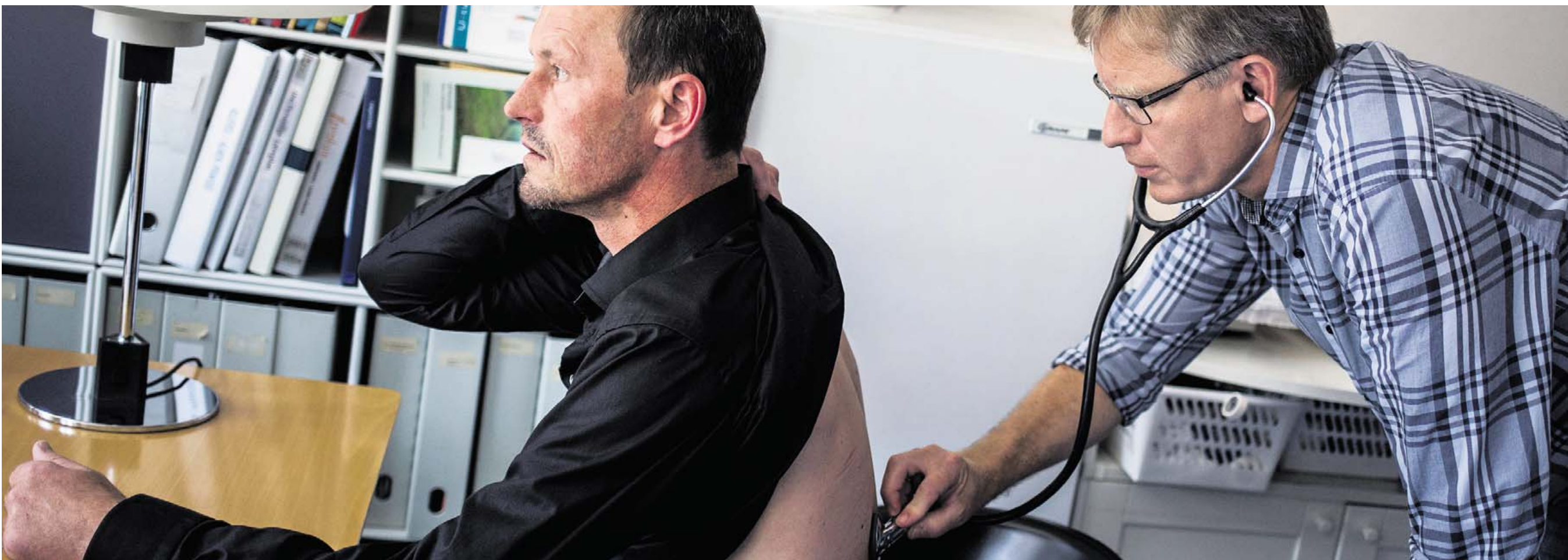


1/5 af par med to mænd, der i 2014 indgik ægteskab, blev viet i kirken

1/4 af par med to kvinder blev viet i kirken

Kilde: Danmarks Statistik



KONSULTATION. Danske mænd går sjældent til lægen og har en væsentligt lavere middellevetid end kvinderne. Mændene tror de er sunde og raske, hvis ikke de er rigtig syge. Derfor benytter de sjældent forebyggende sundhedstilbud. Arkivfoto: Simon Fals

Sundhed. Danske mænd går ikke til lægen

Der skal andet end pjecer og kampagner til, hvis danske mænd skal gå mere til lægen og leve længere.

ANALYSE

De seneste år er der gennemført mange forskellige sundhedskampagner med det formål at få mænd til at tage deres sundhed alvorligt. Mænd er blevet gjort en stor indsats, og målgruppen mænd har fået megen opmærksomhed. Alligevel lever mænd fortsat kortere tid end kvinder, faktisk lever mænd i gennemsnit ca. fem år kortere end kvinder.

Mænd vurderer også overordnet deres helbred bedre end kvinder: i følge tal fra Sundhedsstyrelsen mener 87 procent af danske mænd, at de har et godt helbred i forhold til 83 procent af kvinderne. Det er til trods for, at mænd

har en hyppigere forekomst af de fleste af de sygdomme, der er fælles for begge køn.

Mange af de forhold, der ligger bag mænds dødelighed og sygelighed, kan forebygges, men mænd er underforbrugere af forebyggende sundhedstilbud. Til trods for at kommunerne tilbyder gratis sundhedstilbud f.eks. rygestopkurser, vægttabshold og kost- og motionsvejledning igennem deres sundheds- og forebyggelsescentre, som blev etableret efter den nye sundhedslov og kommunalreform i 2007.

