal vurderes, om der er tale om moralsk forkert diskriminering, vil det være skadestilgangen, der bliver henvist til, da de andre grunde er for vage, og det er for vanskeligt at vurdere, hvorvidt noget er moralsk forkert, ud fra de opstillede kriterier.

Positiv diskrimination

Positiv særbehandling er ifølge Lippert-Rasmussen, at de, der nyder godt af denne særbehandling, er nogen, der er opfattet som værre stillede grundet diskrimination (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 47). Der findes to typer af argumenter til fordel for positiv særbehandling: Det første appellerer til fakta om, hvad der har været tilfældet, mens det andet argument appellerer til fakta om, hvad der vil blive tilfældet. Den første type argument er det mest almindelige: kompensationsargumentet. Dette argument siger, at de der har været udsat for diskrimination, skal kompenseres for dette, og at denne kompensation bedst finder sted gennem positiv særbehandling, så derfor skal disse personer have dette (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 48).

Der er nogle forskellige indvendinger mod kompensationsargumentet. Den første er, at det er svært at sikre sige, at det er de rette mennesker, der bliver kompenseret. En anden indvending går på, at de mennesker, der bliver kompenseret, ikke er de samme som dem, der er blevet diskrimineret imod tidligere. Det samme gælder for dem, der har diskrimineret, at det er ikke de samme som dem, der skal kompensere for diskriminationen (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 48). Ifølge Lippert-Rasmussen er den eneste måde at gå imod dette

argument, at grupper skal have den samme moralske status, som individer har. Samtidig er kompensationen nødt til at indebære, at de, der har været udsat for diskrimination, får nogle fordele, de ikke ville have fået, hvis de ikke havde været udsat for diskrimination. Lippert-Rasmussen mener ikke, at argumentet holder, hvis det skal bruges på grupper, men udelukker ikke, at det kan bruges i tilfælde med enkeltindivider (Lippert-Rasmussen, s. 49). Et andet argument for positiv særbehandling er lighedsargumentet: "Lighedsargumentet antager, at der bør være passende lighed mellem forskellige individer." Denne form for lighed kan frembringes gennem positiv særbehandling. Her vil det ofte være mulighedslighed, der vil blive set som en passende form for lighed (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 49) En indvending mod dette argument er, at fordelingen blot bliver anderledes, end den var før, og at der vil være andre grupper, der lider under dette i stedet (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50).

Et tredje argument for positiv særbehandling er en utilitaristisk henvisning til at forbedre vores livskvalitet. Her er antagelsen, at positiv særbehandling vil være med til at øge livskvaliteten. Der er fire argumenter for, at særbehandling kan forsvares ud fra livskvalitetsargumentet. Det første argument er, at der vil komme en bedre udnyttelse af den talentmasse, der findes i samfundet, da diskrimination har modvirket dette. For det andet vil positiv særbehandling også fremme selvrespekt, da diskrimination også har modvirket dette, så flere individer ikke har kunnet spejle sig i succesfulde, gruppeidentiske individer. For det tredje kan det hjælpe med at opretholde den sociale orden ved at øge den sociale integration af forskellige grupper. For det fjerde har de grupper, der bliver diskrimineret, ofte medlemmer, der identificerer sig med hinanden på en måde, der gør, at de ønsker, at andre i deres gruppe skal klare det godt (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51). Den første udfordring med dette argument er empirisk. Det er nødt til at kunne bevises, at den samlede livskvalitet bliver øget via positiv særbehandling, da nogle mener, at det også er muligt, at positiv særbehandling vil få nogle menneskers livskvalitet til at dale. Et andet problem er, at hvis man er tilhænger af dette argument, vil man også mene at positiv særbehandling ikke er moralsk ønskværdigt, hvis det mindsker livskvaliteten, og at diskrimination i stedet er moralsk ønskværdigt, hvis denne øger livskvaliteten (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 51).

Et fjerde argument er diversitetsargumentet. Her mener man, at det er en fordel, at der er diversitet på en arbejdsplads, og at positiv særbehandling er et middel til at opnå dette (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 51).

Et sidste argument for positiv særbehandling omhandler nødvendigheden af rollemodeller, som forskellige dele af befolkningen kan relatere sig selv til (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 52).

Lippert-Rasmussen mener ikke, at nogle af disse argumenter kan begrunde positiv særbehandling, da der er problemer ved dem alle, og de har alle en begrænset rækkevidde. Han mener dog, at det bedste bud for en begrundelse for positiv særbehandling er livskvalitetsargumentet (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 53). Derfor er det livskvalitetsargumentet, der vil blive brugt senere til at vurdere, hvorvidt lovgivning om fravalg af genoplivning er positiv særbehandling.

For at opsummere kort er diskrimination ifølge Lippert-Rasmussen forskelsbehandling mellem forskellige parter. Det stiller ikke nødvendigvis den ene værre end den anden, men den ene vil få en bedre behandling end den anden, og diskrimination er ikke nødvendigvis moralsk forkert eller uretfærdigt.

Her vil Lippert-Rasmussens teori blive brugt til at se på, hvorvidt lovforslaget om at personer over 60 år skal kunne fravælge genoplivning, er diskrimination, og hvis det er diskrimination, hvem det i dette tilfælde ville være en diskrimination mod, eller hvorvidt det er en form for positiv særbehandling.

Alderisme

For at kunne vurdere, hvorvidt lovforslaget omkring fravalg af genoplivning når en person bliver 60 år, er alderisme, er det vigtigt først at vide, hvad alderisme er, og hvordan denne er opstået. Grunden til, at der er fokus på alderisme og ikke kun diskrimination, er, at alderisme er diskrimination mellem aldersgrupper, hvilket er nærmere beskrevet nedenfor, og lovforslaget fokuserer netop på, at det er en ret, man som person får tildelt, når denne når alderen 60 år.

Butler er den første til at definere alderisme. Han definerer den som:

"Age discrimination or age-ism, prejudice by one age group toward other age groups (...). Age-ism describes the subjective experience implied in the popular notion of the generation gap. Prejudice of the middle-aged against the old in this instance, and against the young in others, is a serious national problem. Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged – a personal revulsion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, "uselessness," and death." (Butler, 1969, s. 243).

I Butlers definition på alderisme er diskrimination en del af definitionen, samt at alderisme er fordomme fra én aldersgruppe mod en anden. Dette gør, at alderisme kan være noget, der går ud over alle aldersgrupper og være noget, som alle aldersgrupper kan udsætte andre aldersgrupper for. Dette stemmer dog ikke overens med Lippert-Rasmussens definition på diskrimination, da Butlers definition snarere indeholder holdninger som for eksempel afsky, hvilket gør det til en meget bred form for alderisme.

Butler fokuserer på, at det er noget, der sker for ældre, da andre aldersgrupper ikke ønsker at blive ældre på trods af, at det er noget, der sker for os alle sammen.

Der er mange stereotyper på ældre mennesker, der indikerer, at det er sådan, ældre mennesker er, både negative og positive stereotyper. De negative stereotyper går som oftest på, at mange ældre mennesker er syge og derfor har brug for pleje. Der kan være tale om både fysiske og psykiske sygdom, eksempelvis at mange ældre er senile. I forbindelse med denne stereotyp er der også den, at mange ældre ikke kan lære nye ting, fordi de har svært ved at huske. Dette kan føre til, at mange får den opfattelse, at ældre er ubrugelige, fordi de har sygdomme og ikke kan lære noget nyt. En anden form for stereotyp er, at ældre mennesker er impotente, grimme, isolerede og fattige. Alle disse stereotyper forstærker den sidste stereotyp om, at ældre også er deprimerede. Disse forhold kan være sande for nogle ældre, men langt fra for alle. Problemet med disse stereotyper er, at det går ud over den enkelte ældre på den måde, at de selv tror på den, og måske altid har gjort det, også som yngre. Derfor tror mange ældre, at de er nødt til at opføre sig efter deres alder, og dermed ender det med, at nogle af disse stereotyper bliver til virkelighed, da det er dét selvbillede, de ældre får (Palmore, 1999, s. 20-27).

Der er selvfølgelig også positive stereotyper omkring ældre. Ligesom de negative gælder de selvfølgelig ikke for alle ældre. Venlighed og visdom er to af de stereotyper, der er på ældre, og grundet disse bliver ældre set som mere pålidelige. Her er der også en stereotyp, der modsiger én af de negative stereotyper, nemlig at ældre har mange penge, hvilket modsiger den negative stereotyp om, at de er fattige. Her er det altså vigtigt at påpege, at det er forskellige mennesker, der har forskellige former for stereotyper om ældre, og at man sagtens kan have både positive og negative stereotyper om ældre. Politisk magt er også en af stereotyperne, og ligeså frihed, da ældre jo ikke længere skal tage sig af et job og børn og derfor kan gøre, hvad de vil. Alle disse fører til, at den sidste stereotyp er, at ældre mennesker er glade, fordi de netop har eller er alle disse ting (Palmore, 1999, s. 34-39).

Ayalon og Tesch-Römer er modstandere af alderisme. De fokuserer på alderisme mod ældre, selv om det også kan forekomme over for andre aldersgrupper, hvis vi kigger på definitionen fra Butler. De skriver, at det kan skade ældre mennesker, da det er stereotypiserende, hvilket kan medføre, at ældre mennesker begynder at opføre sig, som det forventes af dem i forhold til stereotypen (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 2). De bruger tre niveauer af alderisme: micro-niveau, som fokuserer på individer, meso-niveau, som fokuserer på grupper, organisationer og sociale enheder, samt macro-niveau, som fokuserer på kulturelle og sociale værdier. De pointerer, at det er muligt, der kan være flere niveauer (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 4).

Under micro-niveau er der fire forskellige forklaringer på, hvorfor alderisme kan opstå. Den første er *terror management theory*. I denne teori er ældre mennesker en konstant påmindelse om menneskets egen sårbarhed og dødelighed. Dette gør, at individer følger de verdenssyn, der tilbyder udødelighed, enten som en reel ting eller som et symbol. Det er en måde at holde éns liv i ligevægt (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 4).

Den anden teori er *social identity theory*. Da alder er en form for gruppe, som vi kan identificere os med, kan denne teori også bruges. Teorien handler om, at vi mennesker ønsker at have en positiv selvidentitet. For at opnå en sådan, vælger individet at få deres gruppe til at fremstå mere positiv og bedre end andre grupper (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 4). Dette betyder i forhold til ældre, at andre aldersgrupper vil få deres egen gruppe

til at fremstå bedre end de ældre ved at give udtryk for et mere negativt syn på ældre som aldersgruppe og derved få deres egen aldersgruppe til at fremstå mere positivt. Det omvendte kan også ske, hvor de ældre gør det samme for at få deres aldersgruppe til at virke mere positiv.

Den tredje teori er *the stereotype content model*, som går ud på, at vi mennesker, klassificerer grupper af mennesker efter forskellige niveauer af empati og kompetence. Her vil ældre mennesker oftest blive set som empatiske, men også som inkompetente. Éns opfattelse af andre aldersgrupper kan desuden ændre sig ud fra den aldersgruppe, man selv er i (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 5).

Den fjerde teori er *stereotype embodiment theory*, der handler om, at en livslang eksponering af negative stereotyper omkring ældre fører til alderisme, da mennesker gennem deres opvækst er blevet eksponeret så meget for disse stereotyper, at de selv besidder dem om deres egen aldersgruppe, når de bliver ældre. Dette har en negativ indflydelse på deres sundhed, levetid og kognitive ydeevne. Derfor er der nogen, der prøver at adskille kroppen og det unge sind; dette kaldes succesfuld aldring og aktiv aldring, hvor man har ingen, eller begrænsede, sygdomme, er velfungerende og meget social. Dette kan ses som et forsøg på at slippe af med de negative stereotyper omkring aldring, men det kan samtidig også anskues på den måde, at det er éns egen fejl, hvis man ikke ældes med succes (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 5).

På meso-niveau findes der ligeledes fire forklaringer på alderismens eksistens. Den første er *evolutionary theories on group membership* som går ud på, at vi mennesker er født til at skulle være en del af en gruppe og derigennem lære, at vores eget velbefindende er afhængigt af denne gruppe (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 6).

Den anden teori er *age segregation*. Det vil sige, at der er en stor adskillelse af unge og ældre i forhold til, hvordan livet er bygget op: først kommer uddannelse, så kommer familielivet og arbejde, og pensionen er det sidste stadie. Her vil man oftest være sammen med nogen i sin egen aldersgruppe, da disse er på det samme stadie i livet som én selv, hvilket medfører mere alderisme (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 6).

Den tredje teori er *intergroup threat theory*, hvor grupper handler fjendtligt over for andre grupper, hvis disse er potentielt skadelige for éns egen gruppe. Dette kan både være ud fra

fysiske midler og ikke-fysiske midler som værdier (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 6).

Den sidste teori er *intergenerational conflict theory*, som omhandler de forventninger, yngre generationer har til de ældre. Der er tre typer af forventninger: Den første er ressourcer fra de ældre til de yngre. Den anden er, at de ældre bruger et minimum af de ressourcer, som skal fordeles i samfundet. Den tredje er alderssvarende, symbolsk identitetsvedligeholdelse, hvilket vil sige, at de ældre ikke skal forsøge på at være, en alder de ikke er. Hvis disse forventninger ikke bliver mødt, kan det resultere i alderisme (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 6-7).

På macro-niveau findes der en forklaring på eksistensen af alderisme, der hedder *modernization theory*. Denne teori går ud på, at ældre har mistet deres sociale status i den moderne verden grundet udviklingen af teknologi og medicin. Der nævnes flere grunde til, at dette skulle være tilfældet. Den første grund er, at der, grundet udviklingen, er kommet flere ældre, fordi det ikke længere er vanskeligt at opnå en høj alder i modsætning til tidligere. En anden grund er, at de yngre generationer ofte har en højere uddannelse end ældre. En tredje grund er, at de yngre flytter til de større byer og forlader de ældre, hvilket gør, at der er mindre kontakt mellem generationerne. Den fjerde grund er sekularisering, hvilket gør, at der er mindre fokus på familien og mere fokus på individet (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 7).

Ayalon og Tesch-Römer kommer ikke med en normativ begrundelse for, at alderisme er dårligt, men de kommer med en sociologisk forklaring på, hvordan det opstår i samfundet. De fokuserer på alderisme mod ældre, hvilket også er fokuset her, da lovforslaget netop lægger vægt på, at retten til at fravælge genoplivning først skal træde i kræft, når en person fylder 60 år. Dette vil senere blive brugt til at se på, hvordan samfundet kan være endt et sted, hvor der bliver lavet lovgivning ud fra éns alder - ikke i forhold til hvornår man er myndig, men i forhold til at man overgår til den alderskategori, der bliver kaldt ældre.

Livskvalitet

Livskvalitet er et argument, der ofte bruges for og imod genoplivning. Dog er det svært for mange mennesker at vurdere, hvad der er livskvalitet for andre mennesker, da det er individuelt, hvad der giver mennesker kvalitet i deres liv. Derfor vil det i dette afsnit gøres

mere klart hvad livskvalitet er, og når det for en person drejer sig om at tage stilling til, hvorvidt vedkommende ønsker genoplivning, vil livskvaliteten af det liv, personen vil få efterfølgende, også spille en rolle, og derfor vil dette være et emne, man vil tage med i overvejelsen.

Ifølge Dan Brock skal man indenfor sundhedsvæsenet kigge på, hvad der vil få en patients liv til at fungere bedst når der skal vælges eller fravælges behandling. Han referer til livskvalitet som et godt liv (Brock, 1993, s. 96). Livskvalitet kan både ses som noget objektivt og noget subjektivt. Hvis man kigger på livskvalitet objektivt, kigger man på dét, der er intersubjektivt observerbart; fakta om funktionaliteten af en person fysisk og psykisk samt dét miljø personen er i. Ud fra disse vurderer man så, hvor god livskvalitet en person har. Subjektivt kigger man også på den fysiske og psykiske funktionalitet samt miljøet, men her kan personens private psykiske tilstand også blive vurderet. Denne vurderes sammen med personens egen opfattelse af, hvad det hele betyder for dennes livskvalitet. Forskellen på den objektive og subjektive vurdering er altså, om det er mennesker udefra, der vurderer vedkommendes livskvalitet, eller om det er personens eget syn på sin livskvalitet (Brock, 1993, s. 98). Brock skriver, at det er vigtigt at kvaliteten og værdien af en persons liv, og dermed en behandling, bliver vurderet ud fra, hvordan det vil påvirke den pågældende person, ikke hvordan det vil påvirke andre, eller om personen bliver en byrde (Brock, 1993, s. 103). Brock lægger stor vægt på, at vi mennesker selv skal have lov til at bestemme over vores eget liv, og dermed også hvilken form for behandling, vi ønsker. Han skriver, at det er en vigtig del af vores livskvalitet, at vi selv kan bestemme over, hvad der skal ske med os (Brock, 1993, s. 126).

