

**'n Postmoderne uitdaging
aan die
'paradigmale
biomediese etiek
model'**

met verwysing na kompleksiteitsteorie



J. A. M. de Roubaix

Werkstuk ter gedeeltelike vervulling van die vereistes

vir die

Meestersgraad in Filosofie

[M. Phil. in Toegepaste Etiek]

Studieleier: Prof. F. P. Cilliers, Departement Filosofie

Universiteit van Stellenbosch

Julie 2002

VERKLARING

**Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie
werkstuk vervat my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie
voorheen hetsy ten dele of volledig by enige universiteit vir 'n
graad aangebied het nie.**

Datum: 23 Julie 2002.

Opsomming

Inleiding

Daar is uit die perspektief van die postmoderne etiese standpunt [die postmodernis sou sê, uit *die etiese perspektief*], iets verdags, iets inherent oneties aan 'n sisteem van etiek wat 'n enkele goed omskrew, kohese en omvattende universele *metanarratief* voorhou, 'n stel vaste en onbuigsame *etiese reëls en wette* voorskryf en afdwing sonder om konteks en gevolge te oorweeg, en sonder die gereedlike moontlikheid van revisie [Cilliers, 1998, pp.114, 137-140; Cilliers, 2001, p. 3; Cilliers, 1995, p.125].

Dit is, n.a.v. die denke van veral Winkler [1993, pp. 343-365] my oortuiging dat die hoofstroom-denke in biomediese etiek in so 'n drukgang vasgevang is, en verteenwoordig word en gerig is deur die denke van Beauchamp en Childress [1994]. Hierdie werkstuk gaan in hoofsaak daarom om Beauchamp en Childress se toepassing van die beginsels van biomediese etiek soos sedert 1979 in hul waterskeidingsboek '*Principles of Biomedical Ethics*' [Vierde uitgawe, Oxford University Press, 1994; daar is nou ook 'n vyfde, 2002] uiteengesit, ontwikkel, bespreek en gepropageer [*respek vir outonomie, weldadigheid, non-kwaadwilligheid en geregtigheid*] teen die agtergrond van 'n postmoderne etiese beskouing te evalueer.

Metodologie en gevolgtrekkings

Ek het in hierdie werkstuk aangetoon dat Beauchamp en Childress se weergawe van prinsiplisme 'n kontekstuele wetlik-filosofiese reaksie op die kontemporêre Amerikaanse situasie is, hoofsaaklik uit reaksie [dikwels litigasie] voortvloei, as goeie praktyksriglyne beredeneer kan word *maar* etiek sonder moraliteit verteenwoordig. Ek het 'n kort uiteensetting van Winkler se weergawe van 'n konteks-gebaseerde benadering gegee, maar aangetoon dat ook dit nie moraliteit waarborg nie. Daarop het ek 'n beskrywing van die *postmoderne samelewing* n.a.v. *kompleksiteitsteorie* gegee, en aangetoon hoe die eienskappe van kompleksiteit kontekstueel ontwikkel kan word om in bioetiek toegepas te word. Die postmoderne gepostuleerde morele gemeenskap is die

lokus waar moraliteit ontstaan deur 'n onbeheerbare agonistiese proses van interaktiewe wisselwerking waarby die postmoderne morele agent homself onwillekeurig betrokke vind. Die postmoderne etiese posisie is *nie* onetiese, lukraak, doen-soos-jy-wil relativisme nie; dit is bloot nie 'n voorspelbare, ewige, beheerbare, universele en [Kantiaans-] rasionele sisteem nie; moderniteit is [was?] in effek veel meer relativisties. Die postmoderne etiese standpunt verteenwoordig in my interpretasie 'n terugkeer tot moraliteit in etiek, moraliteit van 'n persoonlike, ingrypende, verantwoordelike aangesig-tot-aangesig aard waaraan ons nie kan ontkom nie.

