

TORBJÖRN TÄNNSJÖ

Replik till Per Sundström

I min recension av Knut Erik Tranöys *Medisinsk etik i vår tid* skilde jag mellan två uppfattningar av ämnet. Det kan (a) bedrivas med syftet att finna kategoriska svar på frågor om rätt och fel handlande inom vården och det kan (b) bedrivas i syfte att beskriva, systematisera och i viss mån kritisera föreställningar om rätt och fel som vid en viss tidpunkt är i svang. Jag hävdade att båda sätten att bedriva ämnet på var försvarliga, inget är "riktigare" än det andra, men jag hävdade samtidigt att det förra sättet är intressantare än det senare. Det har uppväckt Per Sundströms irritation. Han anklagar mig för demagogi och för att vilseleda. Han tycks anse att om ett sätt att bedriva ämnet på ger upphov till intressantare resultat än ett annat, så är det som ger upphov till de intressantare resultaten också det enda riktiga. Det borde jag också tycka, det tycker jag kanske också, insinuerar han, och det borde jag därför ha sagt. Men det stämmer inte. Visst kan man anse att en av två verksamheter är intressantare och viktigare än den andra, utan att för den sakens skull anse att den som är mindre intressant är "oriktig".

Jag anser t ex att filosofi är intressantare än idéhistoria. Om man måste *välja* mellan att inrätta kurser i filosofi och idéhistoria i ett land, vid en viss tidpunkt, så skulle jag argumentera för att man bör inrätta kurser i filosofi. Men jag är glad att inte behöva ställas inför ett sådant val. Inget av de två ämnena är "riktigare" än det andra. Båda bör beredas utrymme i utbildningsväsendet.

Sundström invänder inte när jag hävdar att synsätt (b) tenderar att avsätta tämligen magra resultat. Själv tycker jag att Tranöys bok vittnar om just detta. Men Sundström vill ändå försvara den här typen av medicinsk etik. Hans främsta argument tycks vara att synsätt (a) skulle vara behäftat med ännu värre problem än synsätt (b). Tillämpad

etik, som jag anvisat som den bästa vägen då man vill finna kategoriska svar på frågan vad som bör göras i olika vårdsituationer, är enligt Sundström inte möjlig. Jag delar inte den uppfattningen.

När man söker svaret på praktiska problem inom vården tror jag alltså att den bästa, ja den enda framkomliga vägen är den tillämplade etikens. Det gäller att formulera hållbara etiska principer, det gäller att göra reda för (i det konkreta fallet) relevanta fakta och det gäller att dra en praktisk slutsats. Sundström invänder mot denna modell. De svårigheter han tar upp – och andra – har jag emellertid diskuterat utförligt, bland annat i kapitel 1 av min bok *Vårdetik*, nyss utkommen i en reviderad och utvidgad upplaga på Thales. Jag kan inte se att Sundström tillför diskussionen något nytt.

Det är särskilt två problem Sundström uppehåller sig vid. (1) Hur ska vi finna rimliga moraliska principer att tillämpa i det konkreta fallet? (2) Hur ska vi kunna göra reda för alla relevanta fakta i fallet? Låt mig först säga något om den förra frågan.

Det är svårt att bli klok mera exakt på vilken Sundströms ståndpunkt är när det gäller de generella moraliska principerna. Går han in för vad som kallas "partikularism", åsikten att det inte finns några generella rimliga moraliska principer som kan utgöra utgångspunkten för den tillämplade etiken? Det vore ett sätt att uppfatta hans utsaga att det skulle kunna vara uttryck för gott omdöme att sakna tro på någon viss normativ etisk doktrin. Men det går också att tolka honom som att han håller frågan öppen om existensen av moraliska principer. Han har bara ännu inte för egen del blivit övertygad om rimligheten av någon bestämd sådan.

Om den förra tolkningen av honom är rimlig tror jag han är illa ute. Jag tror att den partikularistiska hållningen leder till skepticism och jag ser ingen möjlighet att utifrån denna ge bidrag till den medicinska etiken. Det skulle emellertid föra alltför långt att i detta sammanhang försöka visa vad jag nu bara kategoriskt påstår. Jag hoppas kunna återkomma till frågan i något annat sammanhang. För att min ståndpunkt ska bli trovärdig måste jag visa att det slags "kasuistisk" medicinsk etik, utan bruk av etiska principer, baserad på resonemang utifrån paradigmatiska fall, som t ex Albert R Jonsen och Stephen Toulmin pläderar för i boken *The Abuse Of Casuistry. A History of Moral Reasoning* (Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press, 1988), är omöjlig.

Om den andra tolkningen av Sundström är rimlig vill jag råda honom att inte ge tappt så lätt. Han bör fortsätta sitt sökandet efter rimliga etiska principer att tillämpa i konkreta fall.

