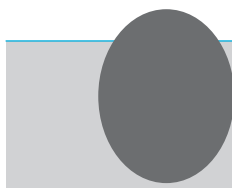


# ● Nærhedsetik – når etikken byder sig selv

Af Jacob Birkler

Det er i de tætte relationer til patienten, at etikken opstår, heraf navnet nærhedsetik. Patienten placerer en pligt hos lægen, en pligt, lægen ikke kan fralægge sig, medmindre lægen reducerer det andet menneske til et fagligt objekt. At handle etisk forudsætter derfor indlevelse, deltagelse og engagement i mødet med patienten.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis



## Biografi

Jacob Birkler er uddannet filosof og ph.d. i medicinsk etik. Han er formand for Det Ethiske Råd og arbejder som lektor på Jordemoderuddannelsen, UC-Syd.

## Forfatters adresse

Kirkegade 185,  
6700 Esbker.  
jaca@esenet.dk

Du kommer kørende på en øde landevej i din bil. Pludselig ser du en nødstedt i vejkannten. Du identificerer hurtigt en mand med åbent benbrud, hvor blodet strømmer fra det ene ben. Hvad vil du gøre? Vil du gøre det samme, hvis du har dine nye bukser på, som du netop har købt for 1.000 kr. Du skal nu forestille dig, at du efter hjemkomsten finder et brev fra Folkekirkens Nødhjælp, der appellerer til din hjælp. De ønsker 1.000 kr., hvor pengene imidlertid ikke går til en person med benbrud, men går til utallige mennesker, der hver dag lider på vej mod sultedøden. For 1.000 kr. vil du ikke blot kunne hjælpe en enkelt med benbrud, men et langt større antal mennesker, der lider hver eneste dag. Eksempelvis koster et myggenet en dollar, hvilket redder liv hver dag. Hvad gør du?

Hvis du vælger at hjælpe i det første eksempel og undlader at hjælpe i det sidste eksempel, vælger du at gøre som de fleste. Adskillige undersøgelser viser, hvordan langt de fleste vil hjælpe den nødstedte i vejkannten, men fravælger hjælpen til de nødstedte, der lider i lande langt væk (1, 2). Men her synes der at opstå et paradoks. Hvorfor hjælper vi ikke der, hvor hjælpen nytter mest? Hvis vi tænker nøje efter, er det ulogisk at hjælpe den nødstedte i vejkannten uden at hjælpe de mange sultende i verdens udviklingslande.

Gennem de senere år er der gjort mange forsøg på at håndtere dette

I

umiddelbare paradoks. Nogle teoretikere appellerer direkte til vores intellekt og begynder at stille etiske kalkuler frem, der viser nødvendigheden og rationalet i at hjælpe verdens fattigste (3, 4). Andre bringer os en evolutionistisk forklaring, hvor urmennesket kun overlevede gennem altruistiske handlinger i flokken, parallelt med de mere egoistiske handlinger, der kom til udtryk i mødet med den fremmede stamme, som levede på den anden side af bjerget (2). Endvidere kan det konstateres, hvordan hjernen reagerer forskelligt, når en person præsenteres for de to etiske situationer ovenfor (1). Det er imidlertid fortsat et stridspunkt, hvorvidt og hvordan vi kan forklare menneskets etiske adfærd gennem studier af hjernens anatomi og fysiologi.

Etisk-filosofisk har der imidlertid længe været fokuseret på det, der adskiller vores etiske færden i det direkte møde med det andet menneske til forskel fra adfærden over for mennesker langt væk. Eksempelvis har Løgstrup (5) og Levinas (6, 7) fremsat en nærhedsetik, der peger på vigtigheden af den umiddelbare nærhed i mødet med det lidende menneske. I nærværet med den lidende bliver den etiske forpligtelse ikke en pålagt opgave, men noget jeg umiddelbart pålægger mig selv. Det er således kun i mødet med den anden, at etikken får et indhold. Levinas (1906-1995) var jøde og oplevede i tysk koncentrationslejr, hvordan nazisten ikke kunne gøre ham ondt, hvis øjenkontakten var etableret. Nazisten skød således ikke jøden mellem øjnene men skød ham i nakken. Hvis nazisten ville skyde jøden mellem øjnene, skulle der skabes en afstand på flere meter. Alternativt skulle jøden have bind for øjnene eller hætte over hovedet. Sidstnævnte praksis har været gængs i mange år i de lande, hvor dødsstraf er tilladt. I det direkte møde ansigt til ansigt skabes der en appel om hjælp, der kun fjernes gennem maskering eller afstand.