Fordeling af sundhedsressourcer

The fair innings argument er et argument, der ofte bliver brugt i forhold til fordelingen af sundhedsressourcer, der fokuserer på alder som et kriterie for fordelingen. I dette afsnit går *the fair innings argument* igen ad flere omgange med argumenter for og imod at bruge dette som argument for fordeling af sundhedsressourcer. Det er vigtigt at gøre klart, at der findes to former for *the fair innings argument*: Den første er, at det er fair at prioritere yngre over ældre, fordi disse har levet deres naturlige levetid, og det har de yngre ikke. Den anden er, at

det er fair at prioritere yngre over ældre, fordi det kompenserer for en unfair fordel, disse har. Forskellen på disse to argumenter er, at ved det første argument skal yngre først prioriteres højere end ældre i sundhedssystemet, når denne har levet sin naturlige levetid. I det andet argument er det ligegyldigt, hvor stor aldersforskellen er. Den yngre favoriseres over den, der er ældre, uanset om det er en person på fire år og en på syv år, der er tale om (Mckie et al., 1996, s. 538). Her er det, det første argument der er fokuseret på.

Der er argumenter for og imod alderisme i forhold til at fordele sundhedsressourcerne i vores samfund, for og imod overhovedet at bruge alder som et kriterie for at fordele ressourcerne samt hvorvidt brugen af alder som et kriterie er alderisme, da det er muligt at bruge alder som et kriterie for fordelingen af sundhedsressourcer, uden at der er tale om alderisme, men det er også muligt at være mod alderisme og samtidig bruge alder som et kriterie. De to første teoretikere, der her bliver nævnt, Shaw og Callahan, går på hver deres måde ind for at bruge alder som et kriterie for fordeling af sundhedsressourcer. Dette er ud fra forskellige principper. Mens Shaw direkte forsvarer alderisme, mener Callahan ikke, at hans teori er et udtryk for alderisme, selv om han, ligesom Shaw, bruger alder som et kriterie for fordelingen.

Shaw forsvarer alderisme. Han skriver, at alder er en objektiv faktor, når man vil rationere sundhedspleje til yngre frem for ældre. Han argumenterer for, at dette er en retfærdig måde at fordele ressourcerne på. Shaw mener, at alderisme er moralsk, og at sundhedspleje skal prioriteres dér, hvor det vil give det største gode for det største antal mennesker. Han hævder, at hvis alle mennesker er lige, vil det være mest retfærdigt at redde den person, der har flest år tilbage at leve i. Dette er et utilitaristisk synspunkt, som ifølge Shaw er etisk nødvendigt i spørgsmålet om, hvem der skal prioriteres i sundhedssektoren. Shaw mener også, at det er mest økonomisk at tænke på denne måde, da han hævder, at det er i alles bedste interesse at holde de mennesker sunde, der kan arbejde, frem for dem der er gået på pension, da det er de arbejdende mennesker, der betaler skat og dermed også betaler til sundhedssystemet, således at der er penge til sundhed (Shaw, 1994, s. 188). Shaw hævder, at fordi de ældre som gruppe har levet et længere liv end andre, er det retfærdigt at bruge ressourcerne på andre grupper som for eksempel handikappede (Shaw, 1994, s. 189). Dette er *the fair innings argument* som beskrevet tidligere.

Shaw medgiver, at det er rigtigt, at ældre er svage og har brug for mere beskyttelse, men at dette også er tilfældet med børn, og han mener, at begge grupper skal have, hvad der er deres ret, men at de ikke skal have mere, end hvad de har ret til. Ifølge Shaw skylder samfundet alle mennesker et minimum af lægehjælp, altså dét, der er mest nødvendigt, men det betyder ikke, at alle nødvendigvis har krav på store, dyre operationer, og dette er uanset alder. Nogle vil mene, at fordi de ældre har nået at bidrage mere til samfundet, bør de også få noget mere fra samfundet, men da ressourcerne ikke er til det, fordi der skal rationeres, er det ifølge Shaw bedst, at ressourcerne bliver brugt dér, hvor der er mest brug for dem, hvor der vil komme den største fortjeneste ud af det, frem for hvem der har bidraget mest økonomisk til samfundet. Dette udelukker ikke at give lægehjælp til en ældre person. Hvis den ældre er den person, der har mest brug for hjælp, og det giver den bedste fortjeneste, er det den ældre person, der bør få hjælpen. Shaw mener, at alderisme allerede er spredt ud i vores samfund, men at det er uberegneligt og skjult, og han mener, at der burde være åbenhed og konsensus omkring brugen af det (Shaw, 1994, s. 189).

"Some refine the measurement of years using QALY's. The years of life left or saved are multiplied by a quality score derived from a value given to different disabilities" (Shaw, 1994 s. 190)

Nogle mener, det er forkert at gøre det på denne måde, for hvem ved, hvad et andet menneske mener har værdi for dem, men her argumenterer Shaw for, at man ikke skal kigge på personlige værdier men blot fokusere på medicinske fakta. Shaw hævder ikke, at nogle liv er mere værd end andre, alle liv er lige meget værd, men når det drejer sig om, hvem der skal have behandling, skal det afgøres ud fra, hvem der har levet mest og har mest af sit liv tilbage.

Shaw hævder, at det er vigtigere at forbedre livet for et spædbarn end at lave små forbedringer i et liv, der er ved at nå sin naturlige slutning.

Han argumenterer dog også for, at det skal være muligt at betale for behandling ved private læger og hospitaler, da dette er etisk i forhold til sundhedssystemet, da det ofte er sådan, at ældre bedre har råd til at betale for sundhedsydelser end for eksempel et ungt par i 20'erne (Shaw, 1994, s. 190).

Shaw hævder, at det er prisværdigt at ville gøre livet for unge ældre bedre, men at forske i at forlænge livet for dem, der er helt gamle, er antisocialt (Shaw, 1994, s. 191).

Callahan har et andet syn på fordelingen af ressourcer end Shaw, selv om de begge fokuserer på alder som et kriterie for fordeling af ressourcer. Callahans overordnede position i bogen *Setting limits* er, at når et menneske når sin naturlige levealder, skal denne ikke længere have samme del af sundhedsressourcerne. Det vil sige, at denne ikke længere skal have livsforlængende behandling, men udelukkende smertelindres, hvis dette er nødvendigt. I dette afsnit vil hans hovedargumenter for dette blive præsenteret.

Ifølge Callahan virker det, som om mange ældre får deres liv bevaret i for lang tid, altså udover dét, der giver mening og tilfredsstillelse for dem (Callahan, 2007, s. 19). Vi bruger ressourcer på at forlænge livet, selv om det at være gammel stadig ikke er det, som Callahan vil kalde idyllisk. Det kræver mere af både samfundet og de pårørende at tage sig af de ældre (Callahan, 2007, s. 20). Et andet spørgsmål dukker op i denne diskussion om alderisme, og det er: hvornår er man egentlig gammel? Callahan laver en opdeling, hvor 65-75 år er de unge-gamle, over 75 år er de gamle-gamle, og over 85 år er de meget gamle (Callahan, 2007, s. 20). Hvis man går efter denne opdeling, er folk over 60 år, som er dem, lovforslaget handler om, ikke med i nogle af de kategorier for gamle mennesker, som Callahan stiller op, når det drejer sig om muligheden for at tage stilling til, hvorvidt de ønsker genoplivning.

Callahan definerer en tålelig død og naturlig levetid som:

”My definition of a “tolerable death” is this: the individual event of death at that stage in a life span when (a) one’s life possibilities have on the whole been accomplished; (b) one’s moral obligations to those for whom one has had responsibility have been discharged; and (c) one’s death will not seem to others an offense to sense or sensibility, or tempt others to despair and rage at the finitude of human existence. Note the most obvious feature of this definition: it is a biographical, not a biological, definition. A “natural life span” may then be defined as one in which life’s possibilities have on the whole been achieved and after which death may be understood as a sad, but nonetheless relatively acceptable event” (Callahan, 2007, s. 66).

Med naturlig levetid mener Callahan: "that is, what counts as morally and socially adequate and generally acceptable" (Callahan, 2007, s. 137).

Det er svært at sætte en grænse for den naturlige levetid, og derfor er det også svært at vurdere, hvornår det er naturligt at dø. Det kunne være muligt at sætte grænsen ved at tage den gennemsnitlige levetid. Problemet er dog, at det ikke er sikkert, at de personer, der når denne alder eller bliver endnu ældre, føler, at de har nået det, de ville i livet, og dermed deres naturlige levetid. Når man tager et gennemsnit, vil der være en del, der bliver ældre end gennemsnittet, og en generalisering her vil kunne resultere i, at nogle mennesker, der ikke har levet deres naturlige levetid, alligevel vil blive sat i denne kategori. Callahan forsøger at sætte en grænse for den naturlige levetid. Han bygger det ikke på, hvornår man har nået en vis biologisk alder, men snarere hvornår individet har nået en alder, hvor man har levet sin naturlige levetid, og når man har opnået denne alder, vil der være tale om en tålelig død, både for én selv og for de efterladte. Selv om det er et stort tab for både personen og de efterladte, er det mere acceptabelt, at døden kommer, når man er gammel frem for ung (Callahan, 2007, s. 111). Når Callahan definerer de forskellige kategorier for hvornår man er gammel, må den naturlige levetid være nået, når man er i kategorien meget gammel, som er over 85 år, eller gammel-gammel, når man er over 75 år. Det er dog muligt, at det også kan være før. Dog begrundes Callahan ikke sine egne alderskategorier, hvilket får tallene til at virke arbitrære.

Callahan opstiller tre problemstillinger i forhold til måden, hvorpå sundhedsressourcerne bliver fordelt. Den første er, at en stor del af ressourcerne bliver givet til ældre frem for børn. Den anden er, at en stor del bliver brugt på ældre, der er døende. Den tredje er, at en stor del af forskningen og teknologien er rettet mod sygdomme, der primært rammer ældre. Han mener ikke kun, at det er et problem i forhold til at fordele ressourcer på den bedst mulige måde, men også at det er et problem i forhold til, at det giver os et andet syn på liv og død, på det individuelle såvel som det fælles gode, hvad der er målet for medicin og biomedicinsk forskning, samt på det moralske bånd mellem de forskellige generationer, både dem der har været, dem der er her nu, og dem der kommer til (Callahan, 2007, s. 21).

Callahan hævder, at de unge ønsker, at samfundet tager sig af de ældre, da de selv ønsker at leve i et samfund, der tager sig af de ældre, når de selv kommer op i den alder. Her har

Callahan tre grunde, der kan danne grobund for, at de ældre skal have del i sundhedsressourcerne. Den første grund, er at de ældre har brug for hjælpen. Denne grund burde være nok til at give ældre ret til hjælp, men den anden grund er også nødvendig: De unge er nødt til at anerkende, at de skylder de ældre noget for dét, de ældre har bygget op og gjort for samfundet tidligere (Callahan, 2007, s. 111). Gensidig afhængighed mellem generationerne er den sidste grund, han nævner til at hjælpe de ældre. Alle disse grunde viser, argumenterer Callahan for, at vi mennesker er bedre sammen end hver for sig. Hvor dét at have brug for hjælp fokuserer på individer, fokuserer de andre på ældre som en gruppe. Dét at have brug for hjælp er nuet, mens dét, de ældre har gjort for samfundet, er fortid, og den gensidige afhængig er fremtiden (Callahan, 2007, s. 112). Den eneste løsning for at tage sig af de ældre, ifølge Callahan, er, at det er regeringens pligt at gøre dette, da det betyder, at det også vil være yngre, der er med til at træffe beslutningerne, samt at det mest værdige for både yngre og ældre er, at det ikke er familien, der skal tage sig af den ældre. Dog mener han ikke, at regeringen kan opfylde alle den ældres behov som kærlighed og pleje. Relationer til den ældre er de yngre og familien nødt til at tage sig af (Callahan, 2007, s. 114). Callahan mener, at den sociale pligt, der er til de ældre, er at hjælpe dem til at kunne leve den naturlige levetid, hvilket vil sige, at regeringen kun har en pligt til at hjælpe de ældre til at opnå dette mål, men ikke længere end dette. Derfor konkluderer han, at det er legitimt at basere beslutninger om livsforlængende behandlinger på alder (Callahan, 2007, s. 116). Problemet med at sætte en standard i forhold til naturlig levetid er, at hvis denne er for vag, vil det give for meget fleksibilitet i forhold til at være fair, og hvilke grænser man har at arbejde med. Omvendt, hvis den er for specifik, vil den ikke tage højde for diversiteten hos ældre og det enkelte individ. Selv om dette er problemer, som Callahan selv er opmærksom på, mener han ikke, at disse er grund nok til ikke at skulle bruge alder som en måde at fordele sundhedsressourcer på (Callahan, 2007, s. 172).

Fordelingen af sundhedsressourcer til ældre skal, ifølge Callahan, følge seks punkter: Det første er, at der skal være et passende mål for medicin. Med dette menes, at det skal bruges til at opnå en naturlig levetid, og når denne er opnået, skal medicinen udelukkende bruges til at lette smerte og lidelse. Det andet punkt er en passende forståelse af at blive ældre og enden på livet. Det tredje punkt er, at de unge skal hjælpe de ældre med at nå til enden af

livet på en sikker måde med værdigheden i behold. Dette skal gøres uden at lægge urimelige krav på de unge. Det fjerde punkt er en human død for de ældre. Det femte punkt er, at der skal indsættes ressourcer, både økonomiske og andre, der skal være til gavn for samfundet og de forskellige aldersgrupper, ikke kun de ældre. Det sjette og sidste punkt er, at angsten for at være gammel, både i forhold til økonomi og det sociale, skal mindskes. Dette kan være ved at sørge for sundhedspleje til ældre, så man ved, man kan få den hjælp, man har brug for, når man bliver gammel, men også en forsikring om et værdigt liv som ældre medborger (Callahan, 2007, s. 118).

Callahan forholder sig til fire af de argumenter, der er imod at rationere sundhedsressourcer. Det første er, at man ikke kan forudsige, hvordan fremtiden bliver, mens et andet lyder, at der er meget diversitet blandt ældre, og derfor kan disse ikke alle blive sat i samme bås. Til det første skriver Callahan, at selv om det kan være svært at forudsige fremtiden, er der ikke en bedre måde at forberede sig på end ved at kigge på, hvordan forholdene er nu og derudfra prøve at udregne, hvordan det vil blive i fremtiden, også selv om det kan være en forkert forudsigelse. Han mener, at manglen på en plan vil være uforsvarlig og irrationel (Callahan, 2007, s. 121). I forhold til det andet argument, omkring diversitet blandt ældre, argumenterer Callahan for, at man alligevel godt på nogle punkter kan sætte de ældre i samme bås, da der i alle grupper i samfundet er diversitet, men at man er nødt til at tage højde for, at der også er fælles karaktertræk. I forhold til de ældre lægger han vægt på, at de har større sandsynlighed for nogle forskellige sygdomme, og derfor er man, selv om nogle måske ikke får nogen af disse sygdomme, stadig nødt til at se på dette som et problem, der rammer en bestemt gruppe af mennesker, altså ældre. Callahan anerkender, at det kan resultere i stereotypisering af ældre, og derved også skade dem. Det er vigtigt at huske, at ældre er individer, og at dét, der er sandt for nogle ældre, ikke nødvendigvis er sandt for alle ældre, men at én ting, der er sandt for dem alle, er, at de skal dø på et tidspunkt. Derfor argumenterer han for, at det er nødvendigt at have en vis grad af heterogenitet, når man snakker om ældre, da det vil kunne skabe forvirring for regeringen og offentligheden at fokusere for meget på diversitet og individet. Det vil også kunne ende i mangel på respekt for ældre generelt og måske forstærke følelsen af, at alder er et irrelevant karaktertræk hos mennesker (Callahan, 2007, 122-123).

