

---

## Er barmhjertighetens tid forbi?

---

KRONIKK

KARIN STRAUME

Fylkeslegen i Finnmark  
Statens hus  
9815 Vadsø  
og Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

---

Moderne biomedisinsk etikk beskjeftiger seg mest med vurdering av tekniske løsninger og er langt på vei en avpersonifisert etikk, der pasientene fremstår som abstrakte fenomener. Den personlige relasjonen mellom lege og pasient har kommet ut av fokus. Samtidig er samfunnsutviklingen preget av en lovregulert rettighetstenkning som har skapt polarisering i lege-pasient-forholdet. Har denne utviklingen ført til at de hippokratiske verdiene er blitt kastet ut som barnet med badevannet?

I vårt daglige møte med enkeltpasienter opplever vi etiske utfordringer som den moderne biomedisinske etikk ikke kan hjelpe oss med. Vi trenger en ny debatt om vårt profesjonelle sinnelag. Den retningen innen etikken som kalles ”nærhetsetikk” har mange verdifulle impulser å bidra med i denne diskusjonen.

---

Tidsskriftets julenummer i fjor (nr. 30/2000) brakte en samling interessante artikler om humanisme og medisin. Artikkelen vekker tanker om hvilke typer kompetanse vi trenger som leger og hva som skal være verdigrunnlaget for vår virksomhet i årene fremover. Jeg oppfatter disse artiklene som startskuddet for en debatt. Etter å ha lest artikkelen om verdigrunnlaget for medisinen i kommende tider (1), sitter jeg igjen med en ubehagelig følelse: Her er det noe viktig som mangler.

Jeg arbeider mye med turnusleger i kommunehelsetjenesten, unge kolleger som gjør sine første selvstendige yrkererfaringer og opplever at det bildet de har hatt av sin legerolle utfordres. Det har undret meg mange ganger hvor uforberedt de er på de etiske og personlige utfordringene som møter dem. Medisinsk etikk er relativt godt representert i dagens studieplaner, men tar den fatt i de riktige problemstillingene?

---

## Utviklingen av profesjonens verdigrunnlag

For vestlig medisin har den hippokratiske legeed fra 400 – 500 år f.Kr. vært gjeldende yrkesetisk kodeks. Den norske lægeforenings etiske regler fra 1961 (med endringer, senest i 1997) (2) bygger fortsatt i stor grad på de hippokratiske prinsippene (3), selv om nye elementer er kommet inn. Helt frem til vår tid har samfunnet betraktet denne moralske kodeks som tilstrekkelig garanti for forsvarlig yrkesutøvelse, og først i det 20. århundre ble det innført juridiske reguleringer av profesjonen gjennom egne lover. De siste par tiårene har det skjedd en nærmest eksplosiv utvikling av antall lover, forskrifter og andre formelle krav som innvirker på legers virksomhet.

Den hippokratiske legeetikk var utelukkende opptatt av å regulere det personlige forhold en lege skal ha til sine pasienter (og sine lærere!) (4). Perspektivet er de nære relasjonene i legens praktisk yrkesutøvelse.

Ved siden av profesjonsetikken har det, særlig i det siste hundreåret, utviklet seg en medisinsk etikk som er preget av den generelle samfunnsutviklingen. Den moderne medisins vitenskapelige fremskritt har tvunget frem nye etiske grenseoppganger. De rådende etiske prinsipper på andre samfunnssektorer blir naturlig nok også gjort gjeldende for helsevesenet. Troen på hva man kan regulere ved lover og forskrifter er blitt nesten like grenseløs som troen på vitenskapens muligheter. Nærmest umerkelig har fokus for den medisinske etikken skiftet fra den intime lege-pasient-sfæren til en global og langt mer teoretisk arena.

Dagens rådende medisinske etikk har en helt annen agenda enn den hippokratiske legeetikk. Nestoren i medisinsk etikk i Norge, Knut Erik Tranøy, beskriver i sin siste bok *Den nye biomedisinske etikken* (5), der hovedelementene er (pasientenes) autonomi, integritet og informert samtykke. Konflikten står mellom konsekvensetikk og pliktetikk, og de sentrale problemstillingene er knyttet til livets yttergrenser og den moderne medisins flytting av disse grensene. I tillegg trekkes også prioriteringsdebatten inn.

