

PER SUNDSTRÖM

Hur bör medicinsk etik bedrivas?

I *Filosofisk tidskrift* nr 1 1993 recenserar Torbjörn Tännsjö Knut Erik Tranøys lärobok *Medisinsk etikk i vår tid*. Jag kommer i det följande inte att lägga mig i Tännsjös bedömning av Tranøys bok. Emellertid ägnar Tännsjö en ansenlig del av sin recension åt en mer allmän principdiskussion om vad medicinsk etik kan och bör vara. Det är denna allmänna diskussion, som är både tankeväckande och kontroversiell, som jag här vill kommentera.

Torbjörn Tännsjö uppställer två som han menar "radikalt olika" sätt att bedriva medicinsk etik. Å ena sidan har vi *tillämpad etik*, där generella moraliska principer tillämpas på konkreta fall. Syftet är då att "kritiskt och systematiskt finna kategoriska svar" på frågor om rätt och fel handlande inom sjukvården. Detta är Tännsjös eget sätt att bedriva medicinsk etik. Mot den tillämpade etiken ställer han en medicinsk etik som sysslar med att "beskriva, systematisera och i viss mån kritisera" föreställningar om rätt och fel som vid en viss tidpunkt och i ett visst socio-kulturellt sammanhang finns inom sjukvården. De moraliska föreställningar det här är frågan om "lever" i praxis och sedvänjor, i etiska regelsamlingar och i reflexioner kring regler och praxis.

1. Vilseledande retorik om den tillämpade etikens förmenta överlägsenhet

Torbjörn Tännsjö utvecklar en märklig retorik när han skall göra en jämförande värdering av de två typerna av medicinsk etik han skisserat. Först påstår han att det är "orimligt att påstå att den ena uppfattningen av ämnet är 'riktigare' än den andra". Detta klingar ju tolerant, och man kunde av fortsättningen vänta sig en plädering för en *pluralistisk* ideologi: flera olika tillvägagångssätt kan vart på sitt sätt ge värdefulla resultat. Av sådan pluralism blir dock intet, utom

antydningssvis på ett ställe där Tännsjö i sin kritik av Tranøy menar att denne "åtminstone borde inta en öppen hållning här, och godta *båda* angreppssätten". Men pläderingen för öppenhet framstår som ett tvetydigt undantag, och man har skäl att undra om öppenhet är en dygd också för en tillämpad etik som Tännsjö själv. För strax tillägger han att i valet mellan de två angreppssätten är det "rimligast att välja att se på medicinsk etik som tillämpad etik", ty detta är "en intressantare och mer tankeväckande verksamhet". Och redan dessförinnan har han menat att den tillämpade etiken är "den mest intressanta" och den som gett "de bästa bidragen", medan däremot det andra sättet att bedriva medicinsk etik avsätter "vaga plattityder" och för övrigt "tämligen magra resultat".

Summa summarum menar Torbjörn Tännsjö att det är orimligt att påstå att den form av medicinsk etik som ger de intressantaste och bästa resultaten är "riktigare" än den som åstadkommer motsatsen. Jag finner detta vilseledande. Varför med sådan emfas förneka att den form av medicinsk etik som man anser vara intellektuellt – filosofiskt och vetenskapligt – överlägsen andra former i en helt rimlig bemärkelse av ordet är "riktigare" än dessa andra? Tännsjös kommentar i termer av riktighet förefaller vara en sakligt tom retorisk gest, en reflex måhända av att det är god ton i de flesta akademiska filosofiska sammanhang i vår tid att alldeles självklart förneka att något inom etiken skulle kunna vara "riktigt" i betydelsen "sant". Men använder man nu ordet "riktig"/"riktigare", bör man vara medveten om allt vad det ordet kan betyda förutom "sann"/"sannare".

2. Den tillämpade etikens första problem: behovet av tro på en normativ etisk doktrin

Trots tvetydigheten i Torbjörn Tännsjös sätt att uttrycka sin uppfattning, behöver man inte sväva i tvivelsmål om att han anser att den tillämpade medicinska etik som han själv och andra filosofer, exempelvis Jonathan Glover och Peter Singer, bedriver är mycket bättre än annan medicinsk etik. Men är den det? I det följande skall jag försöka visa att det finns skäl att starkt betvivla att Tännsjö har rätt.

En "tillämpad etik" behöver två ting: en (allmän) normativ etik att tillämpa och ett (speciellt) objekt att tillämpa denna etik på. I Tännsjös fall (han är ju onekligen det mest näraliggande exemplet) kan man vad gäller det första av dessa två ting konstatera, att han bedriver

tillämpad medicinsk etik med stort filosofiskt-doktrinärt självförtroende. Han har en normativ etisk doktrin – en form av hedonistisk utilitarism – som han uppenbarligen hyser stark tilltro till. På visst sätt är han att lyckönska; en stark tro skapar tillförsikt och frimodighet, och att tron i detta fall skänker den troende en klar övervikt av lust över lidande behöver man knappast tvivla på. Sämre ställd i detta avseende är den som inte har den starka tron på någon viss normativ etisk doktrin, hedonistisk-utilitaristisk eller annan; för det förefaller krävas en stark tro på en normativ doktrin för att man med Tännsjö skall kunna bli en kraftfull tillämpad etik, som kan bjuda de moralfilosofiskt oupplysta (t ex genomsnittligt ofilosofisk sjukvårdspersonal) på "kategoriska svar". Bör då den som inte fått tron på någon viss normativ etisk doktrin, och som därför inte bedriver tillämpad etik så som Tännsjö önskar, lämna den medicinska etiken? Han-eller-hon förefaller ju vara dömd att producera "vaga plattityder" och "magra resultat" i jämförelse med vad den normativt troende tillämpade etikern förmår göra.