Et tredje argument er, at dét at omfordele ressourcerne til de gamle ikke er noget problem, da vi alle enten bliver gamle eller allerede er det, og derfor vil det komme os alle til gavn på et tidspunkt, og derved slipper de unge for at skulle tage sig af de ældre, fordi samfundet gør det (Callahan, 2007, s. 128). Dette kan ifølge Callahan blive et problem, da det vil resultere i en nedprioritering af andre områder, hvis ældre får høj prioritet, hvilket kan ende med, at dem, der er unge i dag, ikke vil kunne få den samme hjælp, som de ældre får nu, da der ikke vil være ressourcer til det. Derfor er man i disse overvejelser nødt til at tage højde for alle generationer og ikke kun nutidens ældre generation (Callahan, 2007, s. 129).

Et fjerde argument er, at der bliver brugt mange ressourcer på ældre, der er døende, frem for andre grupper i samfundet. Der er nogle, der mener, at dette er en fin fordeling, da man ikke altid kan vide, om den ældre person, man står overfor, vil overleve eller ej. Callahan argumenterer for, at dette er spild af ressourcer, da disse kan bruges på andre, der ikke er døende (Callahan, 2007, s. 130-132).

Ud fra de argumenter, Callahan fremfører, konkluderer han, at det er nødvendigt at generalisere blandt ældre, da dette ville kunne indføre et system, der kan vurdere, hvem der skal have livsforlængende behandling, og hvem der ikke skal. Det er muligt, at ældre har fordele, som andre aldersgrupper ikke har. Her pointerer han, at det ikke er for tidligt at tage rationering af sundhedsressourcer seriøst, at det stadig ikke er en fejl at rationere sundhedsressourcer til ældre, og at mere effektiv pleje til ældre, der er døende, vil spare samfundet en masse penge (Callahan, 2007, s. 133).

Callahan hævder, at de ældre livet igennem allerede har fået deres del af ressourcerne, og derfor er det fair, når de har levet deres naturlige levetid, at de ikke bliver tildelt flere, da der ikke er tale om en ulige fordeling mellem generationerne, da det samme vil gælde for alle mennesker, når de når den naturlige levetid (Callahan, 2007, s. 140). Når Callahan refererer til alder som et kriterie for at give medicinsk hjælp, er det ikke medicinsk alder, som kun handler om kroppen, men om biografisk alder, da den også lægger vægt på personen og dennes historie. Derfor argumenterer han, at når en person når en vis alder, hvor behandlingen kun kan forlænge livet, men ikke gøre dette liv bedre, bør man i stedet tilbyde en anden form for behandling, da han hævder, at dét at give dem livsforlængende behandling er en måde at nægte sandheden om, at patientens liv er på vej mod sin ende, og

man bør i stedet gøre, hvad der er bedst for patientens velfærd (Callahan, 2007, s. 170).

Callahan argumenterer for, at disse tiltag ikke skal bruges overfor alle aldersgrupper, men kun skal bruges på ældre. Et ungt menneske har ikke levet sin naturlige levetid, og der er derfor stadig noget, denne ikke har opnået. Derfor vil det give mening ikke kun at fri dem fra smerte og lidelse, men også, i modsætning til ældre, der har levet deres naturlige liv, at forlænge deres liv. Der er også tilfælde, hvor en operation eller anden behandling ikke vil kunne gøre livet bedre for den ældre, mens den for en yngre person både ville kunne forlænge og forbedre vedkommendes liv (Callahan, 2007, 178).

For at bestemme hvilken form for moralsk acceptabel pleje der skal gives til en patient, skal man ifølge Callahan tage højde for tre punkter: "(1) the physical and mental status of the patient; (2) the levels of possible medical and nursing care; (3) the quality of life of the patient" (Callahan, 2007, s. 180). Dette gælder ikke kun for ældre, men for alle patienter uanset alder.

Videre skriver han:

"Cessation of life-extending treatment for the aged as a matter of social policy can be morally acceptable only within a context that accords meaning and significance to the lives of the individual aged and recognizes the positive virtues of the passing of the generations" (Callahan, 2007, s. 198).

Selv om han fokuserer på de ældre som en gruppe, lægger han stadig vægt på, at vi skal have fokus på individet, og at vi ikke skal se ældre som mindre værd end andre generationer.

Callahan konkluderer, at vi ikke skal fokusere på at give ældre et længere liv, men et bedre liv, og at vi skal lære at se på døden som en naturlig ting, der skal accepteres, og ikke som en fjende, der skal holdes væk uanset hvad (Callahan, 2007, s. 223). Han hævder, at det ikke er alderisme at bruge alder som en standard for fordeling af sundhedsressourcer, fordi det betyder noget fra et politisk synspunkt, som der også tidligere er argumenteret for (Callahan, 2007, s. 229).

Den næste del af afsnittet handler om teoretikere, der taler imod alderisme på den ene eller anden måde. Den første er Farrant, der argumenterer mod *the fair innings argument*. Han argumenterer imod alderisme i den forstand, at han ikke mener, at ressourcer kan fordeles ud fra menneskets naturlige levetid, da denne ikke er mulig at fastsætte. Derefter er det

QALY-metoden, hvor alderisme bliver forsøgt nedbrudt ved hjælp af en metode, der skal få alderen til ikke at betyde noget i forhold til, hvorvidt man skal have en behandling. Den sidste teori er af Albertsen, som ikke argumenterer imod alderisme som de andre teorier, da alder ikke er en del af teorien og derfor ikke er et kriterie, der bliver taget højde for.

I forhold til *the fair innings argument* er det ikke alle, der er enige om, at dette er et argument, der kan bruges i forhold til at distribuere de sundhedsressourcer, vi har. Én af dem, der er uenige, er Farrant, da der i *the fair innings argument* ligger, at ethvert menneske har retten til at leve sin naturlige levetid, hvilket vil sige et rimeligt antal år, hvor man er sund og rask (Farrant, 2009, s. 53). Problemet med dette er, ifølge Farrant, at det ikke er muligt at sige, hvornår man har levet et naturligt antal år, da de år, vi lever, bliver påvirkede af forskellige forhold som har social, politisk, økonomisk, videnskabelig eller miljømæssig baggrund. Farrant trækker på Kirkwoods teori om menneskers levetid. Han siger, at vi mennesker er som maskiner, man skal vedligeholde og tage sig af, og at hvis dette bliver gjort, kan det være muligt at forlænge éns liv og udsætte alderdommen. Dette er dog individuelt fra person til person, og derfor kan det være svært at sætte en naturlig levetid for mennesker, når der er så mange faktorer, der spiller ind. (Farrant, 2009, s. 54). I dag er det biomedicin, der påvirker, hvor længe et menneske kan leve, hvilket gør, at mennesket lever længere, end det gjorde tidligere. Dette fører Farrant videre til to konsekvenser, der ville komme ved at bruge *the fair innings argument*. Den første er, at det vil begrænse individers levetid. Det andet er, at *the fair innings argument* ikke kan retfærdiggøres i forhold til fordelingen af sundhedsressourcer, hvis der ikke er nogen naturlig levetid for mennesker. Det vil ende med, hvis man følger *the fair innings argument*, at folk ikke vil kunne leve den tid, som de egentlig ville have kunnet, hvis de havde fået den medicin, de havde brug for, og dermed vil der ende med at blive sat en ny, sandsynligvis lavere, grænse for menneskers levetid ud fra *the fair innings argument* (Farrant, 2009, s. 55).

En anden måde at fordele sundhedsressourcer på er ud fra QALY-metoden, en forkortelse for Quality-Adjusted Life-Years. Dette er en metode, der måler omkostningseffektiviteten. En analyse af omkostningseffektivitet er en analyse af, hvor effektivt det medicinske budget bliver brugt. Definitionen på effektivitet er her, hvor meget godt en behandling gør i forhold til dens pris. Dette kan for eksempel være i forhold til, hvor mange liv denne type af

behandling redder. Derfor vil man her sige, at en behandling er mere effektiv end en anden, hvis denne redder flere liv og er billigere. Det er ikke kun vigtigt, hvor mange liv behandlingen redder, men også hvor mange år den giver til patienten, der modtager denne behandling, samt at dette liv også har kvalitet og er værd at leve. Formålet med dette er at regne ud, hvor mange år en person med en bestemt sygdom vil give for et år, hvor denne er rask. Det vil sige, at hvis man vil bytte to år med sygdommen for et enkelt rask år, skal man sige, at et år med sygdommen er halvt så meget værd som et år uden sygdommen (Kuhse og Singer, 1988, s. 103-104). Denne form for analyse vil generelt forfordele yngre mennesker frem for ældre, hvilket Kuhse og Singer mener er rimeligt. Hvis man for eksempel sammenligner en levertransplantation for en 30-årig med en 70-årig, vil man kunne sige, at personen på 70 år har levet de bedste år af sit liv, og at det derfor er et større gode for den, der potentielt set har flest år af sit liv foran sig. De mener dog, at sagen er anderledes, når det gælder nyfødte spædbørn, da de ikke mener, at det er bedre at redde et nyfødt spædbarns liv end en voksens (Kuhse og Singer, 1988, s. 105). De mener, at det er bedre at redde et liv, der er i gang, end at redde et nyt liv. De ser en persons liv som en rejse, der en dag vil ende med døden, men indtil da er der håb, værdier og drømme, som personen ønsker at opnå. Dette er ikke tilfældet for det nyfødte spædbarn. Det har hverken en fortid eller håb for fremtiden, og derfor er det vigtigere for Kuhse og Singer at redde en voksen end en nyfødt, da det først er nogle måneder efter fødslen, at spædbarnet får en idé om sig selv (Kuhse og Singer, 1988, s. 106-107).

I forhold til QALY og ældre mener Mckie med flere ikke, at det diskriminerer mod ældre at bruge denne metode, da der er flere ældre, der bliver syge. Derfor vil de få mest ud af denne metode, selv om de ældre har færre år tilbage at leve i. Da de ikke ved med sikkerhed, om alder og antal vil kunne opveje hinanden her, hævder de, at ældre ikke vil blive dårligere stillet i forhold til QALY (Mckie et al., 1996, s. 537).

Mckie med flere argumenterer for, at *the fair innings argument* ikke kan bruges i nogle af formerne, der er beskrevet tidligere i forhold til QALY-metoden, da det i visse tilfælde vil kunne give mere QALY at hjælpe den ældre frem for den yngre person (Mckie et al., 1996, s. 538). Helt at fravælge alder som noget, der kan vægte i forhold til QALY-metoden, vil kunne få konsekvenser, der er uacceptable ifølge Mckie med flere. De argumenterer dog for, at det

er muligt at finde en løsning, der er mere acceptabel overfor kritikkerne af QALY. Denne lyder, at hvis to vil få det samme ud af behandlingen rent helbredsmæssigt, men hvis den ene vil få mere glæde ud af behandlingen, er det denne, der skal vælges. Dette er et utilitaristisk synspunkt i forhold til, hvem der vil få mest glæde eller nytte ud af behandlingen. Derfor er det muligvis mere retfærdigt, at selv om de ældre har færre QALYs tilbage, skal det stadig være dem, der modtager behandlingen, hvis det giver mere nytte i forhold til den yngre person. Derfor skal vi ikke kigge på at finde en måde at distribuere sundhedsressourcer mellem aldersgrupper, men fordele ressourcerne i forhold til de stadier af livet, vi befinder os i (Mckie et al., 1996, s. 540). De skriver videre, at det er bedre for alle, at de ældre har det godt, da de yngre dermed ikke skal se frem til en dårlig alderdom ved at se de ældre blive diskrimineret, samt at det så er muligt at give de ældre flere QALYs, hvis dette er for det fælles gode, til mere nytte for samfundet, da man i fordelingen af sundhedsressourcer også er nødt til at se på, hvad der vil være bedst for samfundet at gøre (Mckie et al. 1996, s. 541). QALY-metoden er egalitær i den forstand, at alle er lige, hvad angår distributionen af sundhedsressourcer, da en QALY for én person tæller det samme som en QALY for en anden person. Den ene er, ligesom i utilitarisme, ikke mere værd end den anden (Mckie et al. 1996, s. 543).

QALY-metoden er i denne form imod alderisme. På trods af, at alder indgår i måden at fordele sundhedsressourcerne på, er det ikke en metode, der forfordeler yngre frem for ældre, da den opvejer de ældres alder ved at give dem flere point, så de reelt set bliver vurderet ud fra deres sygdom på lige vilkår med en yngre person.

En helt anden form for teori om fordeling af sundhedsressourcer er Albertsens. Denne teori skiller sig ud fra de andre teorier ved slet ikke at tage højde for alder i sin argumentation for, hvordan ressourcerne skal fordeles. Albertsen argumenterer for, at heldegalitarisme er en god måde at distribuere sundhedsressourcer, her distribuerer man sundhedsressourcer ud fra folks personlige ansvar (Albertsen, 2020, s. 583).

Albertsen definerer heldegalitarisme som retfærdigt i forhold til at distribuere sundhedsressourcer således:

”This article defines the core luck egalitarian claim as follows: distributions are just, if and only if people’s comparative positions reflect nothing but their comparative exercises of responsibility.” (Albertsen, 2020, s. 584)

Albertsen skriver, at man skal kunne evaluere en persons helbred i forhold til, hvor mange eller hvilke ressourcer personen har ret til, ud fra tre spørgsmål. Det første spørgsmål går på, hvorvidt personen selv er skyld i sit helbredsproblem. Her fokuseres der på det moralsk vigtige i folks eget ansvar for deres tilstand.

Det andet spørgsmål er, hvorvidt andre dele af personens liv, som personen ikke selv er ansvarlig for, kan være skyld i helbredsproblemet. Det er vigtigt at tage dele af folks liv, de ikke er ansvarlige for, med i overvejelsen om fordeling af ressourcer til patienten.

Det tredje spørgsmål er, om der er andre grunde end retfærdighed ved distribution til at afstå fra at give lav prioritering til patienten i forhold til behandling. Dette er et nødvendigt spørgsmål, da der kan være flere måder at anskue situationen på, der kan afgøre fordelingen af sundhedsressourcer.

Hvis der kun kan svares ja til det første spørgsmål, vil det betyde, at patienten får en lav prioritering i forhold til at få del i sundhedsressourcer, da denne selv er skyld i sin tilstand (Albertsen, 2020, s. 584).

At en person selv er skyld i sin situation, betyder dog ikke, at de skal nægtes behandling, selv om de får lav prioritet. De må dog finde sig i enten længere ventetid end andre eller i selv at skulle betale for noget af behandlingen (Albertsen, 2020, s. 585).

Ifølge Albertsen skal man også tage højde for andre forhold i en persons liv, udover om de selv er skyld i deres helbredsproblem, da der kan være andre ting, der påvirker dem, som de ikke selv er skyld i, som eksempelvis *bad luck*, der gør, at de ikke skal have lavere prioritet, selv om de egentlig selv er skyld i selve sygdommen. Det kan for eksempel være folk med lav indkomst, lavt uddannelsesniveau eller folk uden arbejde. I stedet skal disse hjælpes på vej ved at give dem lige muligheder for at få jobs, uddannelse og ressourcer (Albertsen, 2020, s. 588).

Her kommer Albertsen med argumenter for, at det er muligt at fordele sundhedsressourcer ud fra kriterier, som ikke tager højde for alder på nogen måde, hvilket adskiller sig fra de andre teorier, som her er repræsenteret. Dette er for at vise, at det er muligt at fordele

sundhedsressourcerne i vores samfund, uden at alder behøver være et kriterie, der fylder lige så meget, som det gør i de andre teorier, og også i det samfund vi lever i, hvad vi blandt andet kan se med det nye lovforslag, der fokuserer på alder.

