

Knut Erik Tranøy, *Medisinsk etikk i vår tid*, Sigma forlag, Bergen, 1991, 170 ss

---

En första fråga som inställer sig då man läser Knut Erik Tranøys nyligen utgivna lärobok, *Medisinsk etikk i vår tid*, är hur författaren uppfattar sitt ämne.

Själv brukar jag tänka på medicinsk etik som tillämpad etik. Inom den medicinska etiken gäller det att söka svaret på frågor som uppkommer inom vården om *hur man bör göra*. Dessa frågor kan aktualiseras på klinisknivå. Vilken patient ska vi behandla (först) när resurserna inte räcker till alla (just nu)? Eller de kan vara mer generella. Är det moraliskt försvarligt att utföra aborter? Eller den kan gälla lagstiftning. Vem ska besluta om abort, kvinnor själva eller socialstyrelsen? Inom den medicinska etiken försöker vi att kritiskt och systematiskt finna kategoriska svar på dessa frågor. Det gäller att tillämpa generella moraliska principer på konkreta fall. Vi får då på en gång *vägledning* för hur vi ska handla och en moralisk *förklaring* till varför vi snarare bör handla på det ena sättet än på det andra. En introduktion till ämnet blir, om man anlägger detta synsätt, en genom exempel och val av frågeställningar anpassad grundkurs i normativ etik.

Ett helt annat sätt att se på medicinsk etik är detta. Människor som i olika funktioner arbetar inom medicinen, liksom samhället i stort,

har vissa föreställningar om hur den medicinska verksamheten bör bedrivas. Vissa av dessa är kodifierade i lagar. Andra existerar i form av praxis och sedvänjor samt i reflexion över praxis och sedvänjor. I några fall rör det sig om regelrätta riktlinjer och "etiska koder". Den medicinska etikens uppgift är att beskriva, systematisera och i viss mån kritisera dessa föreställningar. En introduktion i ämnet, så uppfattat, ger en provkarta på föreställningar i svang inom en viss kultur vid en viss tidpunkt. En internationell förebild för detta synsätt är Beauchamp och Childress, som blivit skolbildande med sin bok *Principles of Biomedical Ethics*, där den moderna medicinska etikens "fyra principer" lanseras, dvs principerna att man ska respektera patienternas autonomi, vara rättvis, göra gott och undvika att göra ont.

Det är orimligt att påstå att den ena uppfattningen av ämnet är "riktigare" än den andra, men det är klart att de är radikalt olika. Jag menar själv att den mest intressanta formen av medicinsk etik är av det förra slaget, som tillämpad etik, samt att de bästa bidragen finns där (t ex i böcker av Jonathan Glover och Peter Singer). Jag har också på känn att den senare uppfattningen av ämnet, som beskrivning och systematisering, med nödvändighet måste ge upphov till tämligen magra resultat. Ju mer människor i och kring vården tänker allvarligt

över problemen, desto mer *oeniga* tenderar de nämligen att bli, just därför att de blir uppmärksamma på hur radikalt olika etiska utgångspunkter kan ge upphov till olika och oförenliga praktiska slutsatser. Ju mer deras filosofiska medvetenhet tilltar, desto mer uppmärksamma blir de på hur konfliktfylld den normativa etiken i grunden är. Här finns inte tillstymmelse till konsensus, inte ens inom den egna kultursfären. Därmed blir det inte mycket till konsensus för den medicinske etikern att beskriva och systematisera. Resultatet blir vaga plattityder, som de ovan citerade från Beauchamp och Childress.

Knut Erik Tranøy skiljer tyvärr aldrig de två uppfattningarna klart åt, han röjer i sin bok en viss vacklan mellan dem, men sysslar i praktiken i huvudsak med den senare – föga filosofiska verksamheten. I några få fall genomför han emellertid argumentationer till förmån för kontroversiella teser. Då har man närmast ett intryck av att han ”förivrar” sig. Dessa avsnitt, som t ex det där han argumenterar för att fosterdiagnostik och selektiv abort är acceptabla verksamheter, ”sticker av” från den övriga, mer neutralt beskrivande framställningen. Då blir det också stimulerande att läsa vad han skriver.