Om Torbjörn Tännsjös bild av den tillämpade medicinska etikens (t ex i hans egen tappning) överlägsenhet var riktig, vore det förnuftigt och klokt av den normativt-etiskt icke-troende att dra sig tillbaka, av sakliga och personliga skäl. Men Tännsjös bild stämmer inte; och den som inte brukar schemat "tillämpad etik" har ingen omedelbar anledning att kasta in handduken. Den tillämpade medicinska etiken är nämligen behäftad med principiella problem som är minst lika allvarliga som de som den etik som försöker knyta an till aktuella föreställningar i sjukvårdspraxis har att brottas med. Det kunde ju för det första vara så att avsaknaden av en fast tro på någon viss normativ etisk doktrin var ett tecken på gott omdöme – både i allmänhet och moraliskt sett. Visst är det väl uttryck för gott omdöme att inte acceptera en viss normativ doktrin om det visar sig att den i vissa konkreta situationer inte stämmer överens med starka övertygelser man har om vad som är rätt och fel i just dessa situationer? Den som skänkts tron på den normativa doktrinen drar naturligtvis i sådana moraliska konfliktsituationer slutsatsen att han måste reformera sina övriga övertygelser i ljuset av doktrinen. Men den som *inte* skänkts samma fasta tro, han bör avstå från att välja den normativa doktrinen i *ond tro* (till hans övertygelser hör bl a att det i regel är fel att välja och handla i ond tro). För den i denna mening icke-troende, som inte

ser sig föranlåten att i doktrinen ljus ändra på sina övertygelser, framstår tron på den normativa doktrinen som i vilket fall inte mindre godtycklig än hans egna övertygelser. Som människa, utrustad med mänskligt förnuft och mänskliga känslor, kan han därför lugnt avvisa doktrinen, och dess lärjungars, anspråk på etisk överhöghet. Han har ingen plikt att anamma någon viss normativ etisk doktrin, och i allmänhet ingen plikt att anamma ett filosofiskt ideal att etik bör förklaras och föreskrivas normativt med ett enkelt och väldefinierat helhetsgrepp.

Jag har nu kort berört *ett* skäl att vara skeptisk till Torbjörn Tännsjös åsikt att en tillämpad medicinsk etik i hans eller liknande manér är överlägsen andra former av medicinsk etik. Här har det gällt det ena ledet i det metodiska schemat "tillämpad etik": tron på en normativ etisk doktrin. Schemats andra led utgörs av det på vilket doktrinen skall tillämpas, tillämpningsobjektet.

3. Den tillämpade etikens andra problem: behovet av ett välkänt och väldefinierat tillämpningsobjekt

Också frågan om den tillämpade etikens *objekt* är problematisk (för den tillämpade etikern), inte minst inom en så mångfacetterad och komplex verksamhet som medicin och sjukvård. Här möter vetenskapliga och teknologiska tänkesätt mänskliga individer i ett övergripande sammanhang där det handlar om att hjälpa dessa individer. Men vad är då den tillämpade medicinska etikens objekt närmare bestämt? Ja, schemat "tillämpad etik" önskar sig ett väldefinierat och välkänt objekt, som inte bjuder på tvetydigheter eller överraskningar. Komplexa och därför sämre definierade objekt, som dessutom är flertydiga och bjuder på överraskningar, passar inte Torbjörn Tännsjös och liktänkandes strävan att "systematiskt finna kategoriska svar" på moraliska frågor. Problemet är att sjukvården – sitt betydande inslag av naturvetenskap och teknologi till trots – inte bjuder särskilt generöst på den tillämpade etikens idealiska objekt. En huvudorsak till detta är att det är enskilda *människor* som hur som helst bildar kärnan i det objekt som etiken intresserar sig för, samt att det i fallet sjukvård handlar om människor vars välfärd, livsmönster, ibland själva existens står på spel, och som kanske lider svårt. Här kan man förvänta sig att finna det oväntade, det flertydiga och det svårtydda. Redan en människas biologi och fysiologi är kapriciösare och mer individuell än vad

man med tanke på biologins och fysiologins naturvetenskapliga metodologi kanske föreställer sig, och när man skall försöka greppa hela människor – inklusive deras inre, subjektiva världar – med kognitiva medel, skall man finna att den tillämpade etikens idealobjekt befinner sig en bra bit från verkligheten.