Det handlar inte om att dogmatiskt välja en princip och att knipa ihop ögonen, om den i konkreta fall ger upphov till orimliga slutsatser. Sökandet efter rimliga principer bör tvärt om ske enligt John Rawls' idéer om ett reflektivt ekvilibrium. Det innebär att vi ibland tvingas revidera våra principiella hållningar i ljuset av våra intuitioner i konkreta fall, men det kan givetvis också innebära att vi tvingas ompröva vår hållning till det konkreta fallet. Ibland är det tankeexempel vi reflekterar över, när vi söker oss fram till hållbara moraliska principer, ibland är det verkliga fall. Den tillämpade etiken kan på detta sätt också ge bidrag till den normativa etiken.

Fortsätter Sundström sitt sökande efter hållbara moraliska principer så är det också möjligt för honom att samtidigt, i väntan på mera definitiva resultat, bedriva det slags medicinsk etik jag anser är det intressantast. Det finns många uppgifter, i jakten på kategoriska svar på frågan vad som bör göras i ett konkret fall, som Sundström kan ta sig an, sin agnosticism – då det gäller moraliska principer – till trots. Han kan t ex resonera hypotetiskt. Han kan säga att om vi skulle acceptera en viss moralisk princip, så tycks det som om vi bör handla på ett sätt, om vi skulle acceptera en annan princip, så tycks det som om vi bör handla på ett annat sätt. Han kan påpeka att det är uttryck för missförstånd om man tror att en viss princip hindrar en från att handla på ett visst sätt – om det verkligen *är* ett missförstånd – och han kan påpeka att en viss princip, som ansetts tillåta ett visst beteende, kanske inte alls tillåter det. Bra exempel på denna typ av filosoferande finns i Christian Munthes bok, *Livets slut i livets början* (Stockholm: Thales, 1992). Jag tänker då särskilt på den del av boken där författaren går igenom och diskuterar olika vanliga föreställningar om abortens moraliska status. Allt detta blir meningsfullt som led i en strävan att (till sist) finna fram till kategoriska svar på frågor om hur man bör förfara i kniviga vårdetiska situationer.

När det gäller svårigheten att göra reda för alla relevanta fakta, då etiska principer ska tillämpas på ett konkret fall, har Sundström mest insinuationer att tillföra diskussionen. Han gör svepande anklagelser både mot mig personligen och mot vissa av mina kolleger för att inte begripa hur komplexa och mångfacetterade de frågeställningar vi

diskuterar är. Han beskyller oss för att förenkla, schematisera och idealisera verkligheten och han pådyvlar oss åsikten att våra ”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”. Jag förmodar att han med denna bombastiska mening vill ha sagt att jag och andra filosofer som bedriver medicinsk etik skulle tro att vi vet bättre än läkarna själva om hur deras medicinska vardag är beskaffad.

Han har rätt i att medicinsk etik gör bruk av förenklingar, schematisering och idealisering av verkligheten. Hur skulle det annars gå till? Hur tror han att tillämpad fysik går till? Eller läkevetenskap? Förenklingar kan i bästa fall föra oss till approximationer av sanningen och till så välgrundade omdömen som det är möjligt att göra i konkreta fall. (I artikeln ”The Morality of Clinical Research. A Case Study”, som är under publicering i tidskriften *The Journal of Medicine and Philosophy*, ger jag exempel på hur detta kan gå till. Den intresserade läsaren kan beställa ett förhandsexemplar av mig). Men hans obestyrkta anklagelser mot mig och vissa av mina kolleger för övermaga anspråk avvisar jag bestämt. Jag har aldrig inbillat mig att jag skulle åtnjuta någon ”kognitivt privilegierad status” i jämförelse med dem som arbetar inom vården. Jag känner för övrigt inte heller igen bilden av stöddiga läkare, som tror sig sitta inne med något motsvarande kunskapsprivilegium. Min erfarenhet av medicinskt etisk diskussion i vardagslag är att den erbjuder möjlighet till ett givande utbyte av synpunkter, där filosof, läkare och vårdpersonal (och i vissa fall också patienter) tillsammans kan nå fram, antingen till gemensamma slutsatser, eller till en mera välartikulerad oenighet.

De medicinskt sakkunniga brukar på ett begripligt sätt (med hjälp av förenklingar, förvisso) kunna informera mig om det de är experter på och jag brukar (på motsvarande sätt) kunna informera dem om det jag känner till. Tillsammans gör vi ofta nya och oväntade upptäckter. Jag minns t ex med vilken förvåning jag vid en konferens på en infektionsklinik fann att jag kommit att ge skäl för slutsatsen att det kan vara moraliskt försvarligt då HIV-positiva kvinnor vill sätta barn till världen. Det hade jag aldrig själv trott, det hade inte personalen trott, men det ansåg vi, flera som deltagit i konferensen, då vi lämnade den. Sådant är stimulerande att erfara för både känsla och intellekt.

Jag vill därför till sist bestämt ger Per Sundström följande råd: Stå

inte surmulet vid sidan om! Sluta hänga läpp. Bedriv i stället tillämpad etik! Hjälptill att resonera med dem som har fackmässig sakkunskap på olika områden inom vården kring svåra beslutssituationer. Hjälptill dem att nå fram till välgrundade svar på frågan vad som bör göras! Pröva att tillämpa olika etiska principer på fallet! Försök finna de relevanta distinktionerna. Sök sanningen! Gör din plikt som filosof!