Set i en klinisk-medicinsk sammenhæng vil nærhedsetikken pege på vigtigheden af det direkte møde med patienten (8). Set i det lys skal værdier såsom respekt, åbenhed, ansvarlighed osv. ikke formuleres og præsenteres i glittede foldere eller fine guldrammer på danske hospitaler. Tværtimod får værdibegreber kun tilført et indhold i mødet med patienten. Etik og dermed grundværdier er ikke begreber vi bringer ind i patientrelationen, men derimod et værdifuldt greb i praksis, der afstemmes i det direkte møde med patienten. Lægen møder i overvejende grad mennesket som patient, men set fra en nærhedsetisk vinkel er mennesket ikke kun patient, men også agent. En agent er handlende og kan agere i forholdet til andre mennesker. Dette skal selvsagt ikke forstås fysisk, men derimod fænomenologisk, hvor lægen ansigt til ansigt lader patienten agere, dvs. lader ham »fortælle« (verbalt såvel som nonverbalt), hvori den værdifulde pligt består. Hvad lægen derfor etisk bør gøre, er set fra en nærhedsetisk vinkel ikke en forhandlet opgave, men et bud, der opstår i mødet med patienten ansigt til ansigt. Af den grund er det ikke lægen, men derimod patienten, der mere eller mindre tavst definerer det etiske grænseområde.



Vi vil helt spontant gøre, hvad vi kan for at hjælpe, hvis vi ser patienten og situationen i øjnene. Det er denne helt naturlige spontanitet, der opstår i mødet med andre mennesker, der er kilden til vores etiske normer. Foto: Jacob Birkler.

Bevæger vi os fra den filosofiske abstraktion til den kliniske praksis kan et eksempel med fordel præsentere den nærhedsetiske pointe. Fra min tid som forsker på Onkologisk Afdeling på Vejle Sygehus husker jeg en dagvagt, hvor jeg fulgte sundhedspersonalet blandt de indlagte kræftpatienter (9). En patient med iransk baggrund lå på en tosenstue, hvor familien ofte var til stede i sin mangfoldighed. I reglen befandt der sig mellem 6 og 11 familiemedlemmer på stuen, hvor støjniveauet var højt. Særligt børnebørnene lavede postyr på stuen gennem deres leg omkring sengelejet. Den iranskfødte patient delte stue med en stærkt afkræftet patient, der var svær at smertedække. Da jeg på et tidspunkt havde forladt stuen sammen med sygeplejersken, spurgte jeg hende, om hun ikke så et etisk dilemma i situationen. Men det gjorde sygeplejersken ikke. Jeg spurgte, om hun ikke havde tænkt på det dilemma, der opstod i plejen af de to patienter på stuen. Hvordan kunne hun på den ene side respektere den megen postyr på stuen i forbindelse med de mange støjende familiebesøg og på den anden side tilgodese plejen af patienten, der lå i sengen ved siden af? Sygeplejersken svarede:

*»Det tænker jeg ikke sådan over... ofte fortæller situationen mig, hvad der er rigtigt og forkert... hvis jeg er i tvivl, får jeg det at vide af patienten«.*

Hun fik ret, da jeg senere på dagen direkte henvendte mig til patienten der lå ved siden af den iranskfødte patient. Jeg spurgte, om han ikke

havde været generet af den megen støj og postyr på stuen i tilknytning til de mange familiebesøg. Det havde han ikke. Tværtimod udtrykte han glæde over, at der var så meget liv på stuen, når der i øvrigt var så meget sygdom og sorg på afdelingen. Til trods for, at jeg selv havde befundet mig i situationen, havde jeg ikke »set« patienterne, men derimod reflekteret over de mange etiske værdier, der var knyttet til situationen, hvilket jeg havde identificeret som et dilemma. Sygeplejersken reflekterede derimod ikke over situationen, men så patienten og så dermed, at der ikke var noget dilemma i situationen. Sygeplejersken handlede nærhedsetisk, hvor jeg reflekterede pligtetisk.

Det, der står tilbage, er en forståelse af nærhedsetik som en praksis, hvor etikken byder sig selv i den konkrete situation. Sundhedspersonale fører med andre ord ikke etik ind i situationen, men får derimod etik ud af den konkrete situation.

I modsætning til nærhedsetikken finder vi de kanoniserede etiske teorier, der præsenteres på sundhedsuddannelserne (10). Særligt den deontologiske pligtetik og den teleologiske nyttetik er gængs på pensumlisterne. Hvad enten der fokuseres på humanistiske pligter eller nytteetiske kalkuler reduceres etikken til et redskab eller instrument, der skal fungere som løsningsstrategi, når det trækker op til etisk uvejr i lægens arbejde.