I RØDOVRE Sundhedscenter, som jeg har undersøgt, er knap en fjerdedel af de borgere, der henvender sig for at få hjælp til at stoppe med at ryge eller tabe sig mænd. Når der er et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud blandt mænd, er det derfor relevant at undersøge, hvorfor sundhedscentre ikke trænger igennem til denne målgruppe.

De interviewede mænd i min afhandling er kortuddannede mænd i alderen 35-60 år, og de benyttede sig ikke af kommunens sundhedstilbud, da de var af den overbevisning, at de var sunde. Også selvom nogle af dem røg, ikke fik bevæ-

get sig nok eller spiste lidt for meget slik. De var heller ikke syge, og dermed mente de også, at de måtte gå under betegnelsen sund, for dem var sund lige med ikke-syg.

Sundhed er svært at formidle til mænd, som i forvejen opfatter sig selv som sunde. Derfor skal sundhed være relevant og meningsfuldt for mænd, før de vælger at opsøge fagpersoner, der kan hjælpe dem.

Det er typisk for mænd at reagere på sygdom ved at distancere sig fra den og andre mennesker. Adfærden kalder sund-

hedsforsker Simon Sjørup Simonsen for 'ronkedorfænomenet', der refererer til, hvordan gamle hanelefanter ved alvorlig sygdom distancerer sig fra elefantflokkene og går af sig selv for at dø.

Denne afvisning af sygdom resulterer i, at alt for få mænd går til lægen eller henvender sig i deres sundhedscenter.

Det er vigtigt at formidle sundhed til mændene på nye måder. Senest har coachen Jacob Søndergaard i DR's primetime-program 'Rigtige mænd' fået fem jyske håndværkere til at få sundere vaner ved at bruge en særlig taktik: At forlange

mindre, end de forventede, og på den måde gøre de nye, sundere vaner overkommelige.

Jacob Søndergaard fik mændene til at indse, at det var relevant for dem at forbedre deres sundhed.

Forhåbentlig er mandlige seere blevet inspireret af at se, at 'rigtige mænd' både kan være maskuline og sunde. Det er nemlig motivationen, som er altafgørende for, at mænd vil forbedre deres sundhed.

DERFOR NYTTER det ikke noget at forsøge at nå mændene ad de traditionelle markedsføringskanaler, som brochurer, annoncer og hjemmesider, da disse hverken appellerer til målgruppen eller motiverer dem til at tilgænge sig en sundere adfærd. Der skal nemlig noget andet til.

Først og fremmest skal målgruppen af mænd identificeres og afgrænses ud fra forskellige relevante variable som erhverv, alder og socioøkonomiske forhold.

Det er væsentligt ikke at skære alle over én kam, men i stedet sætte sig ind i målgruppens behov og værdier for at målrette sundhedsformidlingen til dem. Også med forbeholdet at sundhed ikke nødvendigvis er attraktivt for alle.

For det andet er formidlingen af sundhedsbudskabet vigtigt. Det skal være meningsfuldt og slå på værdier, som målgruppen kan relatere til: f.eks. at være sund for at kunne arbejde og være sammen med familien.

Fordelene ved at gøre noget nu og her – og ikke kun på langt sigt – skal være synlige for at være relevante.

FOR DET TREDJE bør der inddrages nye måder at nå målgruppen. Det kan være ved at lave opsøgende arbejde og gå i dialog med mændene, hvor de færdes f.eks. på arbejdspladsen eller i sportsklubben. Her kan det sundhedsfaglige personale tale med målgruppen og lave sundheds-tjek, der kan gøre mændene opmærksomme på risikofaktorer – og via disse resultater vise, at deres helbred faktisk ikke er så godt, som de tror.

Det vil være en ny måde at formidle sundhedsbudskaber på, og budskaberne vil således nå ud andre steder end dér, hvor de traditionelle markedsføringskanaler kan nå.

analyse@pol.dk

Liv Martinsen er kommunikations- og udviklingskonsulent i Rødovre Kommune

Middellevetiden for 0-årige blandt mænd og kvinder

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2013

	MÆND		KVINDER	
	2010	2013	2010	2013
Hovedstaden	76,2	77,5	80,6	81,7
Sjælland	75,6	76,9	80,2	81,2
Syddanmark	76,6	77,8	80,8	82,0
Midtjylland	77,4	78,8	81,4	82,5
Nordjylland	76,6	78,4	80,5	81,7
Danmark	76,5	77,9	80,8	81,9

... Dødens dilemmaer vil altid overleve

går lægen ud over sin normale rolle i mindst to henseender.

For det første skal lægen drage omsorg for at lindre patientens lidelser, hvilket ikke er foreneligt med at slå patienten ihjel. Omsorgens fokus skal være patienten som et levende væsen og skal gives indtil døden, ikke for at opnå døden.