Man måste nog säga att det är en stor brist i hans bok att han inte klarare skiljer verksamheterna åt. Det kommer honom att säga sådant som att varken en rent pliktetisk

teori eller en rent utilitaristisk teori ”kan være en praktisk funksjondyktig medisinsk etikk” (s 18). Det låter som om han därmed skulle döma ut författare som Jonathan Glover, Peter Singer och författaren till denna recension (för att välja att exemplifiera med utilitaristiska medicinska etiker), som odugliga. Det är för övrigt just vad han som sakkunnig i olika sammanhang har gjort. I ljuset av hur han själv bedriver medicinsk etik förstår man varför han gör det. Han tar för givet att medicinsk etik ska beskriva, systematisera och i viss mån kritisera föreställningar i svang inom medicinen och samhället. Då tvingas han konstatera att utilitarism (eller en renodlad pliktetik) inte duger. Varken utilitarism eller renodlad pliktetik utgör någon bra beskrivning av den *existerande* moralen inom och inför medicinen. De duger inte heller som *systematisering* av rådande föreställningar. Detta är givetvis en trivialitet. Ingen anhängare av utilitarismen eller Kantianismen har trots något annat än att vissa ställningstaganden man kommer till är mycket kontroversiella. Vad som inte är trivialt är emellertid att medicinsk etik *bör* – eller bara *får* – bedrivas på det sätt Tranøy själv önskar.

Själv menar jag att man åtminstone borde inta en öppen hållning här, och godta *båda* angreppssätten. Måste man av någon anledning välja ett menar jag att det är rimligast att välja att se på medicinsk etik

som tillämpad etik. Rent induktiva skäl talar för att man då får en intressantare och mer tankeväckande verksamhet. Då undviker man också risken att den medicinske etikern blir något slags statsfilosof, som slätar över motsättningar och grötmyndigt lägger ut texten om vad slags moral som "gäller" i vårt samhälle.

*Medisinsk etikk i vår tid* är en lärobok, tänkt att kunna läsas av personer med medicinsk kompetens, men utan fackfilosofisk bakgrund. Den börjar med en genomgång av olika etiska grundbegrepp och distinktioner mellan olika slag av moralfilosofi: teoretisk etik eller "grunnlagsetikk", som indelas i normativ etik, metaetik och deskriptiv etik och skiljs från "områdesetikk". Det hela är abstrakt, urtråkigt (filosofin kommer i denna framställning att framstå som tom begreppsexercis) och för en filosofiskt otränad läsare obegripligt. Med tanke på hur Tranøy uppfattar den medicinska etiken är det svårt att se att denna introduktion alls fyller någon uppgift i hans bok, som ju i övrigt inte är filosofisk. Den är också missvisande, eftersom den innehåller påståendet att medicinsk etik är exempel på "områdesetikk", något som på sidan 16 karakteriseras som tillämpad etik. I fortsättningen har emellertid medicinsk etik i Tranøys bemärkelse intet med tillämpad etik att skaffa. Där gäller det framför allt att beskriva, systematisera och – i

någon mån – kritisera föreställningar i svang i medicinen och i samhället.

Eftersom Tranøy i praktiken ser den medicinska etiken som en uppsättning föreställningar inom och kring medicinen kan han hävda att den genomgått en viss utveckling. Han menar att ett begrepp som blivit centralt i modern medicinsk etik, åtminstone i utvecklade västländer som Norge och Sverige (i t ex Japan är situationen annorlunda) är *autonomi*. Det upptar därmed en central plats i hans bok.

I kapitel 1 lägger han ut texten kring autonomibegreppet, och det återkommer ofta i den fortsatta framställningen. I följande kapitel hinner han kort avhandla mängder av problem såsom abort, vård av döende, dödshjälp, självmord, sanning och lögn i vården, tysthetsplikt, informationsplikt, assisterad befruktning (insemination, provrörsbefruktning mm), fosterdiagnostik och selektiv abort, obduktion, organdonation, medicinsk forskning (på människor, vuxna, barn, och embryon), AIDS/HIV-bekämpning, prioritering och privatisering inom vården. Det ligger i sakens natur att det inte kan bli fråga om några grundligare resonemang. Särskilt frustrerande blir att det att den aktuella och viktiga diskussion som inleds i avslutningskapitlet, om prioritering och/eller privatisering, inte förs till några mer bestämda slutsatser. Här får man ett intryck av att författaren har intressanta

lärdomar att förmedla.