Holdninger til og fakta om genoplivning

Det er ikke kun i Danmark, at antallet af ældre mennesker over 60 år er stigende, men over hele verden. Dette skyldes forbedrede levevilkår og bedre behandlingsmuligheder, både medicinsk og kirurgisk, hvilket medfører en længere levetid. I sundhedssystemet er der en høj repræsentation af ældre. Disse har både flere indlæggelser og flere dage, hvor de skal opholde sig på hospitalet, end andre grupper i den danske befolkning, samtidig med at de ofte har flere forskellige sygdomme, og der derfor er brug for flere forskellige specialister. Kidholm og Pedersen (Kidholm og Pedersen, 2021) skriver, at ældre patienter ofte bliver set af sygeplejersken som en byrde, og denne vil oftest se yngre patienter som vigtigere end ældre. Dette kan have betydning for den behandling, den ældre får. Det er for eksempel påvist, at i Danmark bliver yngre patienter prioriteret højere end ældre på neurologiske afdelinger, selv om der er flest ældre på disse afdelinger. Dette skriver Kidholm og Pedersen er et udtryk for alderisme, at dette kan påvirke den ældre persons sundhed og psykiske trivsel og, som et resultat af dette, medføre negativt selvværd, eksklusion og forringet livskvalitet (Kidholm og Pedersen, 2021, s. 36). Ældre ønsker ikke, at den behandling de får, er vurderet ud fra deres alder, men at den vurderes ud fra deres funktionsniveau. Flere ældre oplever, at aldersdiskriminationen stiger, jo ældre de bliver, men de ønsker blot at få den samme behandling som de yngre patienter. Der er ældre, der oplever, at alderisme begrænser deres mulighed for behandling, da nogle symptomer på sygdom bliver bortforklaret med, at disse skyldes alder. Sen diagnosticering påvirker desuden også deres behandling. Patienter der har været udsat for aldersdiskrimination, er ofte mere deprimerede og har lavere kvalitet i deres liv (Kidholm og Pedersen, 2021, s. 46-47).

En undersøgelse fra 2012 viser, at patienter og læger ikke er enige om, hvem der skal tage beslutningen om, hvorvidt en patient skal genoplives. 74 procent af patienterne mener, at det er deres afgørelse, mens 83 procent af lægerne mener, at det er deres. Dog er der stor enighed om, at patienterne skal inddrages i beslutningen om, hvorvidt de skal genoplives.

Her er 86 procent af patienterne og 88 procent af lægerne enige. Samtidig gælder det for hele 30 procent af tilfældene i undersøgelsen, at læger og patienter er uenige om, hvorvidt personen skal forsøges genoplivet (Steenberger, 2012 s. 1).

Til en artikel i 2017 udtaler lægeformanden Andreas Rudkjøbing, at det er lægens beslutning, om en patient skal genoplives ved hjertestop, og selv om patienten ønsker genoplivning, er det lægen, der skal vurdere, hvorvidt dette er forsvarligt. Han skriver dog, at lægerne for det meste tager samtalen med patienten inden, og at de dermed ofte opnår en fælles forståelse. Samtidig siger han også, at det ikke er et spørgsmål om, at lægen skal vurdere, hvornår noget er et værdigt liv (Heissel, 2017, s. 1).

I en anden artikel fra 2017 argumenterer læge Hans Jørgen Vognsen for, at det ikke kun skal være muligt at fravælge genoplivning, men også at tilvælge det. Dette skal kunne lade sig gøre, hvis der er et lægefagligt begrundet ønske om at få genoplivning. Dette er i forhold til plejehjemsbeboere, hvor lægen skal vurdere, at beboeren er habil nok til at kunne gennemføre en samtale om, hvorvidt denne ønsker genoplivning. Vognsen pointerer, at der også vil være grupper, der ikke ønsker genoplivning samt grupper der ikke kan eller vil tage stilling til spørgsmålet. Han mener ikke, at disse to grupper skal forsøges genoplivet. Han erkender, at det vil kunne resultere i, at nogle af dem, der ikke har taget stilling til genoplivning, vil kunne ende med ikke at blive behandlet, men han vurderer, at det er vigtigere, at beboerne ikke bliver genoplivet mod deres vilje, samt hvis det ikke er lægefagligt forsvarligt (Vognsen, 2017, s. 1-2).

Lovforslaget i Danmark lød oprindeligt, at det skulle være ældre, der var afhængig af pleje, der kunne fravælge genoplivning, men da det ville være svært at implementere og afgrænse målgruppen, anbefalede Sundhedsministeriet i stedet et "objektivt alderskriterie på 60 år" samt en model, der sikrer en 7-dages betænkningsperiode, før fravalget træder i kraft (Løntoft, 2022, s.1).

Seniorkonsulent Anna Wilroth udtaler "Det er bedre med et alderskriterie. Den oprindelige aftale var alt for kompliceret og udelukkede for eksempel alle de ældre, der kun får hjælp af deres pårørende" (Løntoft, 2022, s. 1).

Dog mener man i Lægeforeningen at alderskriteriet er arbitrært. De spørger, hvorfor det ikke er alle voksne, der kan få lov at tage denne beslutning, da de mener, at når kriteriet er sat

efter alder, og ikke hvorvidt en person er syg eller plejekrævende, kan det medføre, at der er grunde som depression eller ensomhed, der pludselig vil kunne have betydning for beslutningen om, hvorvidt personen ønsker genoplivning. Derfor mener lægeforeningen ikke, at det er en beslutning, der skal træffes alene bag en computer, men at beslutningen skal træffes i samråd med en læge. Dette er Det Ethiske Råd enig med Lægeforeningen i. Formanden for Det Ethiske Råd, Leif Vestergaard Pedersen, påpeger, at lægen under samtalen skal vurdere, om personen er habil og handler ud fra eget ønske og ikke et ønske om ikke at lægge deres familie til last. Der er lagt op til i aftaleteksten til Det Gode Ældretilværelse, at en betingelse for fravalg af genoplivning er, at personen har snakket med en læge forinden. Da forslaget blev fremlagt i 2019, udtalte tidligere sundhedsminister Magnus Heunicke at de prioriterede selvbestemmelsesretten, og derfor skulle det ikke være et krav at se en læge inden, men at dette skulle være éns eget valg (Løntoft, 2022, s. 1).

Ældre Sagen skriver, at de går ind for, at lovforslaget skal gælde for alle over 60 år, og ikke kun plejekrævende ældre, da der er mange ældre, der burde få pleje, der ikke får det, da der, som de skriver, har været mange besparelser på ældreområdet, hvilket har gjort, at færre får den pleje, som de har behov for. Dette vil resultere i, at der vil være mange alderssvækkede ældre, der ikke vil kunne få lov at fravælge genoplivning, hvis kravet er, at det skal være ældre, der er afhængige af pleje, da de netop ikke får den pleje, de har brug for. Derfor mener Ældre Sagen, at det er mere retfærdigt at sætte grænsen ved 60 år, da dette giver alle ældre den samme grundlæggende ret (Ældresagen, 2021).

I Faglige Seniorer bliver det nye lovforslag beskrevet som "Ny aftale giver ret til en værdig død". Her skriver de, at Folketingets partier vil indføre en lovsikret ret til i en høj alder at fravælge genoplivning (Fasting, 2021, s. 1).

Ifølge Det Ethiske Råd er der mange pårørende til ældre og døende mennesker, som ofte ønsker, at behandlingen skal fortsætte, selv om både det sundhedsfaglige personale og patienten selv ønsker at afslutte behandlingen. Derfor mener Det Ethiske Råd, at der skal laves tiltag, der giver patienten større indflydelse på deres egen behandling, så beslutningerne ikke bliver taget, uden at de har haft noget at sige dertil (Det Ethiske Råd, 2016, s. 5).

Det Ethiske Råd kommer med fire forskellige eksempler på tilfælde, hvor genoplivning bliver

forsøgt, selv om det kan forekomme meningsløst eller uetisk. Det første eksempel er en sygeplejerske, der kommer ud til en tydeligt død borger. Hun får alligevel at vide af alarmcentralen, at der skal forsøges genoplivning. Det andet eksempel er en mand på en genoptræningsafdeling, der selv udtrykker ønske om ikke at blive genoplivet, hvis han skulle falde død om, da han føler, at der i forvejen er forværring i hans tilstand. Dette ønske kunne lægen ikke efterkomme, da han ikke vurderede, at manden var uafvendeligt døende eller alvorligt syg. Det tredje eksempel er et barn i teenagealderen, der er indlagt på en hospitalsafdeling med kræft, som har spredt sig. Kemoterapien virker ikke, og barnet bliver tydeligt svagere. Lægerne vil vente med at tage stilling til, hvorvidt genoplivning skal foretages ved hjertestop. I dette tilfælde er der en overlæge til stede ved hjertestop, der, sammen med barnets mor, vurderer, at der ikke skal foretages genoplivning. Hvis denne ikke havde været til stede, ville en sygeplejerske eller en yngre læge have været forpligtet til at forsøge genoplivning på barnet. Det fjerde eksempel er en ældre dame på plejehjem, der er blevet dårlig og trækker vejret med besvær. Hun er ikke selv i stand til at tage stilling til, hvorvidt hun vil indlægges på hospitalet, men datteren mener ikke, hun skal indlægges. Sygeplejersken snakker med vagtlægen, og mens denne samtale står på, stopper den ældre dames vejrtrækning. Vagtlægen siger, at sygeplejersken skal påbegynde genoplivning, men datteren ønsker ikke dette og prøver at skubbe sygeplejersken væk. Udover disse eksempler er der flere tilfælde, hvor det er registreret, at personen ikke skal genoplives, men hvor genoplivning alligevel finder sted, da personen, der foretager genoplivningen, ikke er klar over denne registrering. Der er også tilfælde, blandt andet på plejehjem, hvor beboerne er friske nok, men der er tale om ældre, der ikke ønsker genoplivning ved hjertestop. Problemet er, at hvis personalet undlader at udøve genoplivning, risikerer de en bøde eller fængsel indtil 2 år ud fra straffelovens paragraf 253 (Det Ethiske Råd, 2016, s. 8-9).

Ifølge General Medical Council er sandsynligheden for, at genoplivning lykkes, ikke særlig stor, og samtidig er der risiko for, at der under genoplivningen kan komme skader på indvendige organer samt ribbenene. Der er desuden også risiko for, at patienten efter genoplivning kan være hjerneskadet eller have fysisk funktionsnedsættelse. Hvis

genoplivningen ikke lykkes, kan patienten komme til at lide en uværdig og traumatisk død (General Medical Council, s.d.).

Dette understøtter et metastudie af van de Glind med flere, der, ud fra forskellige studier på området omkring genoplivning, påviser, at patienter over 70 år, der overlever genoplivning og kan udskrives efterfølgende, er 4,1%. Dette tal er lavere end det generelle tal for alle patienter, som ligger på 7,6%. De påviser også, at sandsynligheden for overlevelse ved genoplivning falder, jo ældre personen er (Van de Glind et al. 2013, s. 7).

I et andet studie af Vandrevala med flere foretaget i England er de kommet frem, til at kvaliteten af ens liv vægter højt i forbindelse med genoplivning, altså om personen havde en stor kvalitet i deres liv før og efter genoplivning. Dog var det svært for de deltagende at skulle vurdere, om en person havde kvalitet i deres liv som det var før genoplivningen, og hvordan kvaliteten ville være efter, da dette er individuelt. Dog mente de, at fysiske og psykiske forhold samt alder og hvorvidt man var en byrde for andre, spillede en rolle (Vandrevala, 2006, s. 11). De adspurgte mente, at hvis individet led af en terminal sygdom, skulle denne ikke genoplives, men hvis det var en ellers rask person, der fik hjertestop, skulle genoplivning forsøges. Her definerede de kvalitet af ens liv efter genoplivning ud fra et skøn over, hvor godt et individ kunne forvente at have det efter genoplivning (Vandrevala, 2006, s. 12). De ældre over 70 år, der deltog i studiet, satte yngre menneskers liv højere end deres eget, da de mente, at kvaliteten af et ungt liv betød mere, og derfor skulle man hellere forsøge genoplivning på yngre mennesker frem for de ældre (Vandrevala, 2006, s. 14).

Undersøgelsen kom frem til, at hvis ens liv var af dårlig kvalitet, skulle personen ikke genoplives, men hvis ens liv var af god kvalitet, skulle man forsøges genoplives. Et liv med dårlig kvalitet blev defineret som at have langvarig sygdom, psykisk funktionsnedsættelse, enten før eller efter genoplivning, at være gammel eller at være en byrde og afhængig af familien og samfundet. At have god kvalitet i sit liv blev defineret som ikke at have terminale eller livstruende sygdomme, ingen mental funktionsnedsættelse, at være af yngre alder og uafhængig af andre (Vandrevala, 2006, s. 16).

Mentzelopoulos med flere har defineret seks principper i forhold til genoplivning. Det første er autonomi: at patienten har retten til selv at bestemme. Det andet er ærlighed: at

kommunikationen er præcis og transparent. Både patienten og familien skal have den bedste information om forskning og patientens situation. Det tredje er gavnlighed: at der bliver set på, hvad der vil gavne patienten mest i forhold til risikoen. Det fjerde er ingen ondskab: at man undgår, at patienten bliver gjort fortræd, eller i hvert fald bliver gjort så lidt fortræd som muligt. Det femte er værdighed: at man undgår at lave uforholdsmæssige indgreb, samt at slutningen af patientens liv bliver efter dennes præferencer. Det sjette er retfærdighed: at der er lige rettigheder til sundhedspleje for alle (Mentzelopoulos et al. 2018, s. 704-705).

Alderisme som en form for diskrimination

Alderisme er defineret som diskrimination baseret på alder (Butler, 1969, s. 243), hvis vi holder alderisme-begrebet hos Butler op mod Lippert-Rasmussens definition på diskrimination. Her er spørgsmålet så, om alderisme-begrebet hos Butler stemmer overens med Lippert-Rasmussens begreb om diskrimination. I Butlers definition er der dog allerede inkluderet, at alderisme er diskrimination, at denne diskrimination sker mellem aldersgrupper, og at der er en form for forskelsbehandling, der finder sted mellem de forskellige aldersgrupper, der gør, at forskelsbehandlingen ofte er til fordel for én egen aldersgruppe, og stiller de andre aldersgrupper dårligere (Butler, 1969, s. 243). Dette stemmer overens med Lippert-Rasmussens definition på diskrimination, hvor han lægger vægt på, at det er diskrimination, hvis man behandler eller vil behandle nogen bedre end andre grundet en egenskab, denne har, som i dette tilfælde er alder (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 370). Samtidig ligger det i definitionen på diskrimination, at personen, der udsættes for diskrimination, skal være en del af en socialt fremtrædende gruppe, hvilket ældre er, da vi har en del ældre i Danmark, samt en gruppe, der generelt ses meget til. I definitionen kan det også være fjendtlighed, der er motivationen for diskriminationen. Dette kan være i form af, at man mener, at den pågældende gruppe har en lavere status eller skal isoleres fra andre (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 374). Dog er der en forskel mellem de to definitioner, da Butlers definition fokuserer meget på holdninger til den anden aldersgruppe, hvor Lippert-Rasmussen fokuserer mere på selve forskelsbehandlingen. Her er det tydeligt med de stereotyper, der er omkring ældre, som nævntes i tidligere afsnit, at der er en form

for fjendtlighed over for ældre mennesker (Palmore, 1999, s. 20-27). Samtidig er ældre også i en vis forstand allerede en isoleret gruppe, selv om mange har familie og venner, eftersom mange ældre bor i ældreboliger og på plejehjem, hvilket gør, at de primært socialiserer med personer i deres egen aldersgruppe (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 6).

Vurderingsdiskrimination er en form for diskrimination, der er repræsenteret ved alderisme, da man her opfatter en person negativt, udelukkende fordi denne er en del af en bestemt gruppe (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 20), hvilket vi, med de negative stereotyper omkring ældre, kan sige, er tilfældet. I denne form for diskrimination er personen, der diskriminerer, ikke nødvendigvis klar over, at denne gør det. Da mange ældre selv er vokset op med at høre disse stereotyper, og derfor også selv har dem om ældre, på trods af at de selv er en del af denne gruppe, er personen ikke nødvendigvis klar over, at vedkommende diskriminerer, da stereotyperne sidder dybt i én, og man har ikke opdaget, at man selv er blevet en del af den målgruppe, stereotyperne handler om. Handlingsdiskrimination er en anden form for diskrimination, hvor man direkte behandler en anden dårligere, fordi denne er en del af en bestemt gruppe (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 24). I alderisme-afsnittet er der forelagt forskellige grunde til, at alderisme opstår, og i disse grunde indgår det, at ældre som gruppe bliver behandlet dårligere grundet deres alder (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 2).