For det andet bliver lægen uundgåeligt trukket ind i at træffe beslutninger og foretage vurderinger, som han eller hun ikke i kraft af sin ekspertise som læge har særlige forudsætninger for at foretage. For mange studier har vist, at patienterne ikke efterspørger aktiv dødshjælp alene på grund af fysiske lidelser. Ønsket om at fremskynde døden skyldes altid flere forskellige faktorer og involverer også f.eks. eksistentielle, filosofiske, psykologiske og religiøse spørgsmål, som klart ligger uden for den lægefaglige kompetence.

AT DET ER uforeneligt med lægerollen at udføre aktiv dødshjælp, er efter min mening et stærkt argument for, at det er urimeligt at pålægge læger som gruppe at udføre aktiv dødshjælp, også selv om patienten selv anmoder om det. Desuden må det forventes, at det kan skabe problemer i læge-patient-forholdet, hvis lægen bryder med sin normale rolle. For nogle patienter vil lægens rolle måske blive uklare, hvilket kan føre til en manglende tillid til, om lægen i alle tilfælde faktisk kan forventes at varetage patientens interesser.

Et helt andet problem er, om det kan ændre forståelsen af omsorg på en måde, som vil forringe den palliative indsats, hvis aktiv dødshjælp lovliggøres og bli-



Selve dette at lovliggøre aktiv dødshjælp skaber en række nye dilemmaer og har en række negative følgevirkninger, som man også er nødt til at tage i betragtning

om at lovliggøre aktiv dødshjælp op til behandling, kunne det efter min mening være en god idé at overveje, om det kunne være andre end læger, der varetager opgaven. I staten Oregon i USA har man f.eks. vedtaget en løsning, hvor det ganske vist er læger, der udskrives en recept på den dødelige medicin, men hvor medicinen overbringes til patienten af privatpersoner fra en særlig organisation, hvorefter patienten selv tager medicinen. Der er altså tale om hjælp til selvmord, hvor lægerollen ikke i samme grad udfordres, som hvis lægen også er den, der giver injektionen.

HVIS MAN ØNSKER at lovliggøre aktiv dødshjælp, er det nødvendigt at tage stilling til, hvem der skal have adgang til ydelsen. Det er også nødvendigt at tage stilling til, hvem der skal afgøre, om en given person skal have adgang til ydelsen. Man må også forholde sig til, om patienterne skal informeres om, at de kan

en accepteret praksis i det offentlige sundhedsvæsen. Hvis døden bliver medtænkt som et alternativ til pleje og lindring, vil omsorg måske ikke længere være ensbetydende med at være der for og give støtte til patienten, uanset hvad der sker.

Hvis politikerne tager spørgsmålet om aktiv dødshjælp op til behandling, kunne det efter min mening være en god idé at overveje, om det kunne være andre end læger, der varetager opgaven. I staten Oregon i USA har man f.eks. vedtaget en løsning, hvor det ganske vist er læger, der udskrives en recept på den dødelige medicin, men hvor medicinen overbringes til patienten af privatpersoner fra en særlig organisation, hvorefter patienten selv tager medicinen. Der er altså tale om hjælp til selvmord, hvor lægerollen ikke i samme grad udfordres, som hvis lægen også er den, der giver injektionen.

HVIS MAN ØNSKER at lovliggøre aktiv dødshjælp, er det nødvendigt at tage stilling til, hvem der skal have adgang til ydelsen. Det er også nødvendigt at tage stilling til, hvem der skal afgøre, om en given person skal have adgang til ydelsen. Man må også forholde sig til, om patienterne skal informeres om, at de kan

få adgang til ydelsen, hvis de opfylder de opstillede kriterier for at få adgang. Alle tre spørgsmål rummer vanskelige dilemmaer.

I forbindelse med det første spørgsmål er en almindelig holdning, at aktiv dødshjælp kun skal tilbydes til beslutningshabile patienter, som er uafvendeligt døende. For eksempel skal personer med en psykisk lidelse ikke have adgang til aktiv dødshjælp, fordi deres ønske kan være foranlediget af den psykiske lidelse.

Men hvordan kan man afgøre, om en person er beslutningsdygtig og uafvendeligt døende – og hvem skal afgøre det? Og hvorfor egentlig begrænse adgangen til at få udført aktiv dødshjælp til beslutningshabile og uafvendeligt døende? For også i uhabile personer, som ikke er uafvendeligt døende, kan formodentlig være ubærlige lidelser. Så er det ikke uretfærdigt at afskære dem fra at modtage aktiv dødshjælp? Det skal her nævnes, at man i nogle lande har opgivet kravet om, at kun beslutningsdygtige personer kan få aktiv dødshjælp. I Belgien er det således muligt for multihandikappede børn at få aktiv dødshjælp under særlige omstændigheder.