Autonomibegreppet har alltså en central ställning i boken. Frågan om autonomi är en fundamental etisk kategori eller ej diskuteras emellertid inte av Tranøy. Han vill i stället granska vilken ställning begreppet faktiskt har i modernt tänkande inom och kring medicinen. Hur uppfattas begreppet? Hur hänger det ihop med andra begrepp, som *integritet*, *informerat samtycke* och *tolerans*.

Författaren tänker sig att modern medicin präglas av tanken om respekt för patienters (men också läkares och vårdpersonals) autonomi. Paternalism är normalt oacceptabel i modern medicin. Vi bör inte utslutande för en patients  *eget*  bästa påtvinga henne vårdinsatser. Förbudet mot paternalism gäller alla patienter som är "moraliskt myndiga".

Vad innebär det då att vara moraliskt myndig? Man kunde tro att det bara handlar om att vara i någon ganska enkel mening *beslutskapabel*. Så ser emellertid inte Tranøy på saken. För att man ska vara myndig ska man "kjenne og forstå sitt eget vel og selv kunne ta vare på det" (s 32). Det är uppenbart att den tolkningen berövar förbudet mot paternalism det mesta av dess udd. Det är ju just då en patient är beslutskapabel, men inte förefaller förstå sitt eget bästa eller kunna ta vara på det, som frestelsen att tillgripa tvång mot henne (för hennes eget bästa) över huvud taget uppstår. Sådant tvång blir alltså

med Tranøys syn på saken *förenligt* med respekt för patientens autonomi! Han har helt enkelt omyndigförklarat sådana patienter.

Det är besynnerligt tänkt och det duger varken som beskrivning eller systematisering av hur vi i allmänhet ser på saken.

I Tranøys uppfattning av den medicinska etiken finns alltså ett *visst* utrymme för kritik, även om han ser det som viktigt att den medicinska etiken "har stötte i en form för konsensus, en större eller mindre grad av enighet", bland dem som tillhör den kultur där den medicinske etikern verkar. Hur kan det då finnas utrymme för kritik? Jo, då man som medicinsk etiket vill karakterisera och systematisera rådande föreställningar kan man komma att upptäcka *inkonsistenser* i dessa. Då är det på sin plats att kräva revidering av föreställningarna.

Några sådana exempel i boken förefaller välfunna. Tranøy menar tex att det är hyckleri då man i Norge tillåter provrörsbefruktningsmetoder, men förbjuder forskning på befruktade ägg (sådan "metodforskning" behövs om man vill utveckla tekniken för provrörsbefruktningsmetoder). Men jag har svårt att följa hans resonemang då han hävdar att respekten för autonomi – tvärt emot vad många föreställt sig – medför ett krav på tolerans, och exemplifierar detta med abortfrågan.

Derfor er det ikke lenger god sammenheng i doktor NNs hold-

ninger om doktor NN sier at autonomi er bra, og at alle bør gjøre sig opp sin egen mening, men samtidig ikke godtar at pasientene har et annet moralsk syn på abort enn det NN selv har, s 73)

Tranøy tycks inte alls ha sett hur svår frågan om tolerans verkligen är. Låt oss tänka oss att doktor NN menar att abort är mord. Han menar att den patient som ber om en abort ber om att – ännu ett – mord ska utföras. Om NN har rätt befinner han sig i samma situation som de få rättänkande personerna gjorde i Nazityskland!

Rimligen spekulerar han i en framtida Nürnbergrättegång, där frågan om det folkmord aborterna summerar till tas upp till rättslig prövning. Också om han är anhängare av idealet om autonomi och motsätter sig paternalism, måste han se med bekymmer på åsikten att aborter är försvarliga. Handlar en person utifrån den åsikten blir ju resultatet i vissa fall mord.

Respekten för en individs autonomi hindrar inte att vi ingriper mot hennes handlingar av omsorg om *andras* väl och ve. Och det är väl av omsorg om de ofödda barnens rätt, som NN reagerar. Vi kan *förvänta* oss en oförsonlig hållning från abortmotståndare, från motståndare till plågsamma djurförsök osv, också om dessa är anhängare av autonomiprincipen. De reagerar för att skydda tredje part.