Etter min mening er den moderne biomedisinske etikk på denne måten blitt avpersonifisert fra å gjelde forholdet til pasienten som enkeltmenneske, til å gjelde pasienten som abstrakt fenomen. Den omhandler alle mennesker like mye som den pasienten jeg sitter overfor akkurat nå. Den er mer opptatt av å vurdere mulige etiske implikasjoner av medisins teknologiske landevinninger enn av relasjonen til de levende pasientene jeg faktisk forholder meg til (6). Og lege-pasient-forholdet domineres stadig mer av et lovverk som fremholder pasientens rettigheter overfor meg i stedet for mitt etiske ansvar. Hva dette har gjort med det emosjonelle klimaet mellom lege og pasient er for øvrig godt beskrevet i Legeforeningens innspill til Verdikommisjonen: "Fra legekunst til medisinsk teknologi. Hva gjør de helsepolitiske reformene med lege-pasient-forholdet?" (7).

Begreper som barmhjertighet er nærmest blitt skjellsord i den offentlige debatt (mens Legeforeningen heldigvis gjeninnførte dette begrepet i sine etiske regler i 1994!) (2). Blant allmennheten brukes nå begrepet barmhjertighet mest i sammenstillinger som barmhjertighetsdrap og kobles også i denne forbindelse sammen med rettigheter. Alle skal ha rett til omsorgsfull helsehjelp, ingen skal være overlatt til andres barmhjertighet. Alt dette er vel og bra som rettesnor for overordnede prioriteringer og

prinsipielle avgjørelser. Selvfølgelig må den medisinsk-etiske debatten beskjeftige seg med spørsmål om teknologiske inngrep rundt livets yttergrenser, men hvis vi reduserer den medisinske etikken til bare å omhandle disse temaene, vil vi stå ribbet tilbake. Hvor er det blitt av de normene som kan veilede oss i vårt daglige møte med pasienter? ”For mye vekt på teknologi, lover og rettigheter vil kunne redusere mulighetene for at den humanistiske og mellommenneskelige relasjonen i lege-pasient-forholdet kan få utvikle seg,” skriver Legeforeningen (7).

Geir Sverre Braut skriver i Tidsskriftets julenummer om verdigrunnlaget for medisinen i kommende tider (1) at ”også forteljningane som seier oss noko om korleis den gode lege bør handle, må få vere ein naturleg del av det faglege fellesskapet”. Han tar utgangspunkt i Morells seks kjerneverdier i lege-pasient-relasjonen (8) (på engelsk ”confidence”, ”confidentiality”, ”competence”, ”contract”, ”community responsibility” og ”commitment”). Men derfra beveger Braut seg opp på et abstraksjonsnivå hvor i hvert fall jeg faller av lasset, og han avleder fire grunnverdier hvor jeg bare finner igjen små fragmenter av de grunnleggende relasjonsverdiene. Hans grunnverdier er: menneskeverdets ukrenkelighet, likeverdig fordeling av medisinske tjenester, faglig forsvarlighet og innsynsrett/forutsigbarhet. Disse verdier er tidsriktige og samfunnsnyttige, men hvor er det blitt av de tidløse verdiene som vår profesjon har støttet seg på i 2 500 år?

Med en abstrakt, biomedisinsk etikk som eneste ballast er det rimelig at turnuslegene føler seg hjelpeløse i sine første, sterke møter med lidende mennesker i vanskelige livssituasjoner. Her opplever de en etisk utfordring som er kvalitativt forskjellig fra de teoretiske problemstillingene som studiet har forberedt dem på. I etikkundervisningen må vi også løfte frem verdier og tilnæringsmåter som kan gi dem hjelp til å møte denne etiske appellen fra enkeltpasienter. Det er ikke nok å nevne disse verdiene i festtalene og i innledninger og avslutninger på artikler om vårt etiske grunnlag. Relasjonsverdiene må inn igjen som grunnverdier i vår medisinske etikk. Den etikkretningen som benevnes ”nærhetsetikk”, har etter min mening mye å bidra med til forståelsen av de etiske utfordringene vi møter i klinisk praksis og i utformingen av vårt verdigrunnlag.