Strukturel diskrimination er en form for diskrimination på et højere niveau (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 31, som her må passe med macro-niveauet i Ayalon og Tesch-Römers niveauer af alderisme (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 7). Da der her kan ses en sammenhæng ved, at ældre har mistet deres sociale status grundet moderniseringen, og at man bliver diskrimineret inden for strukturel diskrimination, hvis man er dårligere stillet grundet lovgivning, normer, værdier, vaner, arbejdsmarkedsstrukturer etc, hvilket kan siges at være tilfældet, når ældre mister deres indflydelse grundet moderniseringen.

Om diskriminationen i forbindelse med alderisme er forkert, er sværere at vurdere, da man, som med alle andre former for diskrimination, er nødt til at kigge på de forskellige situationer, da man ikke generelt kan sige, at noget er moralsk forkert i forhold til alderisme, da der er mange forskellige situationer, hvor alderisme kommer til udtryk. Det samme gælder for positiv særbehandling, da det er muligt at få positiv særbehandling i nogle tilfælde i forhold til alderisme, men her er man igen nødt til at kigge på den enkelte

situation.

Ud fra Lippert-Rasmussens definition er alderisme diskrimination, dog er alderisme ikke nødvendigvis moralsk forkert, uretfærdigt eller positiv særbehandling.

Fordeling af ressourcer, diskrimination og alderisme

Shaws tekst hedder *In defence of ageism*, hvilket indikerer, at han støtter alderisme. Han mener, at alderisme er moralsk retfærdigt. Tidligere er det blevet konkluderet, at alderisme er diskrimination, men er det muligt, at Shaws syn på alderisme er moralsk retfærdigt, hvis man går ud fra Lippert-Rasmussen definition på diskrimination? Shaw argumenterer for, at sundhedsplejen skal være til størst gavn for det største antal mennesker, at det giver mest mening at redde den person, der har flest år tilbage at leve i; at det er mere økonomisk at bruge ressourcerne på dem, der kan arbejde; at de ældre i forvejen har levet et langt liv og at det derfor er retfærdigt, at ressourcerne går til andre grupper; at samfundet skylder alle et minimum af lægehjælp; at alle skal have, hvad de har ret til, men ikke mere end det; samt at alle mennesker er lige meget værd, men at man skal træffe beslutninger om lægehjælp baseret på medicinske fakta, og at dem, der skal have lægehjælp, skal være dem, der har mest brug for den. Forlængelse af livet hos én, der allerede er gammel, er antisocialt (Shaw, 1994, s. 188-191).

Ayalon og Tesch-Römer kommer med flere grunde til, at alderisme er opstået (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 4), og der kan sikkert være endnu flere grunde til, at Shaws form for alderisme er opstået. Et bud kunne være moderniseringen, som Tesch-Römer beskriver det i *modernization theory*, da den også kan være medvirkende til de andre teoriers opståen. Den går ud på, at ældre har mistet deres sociale status i samfundet grundet udviklingen af teknologi og medicin (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 7). Én af grundene er, at der er kommet flere ældre til, og at en høj alder ikke, som førhen, er svær at opnå. Shaw lægger også vægt på, at der er kommet mange ældre til, og at der samtidig er begrænsede sundhedsressourcer. De andre grunde som Ayalon og Tesch-Römer præsenterer som forklaringer på alderismens opståen, kan også have haft indflydelse på de forskellige teoriers synspunkter.

Den form for alderisme, Shaw beskriver, hører med i Lippert-Rasmussens teori under

strukturel diskrimination (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 31), da de ældre her vil blive stillet dårligere end andre grupper, når Shaw for eksempel lægger vægt på, at det er bedre at redde yngre mennesker, da disse har flere år tilbage at leve i; *the fair innings argument* (Shaw, 1994, s. 189). Samtidig dækker denne definition på diskrimination over, at en anden gruppe dominerer over den gruppe, der er dårligere stillet, hvilket her vil sige, at der er en gruppe, der dominerer over de ældre, som i dette tilfælde kun kan være de yngre aldersgrupper. Hvorvidt denne form for alderisme er moralsk forkert, kan vi finde ud af via Lippert-Rasmussens definition. I forhold til skadestilgangen, som Lippert-Rasmussen sætter op, er det moralsk forkert, hvis handlingen skader eller sænker den ældres livskvalitet (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 46). Dette vil med Shaws teori være muligt, da de ældre, ved at ville redde en yngre frem for en ældre, vil skade den ældre. Livskvaliteten vil også kunne blive ramt, da de ældre vil kunne føle, at de som gruppe bliver diskrimineret imod, og derved vil dette gå ud over deres selvværd, som beskrevet i alderisme-afsnittet, hvilket vil sænke de ældres livskvalitet. Dog kan man sige, at Shaw også lægger vægt på, at det er den person, der har mest brug for hjælpen, der skal have den, hvilket godt kan være den ældre, samt at alle har ret til et minimum af lægehjælp (Shaw, 1994, s. 189), så de ældre ikke helt bliver udelukket fra pleje. Dog skal de helt gamle, som han skriver, ikke have livsforlængende behandling (Shaw, 1994, s. 191), hvilket kan siges at gå ud over deres livskvalitet.

Shaws form for alderisme må ud fra disse kriterier være moralsk forkert, da det vil skade de ældre, når det i mange tilfælde vil være de yngre, der får del i sundhedsressourcerne og ikke de ældre, og dermed vil de ældre kunne risikere ikke at få den behandling, de har brug for, hvilket vil gå ud over deres livskvalitet.

Callahans teori er anderledes end Shaws, da han selv hævder, at hans teori ikke er et udtryk for alderisme (Callahan, 2007, s. 229). Da Callahan dog argumenterer for, at ældre, der har levet deres naturlige levetid, ikke længere skal have livsforlængende behandling (Callahan, 2007, s. 118), og da han desuden mener, at der burde bruges flere ressourcer andre steder end på de ældre, og at der er for mange ressourcer, der på nuværende tidspunkt går til ældre frem for andre aldersgrupper, kan det konkluderes, at der er tale om diskrimination mod denne gruppe, og dermed alderisme. Dog mener han stadig, at ældre skal have del i

sundhedsressourcerne, da dette vil være til gavn for flere generationer (Callahan, 2007, s. 140), samt at han ikke generaliserer og siger, at alle ældre er ens. Han mener, at det ikke er biologisk alder, man skal vurdere efter, men biografisk alder (Callahan, 2007, s. 170). Derfor er det kun de døende ældre, eller dem der, ifølge Callahan, har nået deres naturlige levetid, der vil blive diskrimineret imod.

Ud fra Lippert-Rasmussen er Callahans teori om alderisme moralsk forkert i forhold til skadestilgangen (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 46). De ældre, der ligger for døden, eller har opnået deres naturlige levetid, vil få en lavere livskvantitet, da deres liv vil blive kortere. Dog vil de ikke blive direkte skadet, fordi de vil få smertelindrende medicin, som bevirker at der ikke opstår unødvendig lidelse. I forhold til livskvalitet kan det diskuteres, hvis man alligevel ligger for døden, hvor meget kvalitet man har tilbage i sit liv i forvejen, og det er ikke sikkert, at denne kvalitet hverken vil falde eller blive forøget med disse tiltag, og da vil det ikke være moralsk forkert. Med ældre, der vurderes til at have nået deres naturlige levetid, vil det dog være muligt, at deres livskvalitet vil falde, og de vil føle sig diskrimineret, når de ikke længere vil kunne få livsforlængende behandling. Dog kan Callahan ikke svare på, hvornår en person har nået sin naturlige levetid, så hvis dette er, når personen alligevel er døende eller ikke længere har et ønske om et få sit liv forlænget, da de selv føler, de har fået det ud af deres liv, de ville, vil det hverken skade den ældre eller give denne lavere livskvalitet, og dermed vil det ikke være moralsk forkert. Det er muligt, at Callahans form for alderisme generelt er moralsk forkert, men der ville kunne være tilfælde, hvor den ikke er det.

Farrant argumenterer mod en moralsk forkert begrundelse for alderisme, *the fair innings argument* (Farrant, 2009, s. 53), Farrants kritik går på, at *the fair innings argument* siger, at alle, der har nået sin naturlige levetid, ikke længere skal have del i sundhedsressourcerne. Der er ikke sat nogen alder på, men man må gå ud fra, at dette gælder for aldersgrupper, der kan betegnes som ældre eller gamle. Det er muligt, at dette ud fra skadestilgangen (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 46) skader individerne i den pågældende aldersgruppe, da de ofte vil blive fravalgt, når det drejer sig om at få en bestemt behandling, fordi der vil være yngre mennesker før dem i køen til behandlingen. Den manglende behandling vil dermed kunne medføre en lavere livskvalitet, hvilket gør denne form for alderisme moralsk forkert.

QALY-metoden er en anden metode, der bruges til at fordele sundhedsressourcer. Her ser man på, hvor mange gode år en person får ud af en behandling (Kuhse og Singer, 1988, s. 103-104). Denne metode forfordeler yngre frem for ældre, da det typisk vil være yngre, der vil få flest gode år ud af en behandling. Dette mener Mckie med flere ikke er et udtryk for diskrimination, da der typisk vil være flere ældre, der bliver syge, og dermed vil de stadig få hjælp, da de udgør et større antal af patienterne end de yngre, og at de ældre dermed ikke vil blive dårligere stillet (Mckie et al., 1996, s. 537). Ud fra Lippert-Rasmussens definition på diskrimination, er det muligt, at det er diskrimination, selv om der ikke er tale om forskelsbehandling (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369), da det er muligt, at det stiller de ældre dårligere, da de har færre år tilbage at leve i end de yngre, og selv om der er flere ældre, der har brug for behandlinger end yngre, vil der selv blandt dem være forskel på, om du er 60 år eller 70 år ud fra denne metode, så det vil som oftest være den ældste, der vil blive stillet dårligst. Der vil dog være tilfælde, hvor det er den ældste, der vil få flest gode år at leve i og dermed være den, der får behandlingen. Dog prøver Mckie med flere at finde en løsning, som vil være mere acceptabel i kritikernes øjne: Hvis to personer helbredsmæssigt vil få det samme ud af en behandling, er man nødt til at kigge mere utilitaristisk på det og se på, hvem der vil få mest glæde eller nytte ud af behandlingen. Det vil sige, at det kan være den ældre, der vurderes at få mest glæde af behandlingen, og derved vil denne få flere QALYs og ende med at være den person, der får behandlingen. De lægger meget vægt på, at en QALY for en person er lige så meget værd som en QALY for en hvilken som helst anden person, altså er der ikke forskel på, hvor meget folk er værd (Mckie et al. 1996, s. 540-543). Ud fra Lippert-Rasmussens definition på diskrimination vil dette ikke være diskrimination, da der ikke er nogen forskelsbehandling til stede, alle bliver behandlet lige, og det stiller ikke nogen bestemt gruppe dårligere end de andre grupper (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369-370). På trods af, at antallet af gode leveår er en del af QALY-metoden, bliver det mere ligeligt fordelt, hvem der får behandlingen, når man tager et utilitaristisk synspunkt med i betragtningerne om, hvem der skal behandles. Det betyder, at der ikke er tale om alderisme, da der ikke er nogen diskrimination til stede. Da QALY-metoden er neutral overfor livsalder, er der altså ikke diskrimination.

Albertsens teori er den sidste, og da alder på ingen måde er et kriterie i hans argumentation, er han ikke fortalende for alderisme. Han hverken kritiserer eller taler for alderisme, da spørgsmålet om, hvor stor en del af sundhedsressourcerne en person skal have del af, afhænger af, hvorvidt personen selv er skyld i sin tilstand (Albertsen, 2020, s. 584). Hvis man kigger på teorien ud fra Lippert-Rasmussen, er det ikke diskrimination. Selv om der er forskelsbehandling til stede, og nogle patienter vil få en mindre del af ressourcerne og dermed vil blive stillet dårligere, vil disse stadig få behandling (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369-370). At der ikke er tale om diskrimination, selv om nogle individer bliver stillet dårligere end andre, er fordi, at der ikke er tale om en bestemt, socialt fremtrædende gruppe i samfundet (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 374), da det at være skyld i sin egen sygdom kan være mange ting. Derfor er der ikke en bestemt gruppe, der bliver diskrimineret imod. Havde man sagt, at det kun var rygere, der blev set som skyld i deres egen sygdom, havde det været diskrimination, men her kan det være personer fra mange forskellige grupper i samfundet. Dog kan der være tale om diskrimination på individuelt niveau (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 369). Hvis der kommer to personer ind med lungekræft, og det kun er den ene, der er ryger, vil denne blive set på som værende skyld i sin egen sygdom, og derved vil der være forskelsbehandling mellem de to patienter. Hvorvidt denne form for diskrimination er moralsk forkert, er et andet spørgsmål, men ud fra skadestilgangen vil denne form for diskrimination være moralsk forkert (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 45), da det kan forringe livskvaliteten for den patient, der selv er skyld i sin sygdom, i den forstand, at det vil kunne skade vedkommende eller dennes livskvalitet, hvis vedkommende for eksempel kommer bag i køen i forhold til behandling eller selv skal betale noget af denne. Dog tager Lippert-Rasmussens definition på diskrimination, hvorvidt diskrimination er moralsk forkert eller uretfærdigt, ikke højde for, om diskriminationen finder sted grundet noget, der er selvforskyldt. Det er dog ikke sikkert, at skyldsspørgsmålet ville ændre noget på konklusionen.

Lovforslaget: ret eller diskrimination?

Lovforslaget omkring retten til at fravælge genoplivning, når man bliver 60 år, er en ret, der ikke bliver stillet til rådighed for andre aldersgrupper. Der findes dog både behandlings- og

livstestamente, i hvilke det er muligt at fravælge genoplivning. Dog træder dette først i kraft, når en læge vurderer, at man ikke længere er habil, samt er i et sygdomsforløb, hvilket vil sige, at man ikke af andre grunde er i stand til at fravælge genoplivning. Disse begrænsninger vil man ændre med lovforslaget, så man også kan få lov at fravælge at blive genoplivet grundet alder. Problemet med lovgivningen, som den er i dag, er, at sundhedspersonalet risikerer en bøde eller fængsel i op til to år, hvis de ikke forsøger genoplivning, hvilket gør, at der altid vil blive forsøgt genoplivning, medmindre andet er skrevet af lægen (Det Ethiske Råd, 2016, s. 8-9). Det vil sige, at hvis der er ældre, der gentagne gange ytrer ønske om ikke at blive genoplivet i tilfælde af hjertestop, vil de ende med at blive det alligevel og dermed miste retten til selv at bestemme over egen krop i en sådan situation.

Hvis man ser på metastudiet af van der Glind med flere, giver det mening, at ældre vil ønske at fravælge genoplivning, da sandsynligheden for at en ældre person over 70 år overlever og kan blive udskrevet efterfølgende, er 4,1% (Van de Glind et al. 2013, s. 7), og tallet bliver blot lavere, jo ældre de bliver. Der kan desuden være mange komplikationer, hvis man overlever genoplivningen, og hvis man ikke gør, kan det ende med at være en meget traumatisk død (General Medical Council, s.d.). Det er dog ikke noget, der er unikt for ældre, da sandsynligheden for at overleve genoplivning med udskrivning for alle aldre generelt ikke er meget større 7,6% (Van de Glind et al. 2013, s. 7), og risikoen for mén efter genoplivning er altid til stede, uanset personens alder. Sandsynligheden for at overleve et genoplivningsforsøg er ikke særligt stor, og der er risiko forbundet med dette, både fysisk og psykisk. Dog er grunden til at fravælge genoplivning ikke altid risikoen ved selve genoplivningen eller sandsynligheden for at overleve. Der er flere ældre i studiet af Vandrevalla med flere, der påpeger, at nogle af grundene til at fravælge genoplivning er alder, og at man ikke ønsker at være en byrde eller afhængig af hverken familien eller samfundet (Vandrevalla, 2006, s. 16). Alle disse grunde er baseret på, hvad de ældre i undersøgelsen fandt vigtigt i livskvaliteten hos et menneske, selv om de syntes, det var svært at vurdere, hvad der ville være kvalitet i et andet menneskes liv. Dog har de forsøgt at gøre det alligevel ud fra deres egne synspunkter.