Vanuit 'n postmoderne etiese perspektief het ek 'n analise van prinsiplisme en die individuele beginsels gemaak, en aangetoon dat hulle die eienskappe van die 'ewige morele reëls' van moderniteit openbaar en nie sonder meer as morele beredenering voorgehou kan word nie. Ek het erkenning gegee aan Beauchamp en Childress se eie pogings om dit te besweer deur *karakteretiek* as 'n essensiële tot hul formule toe te voeg, maar die kritiek uitgespreek dat hulle desnieteenstaande hierdie belangrike erkenning, nie bereid is om die formaat van hul aanbieding [ook in die jongste vyfde uitgawe, 2002] radikaal te wysig nie. Hulle oorbeklemtoon die beginsels steeds as sentraal en primêr. Terselfdertyd het ek die beperkings van die postmoderne benadering uitgelig, veral in terme van enklawes van streng-beheerde moderniteit in geneeskunde en 'n kunsmatige weerhouding van die vrye vloeï van informasie wat kompleksiteit en die postmoderne situasie kenmerk. My konsepsie hou nie kompleksiteit en 'n postmoderne benadering voor as 'n *panakeia* vir biomediese etiek nie; dit dien eerder om die betekenis van moraliteit in bioetiek te herdefinieer en die kontemporêre algemene en ongekwalifiseerde toepassing van hierdie weergawe van prinsiplisme te bevraagteken.

Laastens het ek die brandende vraag van *geregtigheid in die praktyk van geneeskunde* vanuit 'n postmoderne perspektief bespreek, veral of ek as persoon kan aanspraak maak op 'n reg tot gesondheidsorg, die morele implikasies van 'life's lotteries', die staat se verantwoordelikheid in gesondheidsorg en les bes, persoonlike verantwoordelikheid in gesondheidsorg. Dit is duidelik dat 'n postmoderne benadering tot bioetiek, in teenstelling met libertêre konsepsies, die staat se rol in gesondheidsorg onderskryf ['n rol wat die staat byna universeel, en veral in Suid-Afrika, verwaarloos].

Summary

Introduction

From the postmodern ethical perspective [the postmodernist would say *from the ethical perspective*], there is something suspicious and inherently unethical in a system of ethics supported by a comprehensive, cohesive and universal *metanarrative*, a set of fixed and unbending *ethical rules and laws*, without the ready possibility of revision [Cilliers, 1998, pp.114, 137-140; Cilliers, 2001, p. 3; Cilliers, 1995, p.125].

Based on the ideas of especially Winkler [1993, pp. 343-365] I have concluded that contemporary mainstream biomedical ethics, represented and directed by the work of Beauchamp and Childress [1994] are caught in such a crush. The primary objective of this assignment is to evaluate the ‘principles’ of biomedical ethics [*respect for autonomy, beneficence, non-maleficence and justice*] which were developed in their water-shed publication [*Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, first published in 1979, and now in a fifth edition, 2002] against a background of postmodern ethics.

Methodology and conclusions

I have argued that Beauchamp and Childress’ conception of principlism is a contextual legalistic-philosophical response to the contemporary American situation, developed primarily from legal decisions [often litigation]. It may be regarded as acceptable practice guidelines, but represents a system of ethics without morality. I have given a concise rendering of Winkler’s notion of context-based bioethics with the criticism that this also does not guarantee morality. Following that, there is a description of postmodern society in terms of *complexity theory*. I have indicated how the characteristics of complexity can be developed and applied contextually in bioethics. The postmodern moral society is the locus where morality develops in a non-controllable agonistic interactive process within which the postmodern moral agent unintentionally finds himself. The postmodern ethical position is not an unethical, come-as-you-may anything-goes position; it simply is not predictable, controllable, universal, rational [in a Kantian context] and eternal. Modernity, it can be argued exhibits a far greater degree of

relativism. The postmodern ethical position represents a return to morality in ethics, morality of a very personal, face-to-face responsibility from which we as participants of society cannot hide.

