

# Menneskesyn

Professor Povl Riis

Det er sjældent, man går forgæves efter et gængs dansk ord i Ordbog over det danske sprog [1] og i supplementsværket Nye ord i dansk 1955-75 [2], men det var tilfældet med søgeordet *menneskesyn*. Da ordet er vigtigt som overbegreb for etikken i sundhedsvæsenet, gjordes et nyt forsøg i Danmarks nationaleleksikon, og her var der bid [3]. *Thomassen & Kock* angiver ganske vist heller ikke i dette værk, hvornår ordet menneskesyn første gang optrådte på dansk, men de oplyser om ordets betydning, med et filosofisk og eksistentielt udgangspunkt. Deres overordnede definition er »opfattelse af menneskets væsen og plads i natur og samfund«, og de betegner menneskesyn som »et grundlæggende element i enhver filosofisk helhedsopfattelse« og inddrager kristendommen, med bl.a. *Løgstrup*, hvis menneskesyn karakteriseres som »en metafysisk naturalisme«.

Efter disse leksikalske og encyklopædiske søgninger vil vægten blive lagt på begrebet menneskesyns *betydning* i det sprog, som i etiske sammenhænge anvendes i sundhedssektorens møde med patienter og pårørende. Her er begrebet i mindre grad først udtrykt overordnet og teoretisk for derefter at blive appliceret på dagligdagens situationer. Snarere er udtrykket menneskesyn et kondensat, afledt af den daglige adfærd ved mødet med patienter og pårørende samt de resulterende professionelle beslutninger.

## Lægeuddannelse og menneskesyn

Først sent er de humanistiske sider af lægers arbejde og møde med patienterne blevet en formaliseret del af de medicinstuderendes uddannelse og blevet et element af videre- og efteruddannelsen for læger. For mange har disse vigtige sider af lægers uddannelse og virke kun været til stede i indirekte form, dvs. de kunne – hvis opmærksomheden var til stede – udledes af den kliniske hverdag, i form af lægers og sygeplejerskers adfærd over for patienter og pårørende.

## Etik, menneskesyn og Montesquieus tredeling

I et andet indlæg i Ugeskriftets temanummer om etik er etikken placeret over den internationalt nævnte struktur, *makroniveauet*, hvor lovgivningen finder sted, *mesoniveauet*, hvor lovgivningen administreres overordnet og bedømmes og dømmes, samt *mikroniveauet*, hvor blandt andet det sundhedsfaglige arbejde og den tilhørende videnskab finder sted [4]. Hermed har *Montesquieus* opdeling af samfundsfunktionerne i de lovgivende, de dømmende og de udførende deres logiske placering. Etikken med de underliggende immaterielle værdier har jeg her og andetsteds valgt at placere i *supramakroniveauet*.

Værdierne kan i konkrete valgsituationer vægtes forskelligt. Indgår de derimod i begrebet menneskesyn, bør de være koblet stærkere til hinanden, så menneskesyn i højere grad er en personligt, bestående opfattelse af andre mennesker, dvs. et etisk beredskab mere end en håndbogspræget struktur for analyse af konkrete etiske problemer.

Koblingerne mellem værdierne skal eksemplificeres nøjere som forudsætning for overensstemmelse mellem etik og menneskesyn.

Medmenneskelighed skal f.eks. kobles til ligeværd, dvs. at medmenneskeligheden ikke i sig selv er tilstrækkelig, hvorved den risikerer at blive en »skråt nedadrettet hjælpepligt«. I stedet skal ligeværddet mellem hjælper og den, som skal hjælpes, fastholdes trods den fagligt-tekniske skævhed i rollefordelingen.

Et andet eksempel på den nødvendige integrerede kobling mellem etikens grundlæggende værdier er sandheden, som, hvis den forvaltes uden kobling til medmenneskelighed og empati, kan føre til umenneskelighed og svigt. Det samme gælder friheden i form af patienters valgmuligheder, som løst fra medmenneskelighed og empati kan transformeres til patienters ret til selvdestruktion.

## Menneskesynets universer

Menneskesynet opererer i forskellige niveauer, selv om det ideelle måtte være, at det ikke kendte til grænser. Universerne kan spænde fra den rene egocentri, over familie, interessegrupper, faglige grupper, egen nationalitet og til et globalt fællesskab. Også sundhedssektoren rummer en del af menneskesynets stratificering. Klinikerne har brug for ikke at mindske menneskesynets nationale univers, der som ideal bør omfatte hele samfundet, fordi netop sygdom rammer så bredt, at »de mange måder, man kan være dansker på« vil dukke op. Et sådant socialt uafhængigt menneskesyn har vundet stærkt frem i løbet af 1900-tallet, og de bagvedliggende værdier fra supramakroniveauet har efterhånden fundet vej til dansk lovgivning, så sikkerhed og respekt for patienter og pårørende er øget i takt med et mere synligt og mere etisk acceptabelt menneskesyn. Det samme gælder for forsøgspatienter, som ved lovgivning og oprettelse af et videnskabsetisk komitéssystem har opnået et grundlæggende ligeværd over for forskeren, skal møde sandhed og frihed i en forståelig formidlingsform og har fået ret til at forlade selv en igangværende og tidligere accepteret videnskabelig undersøgelse.