De første grunde, der omhandler risikoen ved genoplivningen og sandsynligheden for overlevelse, er legitime grunde for at fravælge genoplivning. Disse kan man også kalde

helbredsmæssige eller medicinske grunde, da det er grunde, der allerede nu bliver set på, når en læge skal vurdere, hvorvidt en person skal genoplives eller ej i tilfælde af hjertestop. Det vil sige, at de kigger på sygdomsforløbet, når de skal vurdere, om genoplivningen vil kunne gøre en forskel og hvorvidt personen, i tilfælde af at genoplivningen lykkes, vil kunne leve uden for mange mén efterfølgende. Dette er dog kun noget, lægen tager stilling til med patienter i aktuelle sygdomsforløb, der kan have en påvirkning på udfaldet af genoplivningen, eller hvor personen er døende, og genoplivningen kan medføre at personen ganske vist lever lidt længere, men muligvis i en forværret tilstand i forhold til før genoplivningen. Ud fra Brocks teori er det vigtigt, at personen selv træffer beslutningen, hvorvidt denne ønsker genoplivning, da det vil være subjektivt, hvad en person mener, der skaber kvalitet i deres liv, og derfor vil det også være forskelligt, hvad folk ønsker at leve med af mén. Dette skyldes, at det giver os mere livskvalitet at have selvbestemmelse over eget liv (Brock, 1993, s. 126). Selv om fysisk og psykisk helbred skal tages i betragtning i sådanne beslutninger, er det, hvis personen er habil, op til vedkommende selv at træffe beslutningen om genoplivning.

De andre grunde til at fravælge genoplivning er alder samt et ønske om ikke at være afhængig af, eller en byrde for, familien eller samfundet. Alder kan være en grund der er for ens egen skyld, da risici ved genoplivning bliver større, jo ældre en person er, samt at nogle ældre er blevet mæt af dage, hvilket kan skyldes deres mange leveår, og derfor ønsker de ikke at skulle leve videre efter et hjertestop, når de ved, at de risikerer at få mén resten af deres levetid. Alder gør i sig selv, at der er ting, man ikke længere kan i forhold til, da man var yngre, og det kan være medvirkende til at sænke nogens livskvalitet, at de ikke kan gøre de ting, der giver dem kvalitet i livet og derved medføre, at de ikke ønsker at blive genoplivet, hvis det kommer dertil, da der er risiko for, at de kan endnu mindre. Dog kan argumentet om alder også hænge sammen med alderisme, da der, som skrevet tidligere, er mange stereotyper om ældre, som de ældre også selv har og lever efter (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 2). Fravalget af genoplivning, grundet et ønske om ikke at være til byrde for samfundet eller ens familie, er ud fra Brock ikke en grund til at fravælge genoplivning, da man skal vælge, hvad der vil give én selv livskvalitet og værdi, ikke hvad andre mener kan give livskvalitet og værdi (Brock, 1993, s. 103). Når man baserer sin beslutning på, at man

ikke vil være en byrde, tager man ikke længere højde for sine egne ønsker, men andres, og hvad, og hvem, andre mener, har værdi. Selv om der, ifølge Brock, både eksisterer objektiv og subjektiv livskvalitet (Brock, 1993, s. 98), er det stadig vigtigt, hvis personen er habil, at dennes mening også bliver taget med i overvejselsen om genoplivning, da det er op til den enkelte at vurdere, hvad der er et godt liv, og dermed hvad der er livskvalitet for dem. For nogle er det at være i stand til at gå lig med et godt liv, hvor det for andre ikke er vigtigt i forhold til deres livskvalitet. De ældres frygt for at være en byrde for samfundet har en økonomisk side: på den ene side har de ældre bidraget til samfundets økonomi, men på den anden side koster de ældre uforholdsmæssigt meget. Om de ældre reelt set er en byrde, er ikke afgjort. Der kan være noget om tanken, da der i nyhederne ofte bliver snakket om det, der kaldes ældrebyrden. Det er forståeligt, hvis de ældre kommer til at føle sig som en byrde, hvilket kan medføre, at de ikke føler sig lige så meget værd som yngre mennesker og måske derfor fravælger genoplivning grundet det pres, der ligger i at føle sig som en byrde for samfundet, hvis man ikke har nogen værdi af den grund, at man ikke bidrager til samfundet længere. Dog er ældrebyrde ifølge Den Alternative Velfærdskommission, Per H. Jensen og Tine Rostgaard ikke nogen der skal skabe bekymring, da de ikke mener der kommer til at være nogen ældrebyrde, da ældre vil begynde at være længere tid på arbejdsmarkedet i takt med at de bliver bedre uddannede, får et bedre helbred, mere interessante jobs, mindre nedslidte mv. De mener ikke at den stigende levealder får nogen betydning, da de ikke mener den automatisk øger behovet for pleje, da de år der vil blive føjet til de ældres liv, ofte vil være som plejkrævende ikke som rask, og derfor mener de at det reelle plejebehov vil kunne falde. Noget andet er at vi er begyndt at blive ældre fordi vi er mere sunde og raske. Samtidig får folkepensionen en mindre betydning, i forbindelse med at overenskomstbaserede pensioner vinder frem, hvilke gør at der bliver en aflastning af de offentlige udgifter (Jensen og Rostgaard, 2015, s. 10-11). Hvis dette er rigtigt, vil det sige at de fleste ældre ikke er en byrde for samfundet, og at det dermed vil være indbildt for de fleste ældre at skulle se sig selv som en byrde for samfundet, da de fleste slet ikke ville være en reel byrde.

Det er noget andet, hvis de ikke vil være afhængige af deres familie, da det er en anden relation, der er til dem. Her kan det være nedværdigende, hvis éns familiemedlemmer skal

pleje én. Her vil den ældre også kunne få sig selv til at føle sig som en byrde og måske endda fravælge genoplivning for sin families skyld, selv om det også kan være, at det er for ens egen skyld, så man slipper for at skulle føle nedværdigelse ved at blive plejet af familien. Selv om Callahan mener, at det er regeringen, der skal tage sig af de ældre, er det ikke alle ældre, der får pleje fra det offentlige, hvilket gør det nødvendigt for familien at træde til for at hjælpe den ældre person.

En værdig død er et argument, der går igen flere gange, når der bliver talt om det nye lovforslag (Fasting, 2021, s. 1). Dette giver god mening at tage højde for, hvis man kigger på de risici, der er ved genoplivning, da man risikerer at lide en voldsom død, hvis genoplivningen ikke lykkes. Hvis den lykkes, risikerer personen at få nogle mén, der gør, at vedkommende måske ikke længere er i stand til at gøre noget selv. Dog vil det sidste ikke gå ind under værdig død, men værdigt liv efter genoplivning, da det jo så vil være det liv, personen er nødt til at leve grundet genoplivningen. Det vil så alligevel kunne forbindes med en værdig død, for hvis personen ikke var blevet genoplivet, ville vedkommende ikke have været i den nye tilstand. Hvad vil det imidlertid sige at få en værdig død? Alle dem, der snakker om en værdig død, giver ikke en forklaring på, hvad en sådan bør indebære, men da den ikke indebærer genoplivning, er der en sandsynlighed for, at de ser værdig død som en død uden smerte eller lidelse, som hvis man eksempelvis sover stille ind eller får et pludseligt hjertestop. Der må dog også være en sammenhæng med livskvalitet, da personen i tilfælde af genoplivning er i risiko for at have fået forværret sin livskvalitet. Dermed vil dem, der bruger argumentet, ikke mene, at personen får en værdig død, hvis de har fået en forringet livskvalitet efter genoplivning.

Det følgende er Lippert-Rasmussens definition på diskrimination. I den forbindelse vil det nye lovforslag om ældre blive sat ind for at vurdere, hvorvidt lovforslaget diskriminerer ud fra denne definition.

”X diskriminerer mod Y i relation til Z ved at gøre D, hvis, og kun hvis (i) der er en egenskab P, således Y har P, og Z ikke har P, (ii) X behandler Y værre end Z ved at gøre D, (iii) det er, fordi Y har P, at X behandler Y værre end Z ved at gøre D, (iv’) P er den egenskab at være et medlem af en bestemt socialt fremtrædende gruppe (som Z ikke tilhører), og (v) D er en type

af handlinger, der ofte forekommer, og det forhold stiller folk, der har P, ringere end andre, eller (vi) D er motiveret af fjendtlighed over for individer med P, eller af den opfattelse, at individer med P har en lavere status end andre, eller at de bør holdes adskilt fra andre” (Lippert-Rasmussen, 2007 (a), s. 374).

X må i dette tilfælde være regeringen eller samfundet som helhed, Y må være personer over 60 år og Z personer under 60 år, og D vil være at give Y retten til at fravælge genoplivning. Y har egenskaben P, som er at være over 60 år. Dog kommer problemet her, da X vil behandle Y værre end Z ved at gøre D. Dog er det retten til genoplivning, hvilket er en ret, personer over 60 år får tildelt, som derved ikke vil være at behandle personer over 60 år værre end personer under 60 år, da det er en ret, som de får tildelt, hvilket vil sige, at de bliver behandlet bedre, da de får selvbestemmelse i forhold til retten til at fravælge genoplivning. Hvis man i stedet vender det om og siger, at Y er personer under 60 år og Z personer over 60 år, vil egenskaben P være, at Y er under 60 år. Her vil D stadig være retten til at fravælge genoplivning, og Y behandles værre af X end Z, da Y ikke får retten til at fravælge genoplivning, fordi de ikke er over 60 år. P kan siges at være en egenskab, der gør, at Y er en del af en bestemt, socialt fremtrædende, gruppe. Dog vil man kunne sige, at det ville være flere grupper, da det at være under 60 år kan være at være en del af flere forskellige aldersgrupper, ikke blot én, men det er stadig grupper, som Z ikke er en del af, da Z ikke er under 60 år. D vil kunne være et forhold, der vil forekomme ofte, da det vil give muligheden for Z at fravælge genoplivning. Det er dog ikke sikkert, dette vil forekomme ofte, men de har retten til at kunne gøre det, hvilket Y ikke har, medmindre de er uafvendeligt døende eller alvorligt syge, men dette skal der dog en læge til at vurdere. Det ville kun stille Y værre end Z, hvis både Y og Z ville fravælge genoplivning, men da det kun er Z, der har retten til at vælge og fravælge dette, vil det sætte Y værre, da denne ikke ville have retten til at tage valget selv, hvilket går ud over dennes selvbestemmelse. Dog virker det ikke sandsynligt, at denne diskriminering er motiveret af fjendtlighed, lavere moralsk status eller et ønske om at isolere disse personer, da mange af de mennesker, der stiller lovforslaget, selv er under 60 år. Der er dog dét men, at selv om dette er diskrimination mod personer under 60 år, vil disse på et tidspunkt med stor sandsynlighed selv blive 60 år, og dermed vil de ikke længere være i den gruppe, der bliver diskrimineret imod, og derfor vil diskriminationen stoppe, når

man runder de 60 år.

Hvis vi vender tilbage til, at det er ældre over 60 år, der bliver diskrimineret imod, at det igen er dem, der er Y, og Z er personer under 60 år, får vi den følgende argumentation: Er det muligt, at det vil stille Y værre end Z, at Y får retten til at fravælge genoplivning, at det derved er diskrimination mod Y? Det vil stille en person over 60 år værre i tilfælde af, at denne bliver presset til at fravælge genoplivning. Dette kunne være i tilfælde, hvor personen fravælger genoplivning, fordi denne ikke ønsker at være en byrde for sin familie eller samfundet. Personen ville altså ikke træffe sit valg for sin egen skyld. Her ville ældre være en bestemt socialt fremtrædende gruppe, og der kunne være både fjendtlighed mod dem og tanker om, at de har en lavere moralsk status grundet nogle af stereotyperne om ældre. Hvorvidt der er et ønske om at isolere ældre, kan diskuteres, men det er et faktum, at mange ældre bor på plejehjem eller i ældreboliger, hvor der primært er ældre mennesker til stede. Dog er det en ret, som personer over 60 år får tildelt med tiden, hvilket vil sige, at de også får ret til noget, personer under 60 år ikke har ret til. Det gør, at det i stedet er muligt at se det som en form for positiv særbehandling, da ældre er en gruppe, der er blevet diskrimineret imod, og dermed kunne det være, at dette var for at opveje denne diskrimination, at man giver dem denne ret. For at se på, hvorvidt det er positiv særbehandling, bruges her Lippert-Rasmussens teori om denne og, helt specifikt, livskvalitetsargumentet, som er en utilitaristisk henvisning til at forbedre vores livskvalitet (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51). Der findes fire grunde til, at man vælger at bruge positiv særbehandling ud fra dette argument:

Den første er udnyttelse af talentmassen (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51). Det er muligt, men ikke sandsynligt, at det er af denne grund, ældre får positiv særbehandling i denne sammenhæng. Den anden er fremme af selvrespekt (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51), hvilket virker mere sandsynligt, da der, som tidligere påvist, findes alderisme i vores sundhedsvæsen. Ifølge Kidholm og Pedersen skyldes dette, at ældre kan blive set som en byrde af sygeplejerskerne, og ofte vil de yngre patienter blive set som vigtigere. Samtidig er der flere ældre, der har prøvet at blive affejet af lægen og fået at vide, at deres symptomer skyldes alder og ikke sygdom (Kidholm og Pedersen, 2021, s. 36). Her vil det måske fremme selvrespekten for de ældre at få denne positive særbehandling, da de, i forhold til hvordan

de ønsker at dø, vil få mere selvbestemmelse, end de tidligere har haft. Det kan nok ikke hjælpe på den stereotypiserende holdning, der kan være til ældre, men denne ret giver dem noget andet, altså selvbestemmelse. Den tredje grund er opretholdelse af den sociale orden ved at øge den sociale integration af forskellige grupper (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51). Det er umiddelbart noget, der sker her, da ældre bliver inddraget mere i deres egen behandling, men ikke socialt i samfundet. Den sidste grund er, at medlemmer af en gruppe ofte identificerer sig med hinanden på en måde, der gør, at de ønsker, at de andre i gruppen skal klare sig godt (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 50-51). Dette er en mulighed, for selv om en ældre person ikke selv ønsker at fravælge genoplivning, kan de godt ønske, at andre ældre skal have retten til det, hvis de ønsker dette og mener, at det er dét, der vil være bedst for dem.

Det er også nødt til at kunne blive påvist, at den samlede livskvalitet vil blive øget gennem den positive særbehandling (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 51). Dette er dog sværere at bevise. De ældre, der ønsker at blive genoplivet, vil få en øget livskvalitet i den forstand, at de ikke skal frygte at blive genoplivet mod deres vilje, men omvendt kan det også mindske livskvaliteten, hvis nogen føler sig tvunget til at fravælge genoplivning, fordi de ikke vil være en byrde. For folk under 60 år er det muligt, at tanken om at man senere i livet får retten til at kunne fravælge genoplivning, vil give en øget livskvalitet, men det kan også mindske deres livskvalitet i den forstand, at der er tale om en ret, de er nødt til at vente med at få, indtil de bliver 60 år. Da dette er et utilitaristisk synspunkt, vil det nye lovforslag skulle øge livskvaliteten hos flere, end det sænker den hos. Det er den samlede livskvalitet, der skal øges. Det er klart, at der er nogen, der vil få øget deres livskvalitet, men det er ikke klart, hvor mange dette er tilfældet for, så dette er positiv særbehandling. Hvorvidt det er moralsk ønskværdigt, er dog svært at sige, da det ikke er til at vide, hvor mange der får øget deres livskvalitet. Problemet her er også, at der vil kunne være tale om en øgning i livskvalitet, der er diskrimination. Omvendt vil der også kunne være positiv særbehandling uden en øgning i livskvalitet. Dette er altså et argument, der er svært at forsvare i en diskussion, hvorvidt det er moralsk ønskværdigt eller ej. Lippert-Rasmussen mener, at livskvalitetsargumentet er det bedste i forhold til at skulle begrunde positiv særbehandling. Dog mener han, der stadig er problemer ved det, som nævnt ovenover, samt at det har en begrænset rækkevidde. Derfor

vil det i forhold til Lippert-Rasmussen, selv om det er positiv særbehandling i forhold til ældre, ikke være muligt at begrunde, hvorfor man skal bruge denne form for positiv særbehandling (Lippert-Rasmussen, 2004, s. 53). Da det er en ret, de ældre får tildelt med lovforslaget, vil det være positiv særbehandling.