---

## Hva kan vi lære av nærhetsetikken?



Illustrasjonsfoto SCANPIX

Nærhetsetikk er betegnelsen på en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter forholdet mellom et ”jeg” og et ”du” i sentrum (9). De fremste eksponentene for denne retningen er den litauisk-franske filosofen Emmanuel Levinas (1906 – 95) og den danske teologen Knud E. Løgstrup (1905 – 81). Her hjemme har særlig Arne Johan Vetlesen og Harald Jodalen bidratt til å gjøre disse tankene kjent (9).

Sentralt i Levinas’ etikk står begrepet ”møtet med Den andres ansikt” (10). Når vi møter et annet menneske, ansikt til ansikt, på et likestilt nivå av felles menneskelighet, våkner vår etiske bevissthet. Den andres ansikt utsteder en ubedt appell om ansvar, et ansvar som er mitt, ikke noen annens eller hvermanns. Ansiktet eksponerer nakenheten, nøden, det trengende hos Den andre. Ansiktet er den rene, ikke-forstilte sårbarheten, som uvegerlig gir meg et ansvar jeg ikke fritt kan velge om jeg vil eller ikke vil ta på meg.

Levinas setter her fingeren på et dypt menneskelig fenomen. Slik vekkes vår etiske bevissthet og slik fortsetter den å pirres gjennom hele vårt liv. Hvem har ikke fortvilet forsøkt å vende seg bort fra ansiktene som taler til oss fra TV-skjermen? Et tall på 100 000 lidende etter en flomkatastrofe er lettere å distansere seg fra enn ett lidende ansikt. Både mediene og reklamebransjen vet til fulle å utnytte dette.

Også i vårt yrkesliv møter vi disse ansiktene. De blir mer påtrengende når vi møter dem som hele mennesker i deres sosiale kontekst, med den samme menneskelighet, de samme følelser, behov og lengsler som oss selv. Ikke pasienten som fenomen, fødselsnummer eller diagnose, men som den nakne sårbarheten vi sitter overfor ansikt til ansikt.

Løgstrup bruker begrepet ”den etiske fordring” (11) når dette ansvaret vekkes i oss. Han beskriver tilliten (12) som en grunnforutsetning for all menneskelig kommunikasjon. Ved at et ”jeg” går inn i kommunikasjon med et annet menneske utleverer det seg selv i håpet om respons på sin henvendelse. Den tillit et annet menneske viser meg ved å henvende seg til meg, stiller meg overfor en fordring om å ta vare på den andre. Ved å utlevere seg, gir den andre meg en makt over seg med muligheter for omsorg eller ødeleggelse. Og jeg gjør det samme når jeg kommer ham i møte. Menneskelig kommunikasjon blir da en kontinuerlig veksling (interdependens) mellom selvt levering og makt. Dette samspillet mellom utleverthet og makt gir opphavet til det grunnleggende etiske krav vi stilles overfor.

Hos Løgstrup er dette en allmenn beskrivelse av hvordan den etiske bevissthet vekkes. For leger, som i allmennhetens bevissthet har makt over liv og død, blir det en spesiell utfordring ikke å la maktposisjonen dominere i dette forholdet. Lege-pasient-forholdet er i utgangspunktet asymmetrisk. Men mange av oss har erfart at de gangene vi trer ut av denne asymmetrien, når vi går inn i en reell interdependens mellom makt og utleverthet på likefot med pasienten, kan den virkelig gode kommunikasjonen oppstå. Dette likeverdige møtet med åpen kommunikasjon gjør noe med oss; vi risikerer at vår sjel blir berørt. Advarende pekefingerer heves og man sier at dette skaper usunne bindinger, at det truer profesjonaliteten. Men er det ikke nettopp dette som gir grobunn for den profesjonaliteten som Hippokrates hevdet: At vår grunnleggende profesjonelle oppgave er å bruke vår kompetanse til å gjøre vel mot de menneskene som søker oss?