From a postmodern ethical perspective, an analysis of principlism and its underlying principles exhibits the characteristics of modernity: eternal moral rules which as such cannot be presented as *morality*. I have acknowledged Beauchamp and Childress' attempts at adding morality to their conception [in the 4th edition] by means of employing character ethics. They have nevertheless not made any radical changes in the format of their presentation and maintain the central and primary role of principles. I have also argued the limitations of the postmodern approach in terms of enclaves of strictly controlled modernity and artificial withholding of information in medicine which limit the free flow of information essential to the postmodern approach. My conception of complexity and the postmodern approach do not pretend to be a panacea for biomedical ethics. It attempts to redefine the meaning of morality in bioethics and questions the unbridled application of this conception of principlism.

Finally I have discussed the burning issue of *justice* in the practice of medicine from the postmodern perspective. Do I as a person have a right to health care; what are the moral issues of dealing with 'life's lotteries'; what is the state's responsibility in health care, and: what are my personal responsibilities in health care? In contradistinction to libertarian concepts, the postmodern approach clearly argues in favour of the acceptance by the state of its role in health care [a responsibility abrogated in many societies, none more so than contemporary South-African society].

'A society's commitment to health care reflects some of its most basic attitudes about what it means to be a member of the human community.'

[Die President se Kommissie vir die Bestudering van Etiese Probleme in Geneeskunde en Biomediese Navorsing, aangehaal in Beauchamp en Childress, 1994, p. 354].

Bedanking

Ek betuig hiermee my dank en waardering aan my mentors, die professore en lektore van die Departement Filosofie, Universiteit van Stellenbosch en veral van die Eenheid vir Toegepaste Eetik wie se akademiese en persoonlike voorbeeld en leiding my 'n blik van die lewe buite Plato se grot gegee het, en Prof. Paul Cilliers vir sy leiding en geduld. Ek ag myself bevoorreg om hulle te ken.

Ek dra met dankbaarheid hierdie werkstuk op aan my moeder, die nagedagtenis van my vader en my gesin wie se opofferings en ondersteuning my loopbaan moontlik maak.

INHOUDSOPGAAF

OPSOMMING	3
SUMMARY	5
1. Inleiding – Die Ontwikkeling van die ‘Paradigmale Biomediese Etiek Model’	9
2. Doelstelling	17
3. Modernisme in Biomediese Etiek	18
3.1 Die Biomediese Etiek Model	18
3.2 Die Gevalstudie Model	19
4. Die Postmoderne Samelewing, Kompleksiteit en Biomediese Etiek	21
5. Die Postmoderne Etiese Posisie – die Kompleksiteit van Postmoderne Etiek	33
6. ‘n Analise van die Gevalstudie Model vanuit Postmoderne Perspektief	45
7. ‘n Analise van die Biomediese Etiek Model vanuit Postmoderne Perspektief	48
7.1 Is prinsiplisme en moderniteit identies?	48
7.2 Is Beauchamp & Childress eksplanatief of evaluatief?	49
7.3 ‘n Kritiese beskouing van beginsels: Biomediese Universalisme?	50
7.4 Respek vir outonomie	53
7.5 Non-kwaadwilligheid	66
7.6 Weldadigheid	79
7.7 Geregtigheid/regverdigheid	89
8. Finale opsomming en gevolgtrekkings	99
VERWYSINGS	109

1. *Inleiding – Die Ontwikkeling van die ‘Paradigmale Biomediese Etiek Model’*

Radikale kliniese, tegnologiese en farmakologiese ontwikkelinge in geneeskunde toenemend sedert die mid-vyftigs, het enersyds rewolusionêre behandelingsvorms moontlik gemaak, en andersyds geykte denke oor die definisie of diagnose van bv. die dood omver gegooi [Winkler, 1993, p. 348]. Operasies op ’n nie-kloppende hart is alledaags; pasiënte kan byna onbepaald met ventilasie en farmakologiese ondersteuning biologies aan die lewe gehou word; operasies op die ongebore fetus is algemeen; organe insluitende niere, lewer, hart en longe word suksesvol oorgeplant; die menslike genoom is ontrafel.