Spørgsmålet vil så være, hvorvidt det er moralsk ønskværdigt, og dette er problematisk at vurdere, da det er svært at kende antallet af personer, livskvaliteten stiger og ikke stiger hos med dette lovforslag, men umiddelbart er det kun ældre, der får retten til at fravælge genoplivning, som ikke ønsker genoplivning, hvis livskvalitet vil stige. Er det tilfældet, vil den samlede livskvalitet ikke stige, kun deres, og i det tilfælde vil det ikke være moralsk ønskværdigt. Hvis der omvendt er nogens livskvalitet, der falder med lovforslaget, vil dette være ældre der ikke ønsker at fravælge genoplivning, som dog føler sig tvunget til at gøre det, eller personer under 60 år, som ikke kan få lov at fravælge genoplivning. Dog er det ikke sandsynligt, at de sidstes livskvalitet falder, men blot forbliver det samme, da de på et tidspunkt vil være i stand til at kunne fravælge genoplivning, samt at de kan gøre det allerede med livstestamentet eller behandlingstestamentet. Fravalget vil bare først træde i kraft, når en læge vurderer, at du er alvorligt syg eller uafvendeligt døende. Derfor er det svært at sige, hvorvidt det er moralsk ønskværdig positiv særbehandling, da de flestes livskvalitet umiddelbart er uforandret. Det ændrer mest for de ældre, og så skal man kigge på, hvor mange der ønsker fravalget i forhold til, hvor mange der ikke ønsker det, men som føler sig tvunget til at tage valget.

Selv om det er diskrimination mod personer under 60 år, grundet forskelsbehandlingen, er det en diskrimination der ikke finder sted hele livet da vi alle bliver 60 år på et tidspunkt, medmindre vi dør inden. Samtidig er det en positiv form for særbehandling de ældre får tildelt, selv om det ikke kan bevises at det øger den samlede mængde af livskvalitet, er der stadig nogen hvis livskvalitet bliver øget, så selv om der ifølge Lippert-Rasmussen ikke er nogen god begrundelse for denne særbehandling, er den stadig til stede. Den positive særbehandling de ældre får nu kan være et udtryk for den diskrimination de har og stadig bliver udsat for.

Stereotyperne omkring de ældre kan resultere i vurderingsdiskrimination (Lippert-Rasmussen, 2007, (b), s. 20), hvor vi ikke nødvendigvis selv er klar over, at vi dermed

diskriminerer nogen. Der er også eksempler på ældre, der er blevet udsat for handlingsdiskrimination (Lippert-Rasmussen, 2007 (b), s. 24). Kidholm og Pedersen peger på, at ældre ofte bliver set som mindre vigtige patienter end yngre, hvilket gør, at de bliver nedprioriteret og behandlet værre end yngre patienter, eller får at vide, at deres symptomer blot skyldes alder, hvilket kan resultere i, at deres sygdom ikke bliver opdaget i tide (Kidholm og Pedersen, 2021, s. 46-47). De ældre bliver dermed behandlet værre end de yngre patienter. De ældre bliver også udsat for strukturel diskrimination (Lippert-Rasmussen, 2007, (b), s. 31) af den grund, at når man når en vis alder og går på pension, vil det være de yngre, som stadig er på arbejdsmarkedet, der dominerer. Dette gør at de for eksempel bliver diskrimineret mod på sygehusene som skrevet tidligere, ved at de yngre bliver set som vigtigere. Det sker også ofte på arbejdsmarkedet, at de ældre har sværere ved at få et job, da de ofte snart skal på pension og derfor ikke har nær så mange år tilbage at arbejde i som en yngre person. Der er sikkert flere eksempler på de mulige diskriminationer mod ældre, end hvad der er nævnt her, men alle disse eksempler er med til at vise, hvordan ældre i nogle henseender er dårligere stillet end andre aldersgrupper. Diskriminationen, som her er påvist, er moralsk forkert og uretfærdig i forhold til skadestilgangen, da det skader de ældre at blive udsat for denne form for diskrimination, hvilket går ud over deres livskvalitet.

Spørgsmålet er så, hvorvidt den diskrimination, eller positive særbehandling, der finder sted, hvis lovforslaget bliver vedtaget, vil være moralsk forkert eller uretfærdig over for de mennesker, der endnu ikke er fyldt 60 år. I forhold til skadestilgangen er det ikke noget, der vil skade personer under 60 år direkte. Om det mindsker deres livskvalitet, er et andet spørgsmål, da det for nogle måske er tilfældet. Selv om dette er en anden form for ret, er det stadig en form for selvbestemmelse, der gør, at hvis de skulle blive alvorligt syge og inhabile, vil deres ønsker stadig kunne blive hørt, også selv om det stadig er lægen, der skal tage den endelige beslutning. Hvis vi kigger på lovforslaget, er det, ud fra Lippert-Rasmussen teori om skadestilgangen, hverken moralsk forkert eller uretfærdigt, at mennesker over 60 år får denne ret. Derfor kan det konkluderes ud fra denne argumentation baseret på Lippert-Rasmussens teori at lovforslaget er form for positiv særbehandling af personer over 60 år, samt at det er diskrimination mod yngre, men ikke en moralsk forkert form for diskrimination, derfor er det positiv diskrimination. Derved er det alderisme, fordi det sker

på baggrund af alder, dette er dog mod flere aldersgrupper, da det er alle aldersgrupper der er under 60 år. Men det er stadig diskrimination mellem aldersgrupper, da der er en aldersgruppe, personer over 60 år, der får en ret de andre aldersgrupper ikke får.

På nuværende tidspunkt sætter loven nogle begrænsninger for mennesker, der ønsker at fravælge genoplivning. Lovforslaget vil ændre dette ved den nye formulering "forslag til folketingsbeslutning om habile alderssvækkede ældres ret til fravalg af genoplivningsforsøg" (Folketinget, 2020) "Det følger direkte af den politiske aftale, at lovgivningen skal ændres, så habile borgere, som er fyldt 60 år, får mulighed for at registrere et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop i et centralt register, som skal etableres til formålet" (Blixt et al. 2021) Det er interessant, at ordlyden går på alderssvækket i det første citat, mens det i det andet er borgere over 60 år. Vil det sige, at man er alderssvækket når man fylder 60 år? Det er et spørgsmål, der er svært at svare på, da vores kroppe ændrer sig gennem hele vores liv, og derfor er en 60-årigs krop selvfølgelig ikke den samme, som da denne var 25 år. Ud fra ordlyden i lovforslaget må personer over 60 år blive anset som værende alderssvækkede. Alderssvækkelse og dét at være mæt af dage er på nuværende tidspunkt ikke en gyldig grund til at kunne fravælge genoplivning (Styrelsen for Patientsikkerhed, s.d.). Hvad er det, der gør denne lov særlig? Det særlige ved denne lov er, at en person der er fyldt 60 år, kan fravælge genoplivning uden at være i et aktuelt sygdomsforløb. Personen vil kunne fravælge genoplivning af grunde som alderssvækkelse, mæt af dage eller noget helt tredje. Dog er det gjort klart fra både lægeforeningens og Det Etske råds side, at der skal være et krav om, at personen skal snakke med en læge, inden man træffer valget, så denne kan gøre konsekvenserne af valget klart for vedkommende, men også for at finde ud af, hvad grunden til fravalget er (Løntoft, 2022, s. 1). For at undgå fejl, vil der blive lavet et register over dem, der har fravalgt genoplivning, som skal være nemt tilgængeligt for alt sundhedspersonale. Det skal altid være opdateret i tilfælde af, at personen har ændret mening. Da det ikke er sikkert, at en person, der for fem år siden fravalgte genoplivning, stadig ønsker dette fravalg, da der kan være sket mange ting i mellemtiden (Folketinget, 2020) Dette kan være én af grundene til, at man har valgt at lægge grænsen for, hvornår man kan fravælge genoplivning, ved 60 år, og ikke når man er myndig ved 18 år, da man vil

kunne nå at ændre mening flere gange i livet. Hvis registeret altid er opdateret, vil det altid være det nyeste ønske, der er tilgængeligt.

Hvorfor skal de ældre have en særlig lovmæssig ret til at fravælge genoplivning? I en alder af 18 kan, man som tidligere nævnt, skrive et livstestamente eller behandlingstestamente, så hvorfor skal man ikke også have retten til at kunne fravælge genoplivning, selv om man ikke er fyldt 60 år? Om man er habil eller ej, har intet med éns alder at gøre, så det er ikke her, problematikken ligger. For at kunne give samtykke til at fravælge genoplivning, er det vigtigt at være informeret om konsekvenserne og at have de rigtige fakta om beslutningen på plads, inden denne tages. Selv om dette er information, som alle ville kunne finde eller få af deres læge, er spørgsmålet blot, om folk rent faktisk gør det og træffer valget ud fra disse oplysninger, så der er tale om informeret samtykke. Alderen kan spille en rolle i forhold til aktualiteten af beslutningen, da det er mere aktuelt for en ældre person at fravælge genoplivning, da denne har større sandsynlighed for at få et hjertestop end en på 18 år. Der er sandsynligvis også flere ældre, der ønsker at fravælge genoplivning, hvis de eksempelvis er mætte af dage, i forhold til én på 18 år, der ikke har nået at leve ret meget af sit liv endnu. Hvis der så alligevel kommer en person på 18 år, der er sund og rask, som siger, at vedkommende ønsker at fravælge genoplivning, vil der nok ligge noget bag dette ønske, som for eksempel en depression, da dét, at 18-årige ikke ønsker genoplivning, virker mere mærkeligt, end at en ældre person, der er mæt af dage og alderssvækket, ikke ønsker det. Det næste spørgsmål er så, hvorvidt nogen skal have ret til at fravælge genoplivning. Da det for vi mennesker er vigtigt, at vi selv har retten til at bestemme over vores liv, kan det også give mening, at vi ønsker at have retten til at bestemme, hvordan vi skal dø. Selvbestemmelse er vigtigt for os, og inden for sundhedssystemet er man på andre områder selv med til at tage beslutninger om den behandling, man får, og derfor burde det vel også være muligt ikke kun at kunne fravælge behandling, men også genoplivning. Samtidig er der flere tilfælde, hvor det kan virke direkte uetisk at påbegynde genoplivning, som eksemplerne fra etisk råd også viser. Her er det dog kun én af patienterne, der direkte har ytret et ønske om ikke at ville genoplives. Ellers har det været de pårørende, der har ønsket det, hvis ikke der bare er påbegyndt genoplivning, selv om det tydeligvis ikke ville gøre nogen forskel. Det oprindelige forslag var kun for plejekrævende ældre, men blev med sundhedsministeriets

anbefaling ændret til et "objektivt alderskriterie på 60 år" samt en model, der giver en 7-dages betænkningssperiode, før fravalget træder i kraft. Seniorkonsulent Anna Wilroth udtaler: "Det er bedre med et alderskriterie. Den oprindelige aftale var alt for kompliceret og udelukkede for eksempel alle de ældre, der kun får hjælp af deres pårørende" (Løntoft, 2022, s. 1). Dog er Lægeforeningen ikke enig i dette. De mener, at alderskriteriet er arbitrært, og at man risikerer, når ældre ikke fravælger genoplivning grundet sygdom eller at de er plejekravene, at de vælger det grundet ensomhed eller depression. Derfor mener de, at det er vigtigt, at beslutningen træffes i samråd med en læge. Den samme holdning har Det Ethiske Råd (Ældresagen, 2021). Der er selvfølgelig risiko for, at personer der fravælger genoplivningen, vælger det ud fra grunde som depression eller ensomhed, men hvis man skulle sætte grænsen ved plejekrævende, ville det også være et problem, da der så ville være nogen, der ikke kunne få valget. Ved at sætte en bestemt alder bliver det både nemmere og, måske, også mere retfærdigt. Da alder er objektiv, modsat plejekrævende der er mere subjektivt, og personer der har brug for pleje, men ikke får det, ville dermed blive udelukket. Lovforslaget vil ikke skelne mellem, om mennesker er plejekrævende eller ej, men udelukkende se på, om man er 60 år gammel. Lægeforeningen siger, at alderskriteriet er arbitrært, og det er da muligt, men vi bruger allerede alder i mange andre sammenhænge i vores samfund. For eksempel må man stemme, når man bliver 18 år, da det er her, man bliver myndig. Dette tal kunne også være et andet, da det er lige så arbitrært, men det accepterer vi.

Hans Jørgen Vognsen er én af dem, der går til problematikken med den omvendte indstilling. Han mener ikke kun, det skal være muligt at fravælge genoplivning, men at genoplivning skal være et tilvalg; ikke som i dag, hvor man bliver forsøgt genoplivet uanset hvad - næsten. Det skal ske med en lægefaglig begrundelse, hvilket der vel i forvejen bliver taget højde for, i hvert fald ved meget syge patienter, hvor det i nogle tilfælde bliver besluttet, at genoplivning ikke skal forsøges, men ellers bliver det altid forsøgt. For Vognsen er det vigtigere, at en person ikke bliver genoplivet mod sin vilje end omvendt, hvilket dog kan give nogle andre problematikker. Han mener, at hvis man ikke har taget stilling til genoplivning, skal man ikke genoplives. I lovforslaget bliver man genoplivet, hvis man ikke har taget stilling. Der udelades altså kun genoplivning, hvis dette er blevet fravalgt (Vognsen, 2017, s.

1-2). Selvbestemmelse i forhold til genoplivning er vigtigt her, men spørgsmålet om hvorvidt man skal genoplive folk, der ikke har taget stilling, kan give andre problemer, da dette også vil kunne resultere i manglende behandling, hvilket ikke er noget, lovforslaget lægger op til med fravalget.

Fordelingen af sundhedsressourcer fokuserer meget på alder i de teorier, som er blevet diskuteret og brugt i dette speciale, hvis vi ser bort fra Albertsens teori, som er den eneste af teorierne, der ikke involverer alder i fordelingen. Det vil sige, at det er muligt at lave en fordeling, der ikke fokuserer på alder. Dog kan det være svært i forhold til Albertsens teori at vurdere, hvorvidt en person selv er ansvarlig for sin tilstand (Albertsen, 2020, s. 584). Det samme vil ske, hvis man prøver at lave et andet kriterie for, hvornår man kan fravælge genoplivning. Det kan ikke udelukkes, at der kan findes andre kriterier end alder eller at være plejekrævende, men medmindre man finder et andet objektivt kriterie, hvad alder er, kan det blive svært at vurdere, hvornår en person skal have retten til at fravælge genoplivning. Der er tilfælde med alvorligt syge eller uafvendeligt døende, der kan fravælge genoplivning, men her er det stadig lægen, der tager det endelige valg og skal vurdere, hvorvidt personen skal genoplives eller ej. Her er det, at vi nogle gange ser tilfælde, hvor en person bliver genoplivet mod sit ønske, eller hvor en person forsøges genoplivet på trods af, at denne tydeligvis er død.

The Fair innings argument er et argument, der både bliver rost i positive vendinger, men også kritiseret, det er den første form af argumentet, der fokuseres på. Her baseres fordelingen af sundhedsressourcer på alder, hvor en person, der har levet sin naturlige levetid, bliver nedprioriteret i forhold til yngre personer (Mckie et al., 1996, s. 538).

Shaw taler for *the fair innings argument*. Han har en utilitaristisk tilgang, hvor han mener, at der skal være det største gode for det største antal mennesker, og at man skal redde de mennesker med flest år tilbage at leve i (Shaw, 1994, s. 188). QALY-metoden er også utilitaristisk, da den lægger op til, at det skal handle om patienten med flest gode leveår. Argumentet fra Mckie med flere lyder således, at alle er lige meget værd, og dermed er en QALY for én person lige så meget værd som for en anden, men at hvis det giver mere lykke eller nytte for den ene at få behandlingen i forhold til den anden, skal denne have den, hvis begge personer har lige mange QALYs (Mckie et al. 1996, s. 541). Shaw er ikke uenig i, at alle

mennesker er lige meget værd, men han mener dog, at hvis alle er lige meget værd, er alderisme moralsk, da ældre har levet et langt liv, og det skal de yngre også have lov til. Han fokuserer på, at det er mere økonomisk, da det er de yngre, der tjener penge til sundhedssystemet, og dermed er det bedre, at det er dem, der holdes sunde i stedet for at forlænge livet for én, der allerede har levet sin naturlige levetid (Shaw, 1994, s. 188). Det sidste er Callahan enig i. Han mener ikke, der skal bruges ressourcer på at forlænge livet for én, der allerede har levet sin naturlige levetid (Callahan, 2007, s. 118). Dog er det svært at vurdere, hvornår en person har nået sin naturlige levetid, hvilket til gengæld er Farrants kritik af argumentet, da vi med teknologiens udvikling vil kunne påvirke den naturlige levetid, da vi mennesker dermed kommer til at kunne leve længere, hvilket vi allerede gør i forhold til tidligere (Farrant, 2009, s. 54-55). Callahan giver ikke et tal på, hvornår man har nået sin naturlige levetid, da han mener, det er individuelt (Callahan, 2007, s. 111), men at det må være efter, man har nået en vis alder.