Nærhetsetikken er lite opptatt av normer og regler. Slik jeg oppfatter det, er den mer opptatt av å forstå mellommenneskelige relasjoner enn å stille opp regler for dem. Ifølge Løgstrup er den etiske fordring ”taus” (13) i den betydning at den ikke gir noen konkrete anvisninger for hvordan vi skal handle. Det eneste den slår fast, er at det som skal gjøres, skal gjøres for den andres skyld. De konkrete handlingene skal springe ut av ”spontane livsytringer” og ikke av regler. Som eksempler på spontane livsytringer nevner han tillit, barmhjertighet, talens åpenhet, kjærlighet, oppriktighet, troskap, medfølelse, håp og indignasjon. Livsytringene er muligheter, ikke normer. Det handler om holdninger, om måter å møte andre mennesker på og den innstilling vi møter dem med.

Den moderne biomedisinske etikk er blitt så opptatt av å ivareta rettigheter og vurdere tekniske løsninger at den langt på vei har mistet det profesjonelle sinnelaget av syne. Nærhetsetikken minner oss om hvor viktig vår innstilling til andre mennesker er, også i vår yrkesutøvelse. Og den gir oss nyttig innsikt i hvordan disse innstillingene dannes og hvordan vi skal forholde oss til de etiske impulsene vi kjenner på i vår kliniske praksis.

---

## Et overveldende ansvar?

Når den etiske appellen treffer oss i møtet med den enkelte pasient, kan ansvaret ofte føles overveldende. Jeg tror det bl.a. henger sammen med den rettighetstenkningen som etter hvert også dominerer lege-pasient-forholdet. Den andres (pasientens) ansikt appellerer ikke lenger bare om å ”alltid trøste, ofte lindre, noen ganger helbrede”.

Ansiktene presenterer rettigheter til den beste utredningen med den korteste ventetiden og den mest moderne behandlingen uten bivirkninger eller komplikasjoner, og det er legens plikt å skaffe dette til veie. Dessuten forventes det at legen skal ta ansvar for den sykes livsopphold (trygdeytelser), nære relasjoner og livsstilsvalg. Hvis vi ikke stiller opp eller hvis noe går galt, finnes alltid mediene og tilsynsmyndigheten som ris bak speilet.

Rettighetstenkningen har ført til en polarisering i lege-pasient-forholdet som gir skrinne kår for den mellommenneskelige samhandlingen (7). Det kan lett oppstå konflikter mellom det pasienten forlanger, eller det vi tror han forlanger fordi vi leser alle lovverkets og mediernes krav inn i den ubedte appellen som møter oss fra hans ansikt, og det vi makter å gi ham uten å utslette oss selv.

Appellen fra Den andres ansikt vil alltid være der og den etiske fordring vi alltid pirre oss, så lenge vi har vår menneskelighet i behold og ikke lukker oss til for å skjerme oss. Samtidig tyder alt på at de formelle kravene til oss bare vil øke i årene fremover. Utfordringen blir å beholde ”berørbarheten” for den etiske appellen og stadig få fornyet det gode sinnelag gjennom et langt legeliv, uten å bukke under for et overveldende ansvar.

---

## Answarets grense og rettferdighetens begynnelse

Levinas avgrenser seg klart mot at denne berørbarheten skulle ha noe med psykologi å gjøre, at det skulle dreie seg om viljesbestemte eller følelsesmessige anlegg hos oss – slik som altruisme eller evnen til medlidenhet eller empati (14). For ham er det rett og slett en allmennmenneskelig forklaring på vår etiske bevissthet, og det er den som konstituerer vår menneskelighet. Møtet med Den andres ansikt initierer det etiske ansvaret med ufravikelig nødvendighet, rett og slett fordi den menneskelige natur er slik. Men han får et problem når Den andre får konkurranse av Den tredje og Den fjerde osv. Har vi like stort ansvar for dem alle, og hvordan skal vi i tilfelle makte det? Her står vi ifølge Levinas ved ”ansvarets grense” og ved begynnelsen av spørsmålet om rettferdighet. Rettferdigheten innebærer en bevissthet, og den fordrer refleksjon, avveining, sammenlikning osv., altså langt mer teoretiske tilnærminger enn den intuitive etiske fordring som oppstår i møtet med den enkelte.