Også det sidste spørgsmål er vanskeligt at håndtere. Lidt polemisk kan man måske sige, at det er svært at informere en patient om, at han eller hun formodentlig har ret til at få udført aktiv dødshjælp, uden at dette samtidig kan opfattes som en åben invitation, der kan lægge et vist pres på patienterne. At muligheden for aktiv dødshjælp overhovedet eksisterer, kan for nogle patienter udgøre en begrundelse for at tage imod den for ikke at være til besvær.

PROBLEMSTILLINGERNE ovenfor er ikke de eneste, man kan pege på. Det kan f.eks. også diskuteres, om en lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil ændre vores menneskeopfattelse, herunder vores opfattelse af menneskelivets ukrænkelighed, hvordan en lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil påvirke og involvere patientens pårørende, eller om lovliggørelse af aktiv dødshjælp fører til en glidebane, hvor flere og flere personer får mulighed for at få udført aktiv dødshjælp, eventuelt uden at de selv har samtykket til det, osv.

Men også uden at gå ind i disse problemstillinger håber jeg, at min pointe er blevet klar: Om aktiv dødshjælp skal lovliggøres eller ej, er udtryk for en afvejning. Netop derfor mener jeg også, det er vigtigt at vurdere, hvor mange patienter der må formodes at have et ønske om aktiv dødshjælp, der er foranlediget af ubærlige lidelser.

DA DET ETISKE RÅD lavede sin udtalelse om aktiv dødshjælp i 2012, bad vi nogle eksperter om at vurdere mulighederne for lindring af smerter og andre former for fysisk ubehag. Spørgsmålet var særligt, i hvilke typer af situationer smertelindring, beroligende medicin og anden palliativ behandling ikke er tilstrækkeligt til at fjerne stærke smerter eller væsentligt fysisk ubehag.

Vurderingen var, at det kun yderst sjældent, og måske i realiteten aldrig, er umuligt at bringe uafvendeligt døende patienters fysiske smerter og anden form for fysisk ubehag ned på et for patienten acceptabelt niveau. Det betyder ikke, at patienten kan blive fuldstændig fri for fysisk ubehag, men der er ikke tale om et



Vurderingen var, at det kun yderst sjældent, og måske i realiteten aldrig, er umuligt at bringe uafvendeligt døende patienters fysiske smerter og anden form for fysisk ubehag ned på et for patienten acceptabelt niveau

ubehag, der i sig selv kan betegnes som en ubærlig lidelse. I de tilfælde, hvor det fysiske ubehag ikke kan bringes ned på et for patienten tåleligt niveau, skyldes det ifølge eksperterne derfor enten, at patienten ikke indvilliger i at modtage den optimale behandling, eller at det sundhedsfaglige personale ikke er i stand til at give den optimale behandling. Ifølge de adspurgte eksperter er de palliative muligheder således så veludviklede, at behovet for at udføre aktiv dødshjælp skønnes at være forsvindende lille. Dette hænger også sammen med, at de relevante patienter ændrer opfattelse af livet og dets indhold i løbet af sygdomsforløbet. Hvad der forud for sygdomsforløbet forekom personen at være en helt utålelig livssituation, kan derfor være acceptabelt og tåleligt, når patienten faktisk står i situationen, fordi han eller hun har ændret sin forståelse af og forventninger til tilværelsen undervejs i forløbet.

Det er i forlængelse heraf vigtigt – og overses også ganske ofte i debatten – at lovgivningen rummer nogle bestemmelser, som modvirker, at patienten kommer til at lide unødigt i den sidste tid in-

den døden. Det gælder f.eks. paragraf 15 i sundhedsloven, ifølge hvilken ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, og paragraf 25, stk. 3, ifølge hvilken en uafvendeligt døende patient kan modtage de mest tiltende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om det kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

JEG VIL TIL slut sammenfatte min holdning til diskussionen om aktiv dødshjælp på den følgende måde: Der er ingen enkle løsninger og ingen indlysende rigtige svar. Men lad os under alle omstændigheder forsøge at undgå forsimplerede diskussioner, hvor vi tager udgangspunkt i enkeltsager og fokuserer på enkelte værdier som for eksempel selvbestemmelse uden at have blik for, at en patients evne for at træffe valg kan påvirkes af den situation, han eller hun befinder sig i.

Vi er nødt til at forholde os til alle de mangfoldige hensyn, der er involveret, for at få en tilstrækkeligt nuanceret diskussion.

JACOB BIRKLER