Callahan mener, at der bliver brugt for mange ressourcer på ældre i forhold til andre grupper, og han mener, at vi er nødt til at lave en bedre fordeling af vores sundhedsressourcer, da der i forvejen er mangel på ressourcer, og at det ikke vil blive bedre (Callahan, 2007, s. 172). Callahan mener ikke selv, at hans teori er et udtryk for alderisme. På basis af diskussionen af Callahan, konkluderes det dog her, at hans teori er en form for alderisme, da det er en form for diskrimination mod de ældre, der menes at have nået deres naturlige levetid, når de ikke længere skal have så stor en del af ressourcerne. Dog går han ind for en human død for de ældre, at ressourcer skal indsættes til gavn for alle, at angsten for at blive gammel skal mindskes, og at ældre ikke skal stereotypiseres (Callahan, 2007, s. 118).

Problemet med hans teori er, at selv om han argumenterer for alle disse ting, argumenterer han også for, at det er nødvendigt at generalisere mellem ældre for at kunne lave et system, der fungerer i forhold til disse tiltag, da det gør det nemmere at vurdere, hvornår en person har nået sin naturlige levetid (Callahan, 2007, s. 133). Dette er også ét af argumenterne for at sætte alderen ved 60 år i forhold til fravalg af genoplivning, da det er svært at vide med sikkerhed, hvornår en person er klar til at træffe dette valg, ligesom det er svært at vide, hvornår en person har nået sin naturlige levetid, hvis man ikke sætter en alder på det.

Callahan er ikke af den opfattelse, at livet skal forlænges så meget som muligt, at døden ikke skal undgås for enhver pris. Han mener, at det er vores opfattelse af alderdommen, der skal ændres på, da han ikke ønsker, at alderdommen er noget, vi skal frygte. Han lægger stor vægt på, at der er gensidig afhængighed mellem de forskellige generationer, og at man derfor skal tænke på det fælles gode, ikke kun det individuelle, da vi alle er afhængige af hinanden (Callahan, 2007, s. 21). Ud fra Callahans teori går spørgsmålet om genoplivning på, om personer over 60 år kan fravælge genoplivning, og om det styrker den gensidige afhængighed. Det gør det bedre for de ældre, der ønsker at fravælge genoplivning, og det kan være, det fjerner nogens frygt for at blive gammel, da de kan fravælge genoplivning og dermed ikke kommer til at risikere de mén, der kan komme efterfølgende. Derved vil det fremme det fælles gode, da det stadig vil være sådan, at hvis man ikke har fravalgt genoplivning, eller lægen har vurderet andet, altid kan være sikker på at blive forsøgt genoplivet.

Mckie med flere har et andet forslag til fordeling af sundhedsressourcerne. Det skal ikke foregå mellem aldersgrupper, men i forhold til det stadie af livet man befinder sig i. Hvordan dette skal lade sig gøre i praksis, bliver et spørgsmål om, hvorvidt hvert stadie i livet skal have en lige stor del af ressourcerne, hvorefter ressourcerne fordeles mellem de mennesker, der er på dette stadie (Mckie et al., 1996, s. 540). I så fald er det ikke alder, der bliver set på. Det ville i dette tilfælde gå ud fra QALY-metoden, og man ville undgå alderisme i fordelingen af ressourcer.

Kuhse og Singer udøver også en form for alderisme. Det foregår dog imod nyfødte spædbørn, da de ikke mener, at disse skal reddes frem for en voksen, hvis begge har brug for hjælp, da spædbørn endnu ikke har udviklet de kognitive evner, ønsker eller værdier, som en voksen har (Kuhse og Singer, 1988, s. 106-107). Her er det en helt anden aldersgruppe, der bliver diskrimineret mod, da det ville være nyfødte spædbørn, der ikke ville overleve, hvilket ikke virker hverken moralsk rigtigt eller retfærdigt ud fra Lippert-Rasmussens teori, da det ville skade både barnet og dets familie, hvis det ikke bliver reddet. Der diskrimineres både mod dem i starten og slutningen af livet i flere af disse teorier, men ikke dem i midten af livet, der er de mest sunde og tjener pengene til vores samfund og sundhedssystem. Det er dog dem, der i spørgsmålet om genoplivning bliver diskrimineret imod, da de ikke får den

samme ret som personer over 60 år.

Som Mentzelopoulos med flere skriver, er der seks principper, der skal overholdes i forhold til genoplivning: Autonomi, ærlighed, gavnlighed, ingen ondskab, værdighed og retfærdighed. (Mentzelopoulos et al. 2018, s. 704-705). Hvis disse principper bliver overholdt, er der en større sandsynlighed for, at de mennesker, der fravælger genoplivning, har gjort det ud fra et informeret valg og ikke er blevet tvunget ud i at træffe valget.

De forskellige niveauer af alderisme som Ayalon og Tesch-Römer præsenterer, kan være medvirkende grunde til, at den alderisme, der finder sted på micro-niveau, både i samfundet og i de teorier der er lavet for at fordele ressourcer, sker af de grunde der fokuserer på individerne imellem. På meso-niveau fokuseres der på grupper, organisationer osv., og på macro-niveau er det på kulturelle og sociale værdier (Ayalon og Tesch-Römer, 2018, s. 4). Der er forskellige teorier indenfor disse tre niveauer, som er blevet beskrevet tidligere, men de er alle mulige grunde til, at alderisme er opstået. Pointen er, at uanset hvilken eller hvilke af grundene, man er mest tilhænger af for at kunne forklare alderisme, er det et faktum, at den eksisterer i vores samfund. Ayalon og Tesch-Römer giver os, som tidligere nævnt, ikke nogen begrundelse for, at alderisme er moralsk forkert, selv om de skriver, at det er det. Derfor er de udelukkende i stand til at pege på, hvordan det kan være opstået i samfundet, hvilket her er med til at give os et større billede af, hvordan det kan være, det er til stede flere steder i vores samfund, specifikt i vores sundhedssystem.

Konklusion

Diskrimination er ifølge Lippert-Rasmussen essentielt et spørgsmål om forskelsbehandling, hvor man behandler, eller vil behandle, en person bedre end en anden. Da det ikke er en del af definitionen på diskrimination, at det er moralsk forkert eller uretfærdigt, vurderes dette ud fra skadestilgangen. Man vurderer, om noget er moralsk forkert eller uretfærdigt ud fra, hvorvidt det skader personen eller mindsker dennes livskvalitet. Positiv særbehandling er, når personer, der er blevet diskrimineret imod, får en form for forskelsbehandling, der kommer dem til gode. Her bruges livskvalitetsargumentet i vurderingen af, hvorvidt denne særbehandling øger den samlede form for livskvalitet. Ifølge Lippert-Rasmussen er der dog problemer med denne metode, da han ikke mener, at det kan forsvare positiv

særbehandling, at der kan være tilfælde, hvor diskrimination vil øge livskvaliteten.

Alderisme er diskrimination ifølge Butler. Han har dog større fokus på holdninger til personer, end man ser i Lippert-Rasmussens definition på diskrimination.

Den alderisme, som ældre bliver udsat for, er med til at sænke deres livskvalitet. Dette sker både via handlinger mod ældre og stereotyper om dem. Ayalon og Tesch-Römer kommer med flere sociologiske forklaringer på, at alderisme er opstået, hvilket giver et større billede af, hvorfor det er en del af de ældres situation i vores samfund.

Ud fra de forskellige teorier om fordelingen af sundhedsressourcer er det muligt, at der er tilfælde af alderisme, der ikke er moralsk forkerte. Det er også muligt at fordele ressourcer, uden at det nødvendigvis kræver et alderskriterie. Dog kan det være sværere at vurdere, om personen selv er ansvarlig for sin tilstand som i Albertsens teori, end det er at kende en persons alder. Det er også muligt at bruge alder på et neutralt grundlag, som Mckie med flere foreslår.

Lovforslaget er en ret, der bliver givet til ældre mennesker. Det er ikke diskrimination mod dem, men mod mennesker der endnu ikke er fyldt 60 år, og derfor er det alderisme. Dog er det svært at vurdere, hvorvidt det er moralsk forkert, da dette ville kræve, at man kunne måle, hvorvidt den samlede livskvalitet øgedes. Det virker ikke umiddelbart moralsk forkert, da det ikke er noget, som personer under 60 år bliver påvirket af som sådan, og på et tidspunkt vil de også få tildelt retten, når de selv bliver 60 år. Det er snarere en form for positiv særbehandling af ældre, da det er en ret, de får tildelt. Lovforslaget gør det muligt for personer over 60 år selv at kunne fravælge genoplivning i de tilfælde, hvor de ikke er i et aktuelt sygdomsforløb. Det er en rettighed, de får tildelt, som flere ældre ønsker. Det er muligt, med Brocks teori, at de ældres livskvalitet øges i takt med, at de får mere selvbestemmelse over deres liv, og ud fra dette vil det ikke være moralsk forkert, at de ældre får denne ret, medmindre det mindsker nogle andres livskvalitet og medfører, at den samlede livskvalitet ikke bliver forøget. Derfor er lovforslaget alderisme, men det er ikke et udtryk for moralsk forkert diskrimination, men en form for positiv særbehandling til fordel for personer over 60 år, derfor er det positiv diskrimination.

En videre undersøgelse af lovforslaget vil kunne indeholde, hvordan det i praksis vil skulle udføres, specielt i forhold til lægen. Da det er lægen der får ansvaret for at tage samtalen

med personen der ønsker at fravælge genoplivning, dette er en samtale der tager tid, hvilket der skal tages højde for, samt hvordan lægen vil blive honoreret.

Litteraturliste

- Albertsen, Andreas (2020) *Personal Responsibility in Health and Health Care: Luck Egalitarianism as a Plausible and Flexible Approach to Health*, Political Research Quarterly 2020, Vol 73(3) s. 583-595
- Ayalon, Liat og Tesch-Römer, Clemens (2018) Contemporary perspectives on Ageism, *Introduction in to the section: Ageism – Concept and Origin*, s. 1-10, Springer Open
- Blixt, Liselott m.fl. (2021) *Beretning over forslag til folketingsbeslutning om habile alderssvækkede ældres ret til fravalg af genoplivning*, https://www.ft.dk/ripdf/samling/20201/beslutningsforslag/b3/20201_b3_beretning.pdf
- Sundhed.dk, *Behandlingstestamente*, Borger.dk <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/Patientrettigheder/behandlingstestamente>, sidst tilgået: 21/5-22
- Brock, Dan (1993) *Quality of Life Measures in Health care and Medical Ethics*, The Quality of life, edited by Martha Nussbaum og Amartya Sen, Oxford University Press, s. 95-128
- Butler, R. N. (1969) *Age-ism: Another Form of Bigotry*, The Gerontologist, 1969, Vol.9 (4-Part-1), p.243-246
- Callahan, Daniel (2007) *Setting limits medical goals in an aging society*, Georgetown University Press
- Det Etske Råd (2016) *Udtalelse fra Det Etske Råd: Etske overvejelser om selvbestemmelse og palliation ved livets afslutning*, Det Etske Råd
- Farrant, A. (2009) *The fair innings argument and increasing life spans*, Journal of Medical Ethics, Vol. 35, Iss. 1. (Jan 2009) s. 53-56
- Fasting, Susanne (2021) *Ny aftale giver dig ret til en værdig død*, <https://fagligsenior.dk/2020/12/21/ny-aftale-giver-dig-ret-til-en-vaerdig-doed/>, senest opdateret 7/12-2021
- Folketinget (2020) *B 3 Forslag til folketingsbeslutning om habile alderssvækkede ældres ret til fravalg af genoplivningsforsøg*,

<https://www.ft.dk/samling/20201/beslutningsforslag/B3/BEH1-32/forhandling.htm>

- General Medical Council, <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life/cardiopulmonary-resuscitation-cpr>, Sidst tilgået 27/4-2021
- Heissel, Anders (2017) *Lægeformand: Læger tager altid beslutningen om genoplivning*, Ugeskriftet.dk
- Jensen, Per H. og Rostgaard, Tine (2015), *Det aldrende samfund udfordringer og nye muligheder*, Kapitel 1: *Det aldrende samfund – udfordringer og nye muligheder*, side 9-13, Frydenlund, redigeret af Per H. Jensen og Tine Rostgaard
- Kidholm, Maiken Langhoff og Pedersen, Karen Steenvinkel Emtekjær (2021) *Når ældre patienter (+60 år) oplever, at alder har betydning for sygeplejen – et scoping review*, Nordisk sygeplejeforening, Universitetsforlaget Årg. 11, nr. 1-2021, s. 35-52
- Kuhse, Helga og Singer, Peter (1988) *Age and the allocation of medical resources*, The Journal of Medicine and Philosophy, 13, s. 101-116
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2004) *Sær behandling? Betragtninger om positiv diskrimination*, Tidsskrift for litteratur, forskning og undervisning, Årg. 37, nr. 167, s. 46-54
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2007) (a), *Diskrimination: definition og moral*, Politica, 39. årg. nr. 4 2007, 368-384
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2007) (b), *Kapitlerne: Hvad er diskrimination? Og Hvorfor er diskrimination forkert? I Født og forbliver lige og frie? – om diskrimination og etik*, Redigeret af Kasper Lippert-Rasmussen og Jesper Ryberg, Museum Tusculanums forlag.
- Løntoft, Signe (2019) *Svækkede ældre kan miste retten til at dø i fred*, Altinget, <https://www.altinget.dk/artikel/svaekkede-aeldre-kan-miste-retten-til-at-doe-i-fred>

- Løntoft, Signe (2022) *Regeringen vil give alle over 60 år ret til at sige nej til genoplivning*, Altinget, <https://www.altinget.dk/artikel/regeringen-vil-give-alle-over-60-aar-ret-til-at-sige-nej-til-genoplivning>
- Mckie, John, Kuhse, Helga, Richardson, Jeff og Singer, Peter (1996) *Allocating Healthcare By QALYs: The Relevance of Age*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics
- Mentzelopoulos, Spyros D., Slowther, Anne-Marie, Fritz, Zoe, Sandroni, Claudio, Xanthos, Theodoros, Callaway, Clifton, Perkins, Gavin D., Newgard, Craig, Ischaki, Eleni, Greif, Robert, Kompanje, Erwin og Bossaert, Leo (2018) *Ethical challenges in resuscitation*, Intensive Care Med (2018) 44: 703-716
- Palmore, Erdman B. (1999) *Ageism negative and positive*, Springer Publishing Company
- Shaw, A. B. (1994) *In defence of Ageism*, Journal of medical ethics; 20: s. 188-191.
- Steenberger, Anne (2012) *Uenigheder mellem læger og patienter om genoplivning*, Ugeskriftet.dk
- Styrelsen for Patientsikkerhed, *Fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning*, <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/den-sidste-tid/spoergsmaal-og-svar-om-genoplivning/> sidst tilgået 28/5-22
- Sundhedsministeriet (2020) *Politisk aftale om Det Gode Ældrelev*, <https://sum.dk/nyheder/2020/december/politisk-aftale-om-det-gode-aeldreliv->
- Van de Glind, Esther MM, van Munster, Barbara C, van de Wetering, Fleur T, van Delden, Johannes JM, Scholten, Rob JPM og Hooft, Lotty (2013) *Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly a systematic review*, BMC Geriatrics 2013, 13:68
- Vandrevalla, Tushna, Hampson, Sarah E., Arber, Sara og Thomas, Hilary (2006) *Dilemmas in Decision-Making about Resuscitation: A Focus Group Study of Older People*, Social Science and Medicine, 2006, 62 7): 1579-1593
- Vognsen, Hans Jørgen (2017) *Genoplivning på plejehjem*, Ugeskriftet.dk

- Ældresagen (2021) *Svækkede ældre skal kunne fravælge genoplivning*,
<https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/doeden/synspunkt/svae-kkede-aeldre-skal-kunne-fravaelge-genoplivning>, Sidst opdateret: 20/10-2021