Rangstilling af patienters sygdomme er endnu ikke forsvundet. Ej heller opfattelsen af, at der kan tales om »selvfor skyldte sygdomme«, dvs. forestillinger om at man er berettiget til at udøve »moralsk diagnostik«. Endog optræder

rangstillingen også over for andre sygdomme end dem, som hænger sammen med livsførelse og forbrug.

Aktuelt er også begrænsninger i det personlige univers for menneskesynet, så patienter af fremmed etnisk herkomst kan risikere at befinde sig marginalt i eller uden for universet, også når de ikke selv fastholder en marginalisering.

I det globale perspektiv omfatter menneskesynet ideelt medmenneskelighed på trods af fysiognomiske, kulturelle, religiøse, politiske og økonomiske forskelle, som de kendes fra mange ulande. De etiske problemer, sådanne forskelle og uligheder rejser i klinisk hjælpearbejde og i forskningssamarbejde mellem ulande og økonomisk udviklede lande, omtales i et andet bidrag til denne serie [5].

### Hvad kan vi gøre for at udvikle det professionelle menneskesyn?

Vi skal ikke vælge mellem evidensbaserede faglige præmisser på den ene side og et positivt menneskesyn og empati på den anden side. Intet taler imod, at vi som klinikere og forskere kan kombinere det varme hjerte og det kølige faglige overblik. Falske antagonismer hjælper os ikke. Vi skal turde lukke mere humaniora ind i studenterundervisningen, selv om vi ved, at det altid er tungt at henvide noget af det eksisterende, detaljerede og kognitive stof til specialstudierne og til opslagsværker, inkl. internettet. Initiativer i denne retning

er i de seneste år taget, og forståelsen for flere initiativer er voksende [6].

Foruden at vore professionelle interventioner afspejler det menneskesyn, vi bærer med på arbejde, er sproget, vi benytter, ofte en stærk signalgiver om vort menneskesyn, både det verbale og det nonverbale. Derfor skal sproget også med i styrkelsen af de humanistiske elementer i sundhedsuddannelserne, primært det verbale. Men det nonverbale plejer at følge trop, hvis menneskesynet hviler på medmenneskelighed og de øvrige immaterielle værdier fra etikken, og hvis det talte og skrevne sprog er udviklet til også at udtrykke følelser og værdier på en troværdig måde.

Korrespondance: Povl Riis, Nerievej 7, DK-2900 Hellerup.

Antaget: 10. maj 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Dallerup V. Ordbog over det danske sprog. København: Det Danske Sprog- og Litteraturselskab, 1932.
2. Petersen PR. Nye ord i dansk 1955-75. København: Gyldendal, 1984.
3. Thomassen N, Kock CH. Menneskesyn. Den Store Danske Encyklopædi. København: Gyldendal, 1999, bind 13:155-6.
4. Riis P. Behovet for nye begreber. Ugeskr Læger 2004;166:2333-4.
5. Aagaard-Hansen J, Johansen MV, Riis P. Forskningsetik i et ulandsperspektiv. Ugeskr Læger 2004;166:2345-7.
6. Riis P. Humanistiske fag og kunst som led i lægers uddannelse. Ugeskr Læger 2000;162:6981-3.

## Autonomien og dens grænser

Lektor Peter Rossel

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Medicinsk Videnskabsteori

I løbet af de seneste 25 år er der sket en markant ændring i opfattelsen af de etiske aspekter af læge-patient-forholdet: Fra en medicinsk paternalisme, hvor lægen træffer beslutninger på patientens vegne ud fra en vurdering af patientens bedste interesser, til en betoning af respekten for patientens autonomi eller ret til selvbestemmelse. Det er en udvikling, der afspejler sig i hele den vestligt orienterede bioetik, og den er i Danmark bl.a. kommet til udtryk i lov om patienters retsstilling, der trådte i kraft den 1. oktober 1998 [1]. I lovens formålsparagraf (§ 1) står der således, at »Loven skal medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres. Loven skal endvidere medvirke til at sikre tillids- og fortrolighedsforholdet mellem patient og sundhedsperson«.

Med begrundelse heri er kravene til information og samtykke blevet betydeligt skærpet i forhold til tidligere lovgivning. Et andet udtryk for denne udvikling finder man i den nyligt udsendte rapport fra Sundhedsstyrelsen: Fosterdiagnostik og risikovurdering [2]. Heri redegøres der for, hvad der benævnes som to forskellige paradigmer for fosterdiagnostik: »forebyggelsesparadigmet« og »selvbestemmelsesparadigmet« med en anbefaling af sidstnævnte. På baggrund af denne udvikling er der god grund at underkaste »patientens autonomi« en nærmere analyse.

### »Autonomi« er mangetydig

»Autonomi« er et mangetydigt begreb. I *The Theory and Practice of Autonomy* peger *Gerald Dworkin* indledningsvis på, at »autonomi« anvendes i en ekstrem bred betydning bl.a. følgende: »Frihed (negativ eller positiv i *Berlins* terminologi) ... selvbestemmelse ... værdighed, integritet, individualitet, uafhængighed ... kritisk refleksion ... fravær af ydre påvirkning ... viden om egne interesser« [3]. *Dworkin* konkluderer, at om-