Det skall medges att problemet att få grepp om den *verklighet* där etik materialiseras är en utmaning inte endast för den tillämpade medicinska etiken utan också för andra sätt att bedriva medicinsk etik. I den tillämpade etiken så som bl a Torbjörn Tännsjö tänker sig den blir problemet emellertid accentuerat, eftersom den mer eller mindre förutsätter ett distinkt och väldefinierat objekt, lika enkelt och klart som den normativa etiska doktrinen. Vid bruket av schemat "tillämpad etik" finns därför en inbyggd frestelse att förenkla, schematisera och "idealiserar" en verklighet som den tillämpade etikern annars, utanför sitt schema, sannolikt lätt skulle inse vara komplex och svårdefinierad på distans och i de abstraktioner som schemat kräver. Andra former av medicinsk etik – t ex den som Tännsjö anför som den tillämpade etikens motpol – har lättare att förlika sig med en komplex verklighet, eftersom de i regel inte lika starkt som Tännsjö tror att etiken är kapabel att "systematiskt finna kategoriska svar" på moraliska frågor.

4. Om övermaga anspråk på medicinsk-etiska privilegier – hos filosofer respektive vårdens praktiker

Akademiska filosofer med en tidstypisk dragning åt medicinsk etik – exempelvis Torbjörn Tännsjö – gör inte sällan följande distinktion: å ena sidan det sätt på vilket läkare och andra i den praktiska vården tänker och känner, beslutar och handlar, å andra sidan etikens (dvs den akademiska disciplinens) rationella argumentation för att komma fram till vad som är rätt handlande (i den eller den typen av situation). Naturligtvis *kan* man göra en sådan distinktion; något logiskt hinder föreligger inte, och den är fullt begriplig. Brydsamt blir det emellertid om man låter distinktionen bli en distinktion mellan det godtyckliga och det välgrundade. Den akademiska filosofen – såsom exempelvis Tännsjö i det aktuella sammanhanget – tenderar då att hävda att hans rationella rekonstruktioner av vad som försiggår i medicinsk praxis åtnjuter en *kognitivt privilegierad* status i jämförelse med de mentala operationer som verkliga vårdare, läkare och andra, utför i praxis. Detta förefaller mig vara ett övermaga anspråk från filosofens sida,

något han får svårt att göra reda för utan att *utgå* ifrån att han som filosof har övertaget.

Visst är det bra att den filosof som drar in i vårdverkligheten med sitt speciella begreppsliga maskineri *tror* på att detta kan tjäna till att klargöra ett och annat och även till att underlätta vårdarnas sökande efter vad som är ett rätt och gott handlande i vården. Men huruvida detta filosofens bidrag verkligen *är* till gagn för ändamålet, bör avgöras av alla med erfarenheter av själva vårdverkligheten, vårdare och vårdade. Filosofen synes inte ha skäl att *utgå* ifrån att det är de filosofiska verktygen som regelmässigt kommer att kunna visa på vad som är rätt och gott i vården, utan frågan om den akademiska filosofins status i ett medicinskt vårdssammanhang bör på obestämd tid lämnas öppen för erfarenhetens domar.

Sedan är det en annan sak att man med fog kan tänka sig en sociologisk tolkning av filosofers anspråk på kognitiv överhöghet, nämligen som en behändig ideologi för en socialt marginell akademikergrupps strävan att uppnå en mer eller mindre exklusiv expertstatus. Fenomenet kan dessutom tolkas som ett motdrag mot ett traditionsbundet exklusivitetsanspråk så att säga från andra hållet, från vårdprofessionernas, i synnerhet läkarprofessionens sida. Den aktuella distinktionen görs nämligen också från *den* sidan, men då får den följande utseende: å ena sidan abstrakta teoretiska resonemang kring definierade normer och kriterier, resonemang med tvivelaktig verklighetskontakt, å andra sidan den erfarne praktikerns förmåga att i den konkreta situationen se och inse vad som är rätt respektive fel handlande. Här ges det senare ledet i distinktionen en privilegierad status i förhållande till det föregående, och man *utgår* ifrån att det är praktikern som sitter inne med den rätta moraliska insikten. Vilken av de två – den självmedvetne filosofen eller dito praktikern – som är mest övermaga i sitt anspråk kan man knappast svara på generellt. Men det finns goda skäl att distansera sig från båda.

Den gode filosofen kan göra anspråk på en viss överlägsenhet vad gäller begreppslig klarhet, logik och argumentation, och den gode praktikern på motsvarande sätt vad gäller förstahandskontakt med den verklighet där medicinsk etik materialiseras; men inget av detta ger vare sig den ene eller den andre något legitimt allmänt medicinskt-etiskt privilegium. Jag har i den här artikeln velat exponera *ett* försök att från filosofiskt håll, i termer av tillämpad medicinsk etik, sätta sig

på höga hästar. Motsvarande, men med omvända förtecken, kunde i annat sammanhang göras med utgångspunkt i vad någon arrogant praktiker sagt eller skrivit. I båda fallen är det trist att se hur man förskansar sig i egen position och där odlar övermaga anspråk på att vara den som i sista hand skall tala om hur det *egentligen* förhåller sig med rätt och fel inom sjukvården.