Frågan om toleransen är mer

komplicerad än Tranøy har sett och hans förslag till lösning av problemet är alltså otillfredsställande. Det här är bara ett av många exempel, där Tranøy inte kan eller inte vill se, hur i grunden konfliktfylld också våra faktiska föreställningar kring svåra beslutsproblem inom medicinen kan vara.

Det kapitel som näst autonomikapitlet är mest genomarbetat ägnas frågan om dödshjälp. Till skillnad från autonomikapitlet är det också tankeväckande. Jag tror författaren har rätt när han inte vill lägga moralisk vikt vid den oklara skillnaden mellan aktivt och passivt dödande. Då han godtar att aktivt dödande av svårt plågade patienter, som önskar ett snart slut på livet, kan vara försvarligt, sympatiserar jag med hans slutsats. Jag tror att han korrekt beskriver åtminstone en praxis som håller på att växa fram, och *jag* ser dessutom med gillande på den. Vad han tänker på är sådant som då en läkare ger en så hög dos av något smärtstillande medel till en döende patient att han inser att det kommer att förkorta patientens liv.

Här föreligger nog också ett behov av att bättre *systematisera* vårt tänkande. Som jag visat i andra sammanhang är det nämligen i dålig samklang med praxis (se min artikel "Ett stickspår i dödshjälpsdebatten", *Filosofisk tidskrift* nr 2, 1992). Men samtidigt är det omöjligt att blunda för att det också i denna fråga föreligger genomtänkta, radikalt *avvikande* ståndpunkter. Vad Tranøy

systematiserar är bara ett, måhända ett i dag dominerande, synsätt på frågan.

Jag är oenig med författaren, då han hävdar att "livet selv" är av fundamentalt värde inom medicinen. Han medger att då livskvaliteten sjunker, så avtar också värdet av livet, och han hävdar att ett liv kan vara så svårt att leva att det vore bättre för den som lever det att slippa. Inte desto mindre har alltså livet *självt* värde (inom medicinen), enligt Tranøy (s 66).

Jag tror inte att liv som sådant *har* värde, men det är väl ingen invändning mot Tranøy, som ser medicinsk etik som beskrivande och systematiserande. Jag tror emellertid inte heller att man *inom medicinen* (i vår kulturkrets, i dag) normalt tillmäter liv som sådant värde. En person som är i ett tillstånd av irreversibel medvetlöshet lever, det är praktiskt taget alla överens om. Jag har emellertid svårt att att se att *någon* skulle hävda att vi har en förpliktelse *mot denna patient*, att hålla henne vid liv, förutsatt att vi är helt säkra på diagnosen och prognosen. Har jag rätt i det har inte livet *självt* värde "inom medicinen".

Jag har givit några exempel på punkter där jag är oense med författaren. I långa stycken är det i stället lätt att hålla med honom. Främst då därför att behandlingen av den stora mängden frågeställningar blir så översiktlig att knappast något med substans blir sagt om de enskilda

ämnena. Man påminns i stort sett bara om att problemen finns där.

*Medisinsk etikk i vår tid* är en lärobok. Av en sådan kan man förvänta sig att man genom att läsa den noga ska lära sig något. De läsare för vilka boken är tänkt kan lära en del av Tranøys resonemang kring aktiv och passiv dödshjälp. I övrigt tror jag tyvärr de är föga hjälpta av hans bok i sina studier. Presentationen av vad filosofi är får ämnet att framstå abstrakt, afskräckande och obegripligt. Diskussionen om autonomi är ogenomtänkt. Och resonemangen kring övriga medicinskt etiska problem så kortfattad, att den knappast kan stämma till eftertanke.

Det är en bok man snabbt läser igenom och lägger ifrån sig, utan att den avsatt några djupare intryck. Tyvärr kan man alltså också läsa den, och tentera på den i en kurs i medicinsk etik, utan att man alls har varit i kontakt med den medicinska etiken i ämnets mest spännande form – som tillämpad etik.

*Torbjörn Tännsjö*

Peter Singer, *Djurens frigörelse*, 295 s  
Nya Doxa, 1992, Pris ca 220 kr

*Är alla djur lika eller är vissa djur mer lika än andra?*

Principen att vi bör behandla djur så humant som möjligt torde i dag vara allmänt accepterad. Detta till trots är det få av oss som med-