Nærhedsetikken fokuserer ikke på fagetiske *redskaber* men derimod på personlige *egenskaber*. Som udgangspunkt er nærhedsetikken således tømt for indhold og giver ikke påbud om at gøre noget, men derimod et påbud om at *være* noget. Etik er ikke et bestemt redskab, instrument eller en logisk tankerække, der trækkes frem af lommen, når etikken skal takles. Tværtimod er det situationen, relationen eller sammenhængen der bærer fortællingen om den etisk duelige læge. Rudolph Arendt har beskrevet pointen på følgende måde: »Hvis logik er det, som siger sig selv, så er etik det, som byder sig selv« (11). Med nærhedsetikken håndterer lægen de vanskelige etiske situationer på baggrund af en erfaringsmæssig og karakterbåren evne til at lade situationen fortælle om godt og ondt, rigtigt og forkert, for herigennem at lade etikken byde sig selv. Situationen viser sig, og lægen giver sig for derigennem at lade etikken byde sig selv. Lettere forsimplet bør lægen ud fra nærhedsetikken ikke gå til etiske lærebøger, hvis tvivlen rejser sig, men gå (tilbage) til patienten. Det er først i denne relation, at etikken får tilført et værdifuldt indhold.

Med nærhedsetikken udspringer de moralske anvisninger i det konkrete møde med patienten. Umberto Eco formulerer det således: »Den etiske dimension begynder, når den anden kommer ind på scenen« (12). I dette konkrete møde viser der sig et ansvar for det andet menneske, ikke som et frit valg, jeg påtager mig, men snarere som en absolut fordring eller pligt, der hviler på mine skuldre.

Men hvad er det, der sker, når vi møder den nødstedte i vejkanalen med åbent benbrud? Jeg bliver menneskeliggjort som et medmenneske.

Ifølge Levinas bliver vi således først menneskelige, når den anden gør mig til medmenneske. Det er gennem denne ekstreme humanisme, at nærhedsetikken finder sin rod. Påstanden er, at vi helt spontant vil gøre, hvad vi kan for at hjælpe, hvis vi ser patienten og situationen i øjnene. Det er denne helt naturlige spontanitet, der opstår i mødet med andre mennesker, der er kilden til vores etiske normer. Hertil vil de fleste sikkert indvende, at der netop er mange, som går forbi den nødstedte. Men ud fra nærhedsetikken sker det i forsøget på at overvinde den naturlige impuls. Konkret begynder nogle at reflektere over en mulig grund til ikke at hjælpe. Måske har vi ikke tid, vil ikke blande os, fralægger os ansvar, eller når frem til andre begrundelser for ikke at hjælpe. Hovedtanken er her, at viser spontaniteten sig ikke, er der behov for at genskabe den naturlige impuls, der ligger i at være ansvarlig over for sine medmennesker. Det er således i de tætte relationer til patienten, at etikken opstår, heraf navnet nærhedsetik (eller relationsetik, interdependensetik). Patienten placerer en pligt hos lægen, en pligt, lægen ikke kan fralægge sig, medmindre lægen reducerer det andet menneske til et fagligt objekt. Med nærhedsetikken bør lægen ikke blot forpligte sig formelt og fagligt, men også tillade at patienten skaber en forpligtelse i det direkte møde. At handle etisk forudsætter derfor indlevelse, deltagelse og engagement i mødet med patienten.

*Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet.*

## Litteratur

1. Greene J, Sommerville RB, Nystrom LE et al. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science* 2001;293:2105-8.
2. Greene J. From neural 'is' to moral 'ought': what are the moral implications of neuroscientific moral psychology? *Neuroscience* 2003;4:847-50.
3. Singer P. Famine, affluence, and morality. *Philosophy and Public Affairs* 1972;1: 229-43.
4. Singer P. Det liv du kan redde. Grib ind og stands verdens fattigdom. København: Kristeligt Dagblads Forlag, 2009.
5. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956.
6. Lévinas, E. Totalitet og uendelighed. Et essay om exterioriteten. København: Hans Reitzels Forlag, 1996.
7. Lévinas, E. Fænomenologi og etik. København: Gyldendal, 2002.
8. Tauber AI. The call of the other. I: Confessions of a medicine man. Cambridge: MIT Press, 1999.
9. Birkler J. Etisk håndværk. Håndtering af etiske dilemmaer i klinisk sygepleje. København: Munksgaard, 2009.
10. Birkler J. Etik i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2006.
11. Arendt R. Det byder sig selv. Bibl Læger 1999;191:236-47.
12. Eco, U. Moralske tanker. København: Forum, 1998: 82.