Kanskje kan dette skillet hjelpe oss å møte utfordringen med å bevare berørbarheten uten å bukke under for ansvaret? Kanskje må vi operere med to forskjellige dimensjoner i vår medisinske etikk? En dimensjon som går på sinnelaget i møte med den enkelte pasient, og en annen som tar seg av mer teoretiske tilnærminger til pasientenes og samfunnets krav og forventninger? Ingen av disse to dimensjonene må

fortrenge den andre, og de må henge sammen på et vis og være innbyrdes konsistente. Og begge dimensjonene må belyses både i vår grunnutdanning og gjennom vår livslange læring.

---

## Avslutning

Nærhetsetikken alene er ikke tilstrekkelig som verdigrunnlag for den medisinske etikken, men den kan bidra med viktige verdier som har vært lite synlige i de senere års debatt. Jeg vil slå et slag for en ny diskusjon om vårt profesjonelle sinnelag, og hvordan dette skal foredles gjennom etikkundervisningen og i vår videre- og etterutdanning. Hvis vi vil bevare det gode sinnelag som et viktig element i vår yrkesetikk, trenger vi noe mer enn den biomedisinske etikken å støtte oss på. Nærhetsetikken bidrar ikke med regler og normer, men den kan gi inspirasjon til utforming av pedagogiske metoder for å arbeide med vårt profesjonelle sinnelag. Jeg tror vi må arbeide aktivt med slike metoder i årene fremover, for det gode sinnelag kommer ikke av seg selv og motkreftene er sterke.

I likhet med forfatteren av Stortingsmelding nr. 26 for 1999 – 2000 Om verdier i den norske helsetenesta (15) håper jeg at ikke ”rolla som helsearbeider etter kvart blir jamnstelt med andre tenesteytande yrkesroller i eit heilt vanleg og forretningsmessig bytteforhold”. Det ville verken pasientene, samfunnet eller legestanden være tjent med. Syke mennesker vil til alle tider trenge leger som gir dem omsorg av et godt hjerte. Et samfunn som ikke lenger har plass for barmhjertigheten, blir et kaldt samfunn. Og uten de personlige, nære møtene med pasienter som appellerer til det beste i oss, vil legeyrket bli atskillig mindre meningsfylt.

---

## LITTERATUR

1. Braut GS. Verdigrunnlaget for medisinen i komande tider Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3743 – 5.
2. Årbok 2000 – 2001. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
3. Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications/USA, 1996.
4. Kjønstad A, Syse A. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. (Gjengir den hippokratiske lege-ed i Axel Strøms oversettelse fra 1976.) Oslo: Ad notam Gyldendal, 1992.
5. Tranøy KE. Medisinsk etikk i vår tid. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
6. Wyller VB. Gi keiserens hvad keiserens er Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3062 – 5.
7. Fra legekunst til medisinsk teknologi. Hva gjør de helsepolitiske reformene med lege-pasient-forholdet?  
[www.legeforeningen.no/nyheter/fraleg/horinger/verdkom/htm](http://www.legeforeningen.no/nyheter/fraleg/horinger/verdkom/htm)
8. Smith R. Medicine's core values. BMJ 1994; 309: 1247 – 8.

9. Vetlesen AJ, red. Nærhetsetikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
  10. Levinas E. Den Annens humanisme. Oversatt og utgitt av A. Aarnes. Oslo: Aschehoug, 1993.
  11. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1962.
  12. Løgstrup KE. Trust as a fundamental part of human existence. I: Vetlesen AJ, Jodalen H, red. Closeness. An Ethics. Oslo: Universitetsforlaget, 1997: 71 – 89.
  13. Andersen S. KE Løgstrups etik. I: Vetlesen AJ, red. Nærhetsetikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996: 50 – 100.
  14. Vetlesen AJ. Emmanuel Levinas. Vetlesen AJ, red. Nærhetsetikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996:
  15. – 49. 15. St.meld. nr. 26 (1999 – 2000). Om verdier for den norske helsetenesta.
- 

Publisert: 10. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.