Parallel hieraan het radikale veranderinge in die samelewing ingetree. Die postmoderne samelewing kan ten beste beskryf word aan die hand van *kompleksiteit* waarvan die uitstaande eienskappe voorwaardelikheid, toevalligheid, gebeurlikheid, is [die eienskappe van die komplekse postmoderne samelewing sal later meer omvattend beskryf en bespreek word]. Die onsekerheid, tentatiewiteit en fragmentasie wat die postmoderne mens aanvoel en beleef [deels omdat ‘etiese sekerheid’ hom ontnem is], tesame met die radikale veranderinge in geneeskunde het ’n groot behoefte aan etiese leiding ontbloot. Bauman [1993, p. 31] beskryf die etiese dilemma van postmoderniteit juis as dit: ’n *enorme maar onbevredigde behoefte aan etiese reëls*. ’n Verdere kenmerk van die tyd is die *informatie-ontploffing* tesame met die *‘reg om te weet’* [wat vloei uit sterk denke oor outonomie en persoonlike vryheid] en om [uit die gesigspunt van die massa media] *in te lig*. Die samelewing word toegegooi met inligting en kennis sonder om noodwendig te weet hoe om dit toe te pas.

Die versoening van hierdie uiterstes – byna onbepaalde wetenskaplike-geneeskundige vermoë, ’n inligting-ontploffing en ’n drang na outonomie en persoonlike vryheid – in ag genome hul geregtelike implikasies, het ’n vakuum in geneeskundige denke laat ontstaan. Dit is ironies dat geneeskundiges wat opgelei word om analities en onafhanklik te dink, nie self die antwoorde kon vind nie [die rede is dalk juis die aard van die postmoderne samelewing wat hulle, omdat hulle in die werklikheid van die alledaagse lewe betrokke is, beter as abstrak-denkende teoretici kon aanvoel hoewel nie verstaan

nie; dalk omdat hulle as postmoderne persone aangevoel het hoe tentatief en onseker etiese antwoorde is; dalk bloot omdat hulle wel oor die potensiële vermoë beskik om hierdie vrae eties te beredeneer, maar dit nie besef het nie; of dalk omdat ‘iemand’ – ’n generiese term – in die bresse getree, homself as outoriteit voorgedoen, die klinikus gesystap het en antwoorde verskaf het]. Dit is my standpunt dat hoewel elk van hierdie verklarings tot mindere of meerdere mate van toepassing was, laasgenoemde oor ’n tydperk van etlike dekades as die wettige spreekbuis en outoriteit ontwikkel het. Die vraag is, wie?

Twee aspekte van die aard van die Amerikaanse samelewing – die kookpot waaruit die paradigmatiese model te voorskyn gekom het – verklaar die aard en ontstaan van die model:

- die ‘*regte*’ *kultuur* [let op dat die Amerikaanse Onafhanklikheidsverklaring – anders as sy Franse eweknie – slegs melding maak van die *regte* van burgers, nie verpligtinge nie – iets wat groot impak op die samelewing, regstelsel en die ontwikkeling van bioëtik het];
- die sentrale rol van die *reg en litigasie* in die Amerikaanse leefwyse.

Die *regte* hier ter sake – libertêre *regte*, vryheid tot die punt dat die staat se inmenging bykans net verdra word – was dus reeds in die Onafhanklikheidsverklaring teenwoordig, maar het kontemporêr in die burgerreg-era van die Amerikaanse geskiedenis gevestig. Die aandrang op *regte* en die oorproduksie van *regslui* het [o.a.] die geneeskundige profesie geteiken; daar is toenemend gefokus op die *regte* van pasiënte met die vanselfsprekende keersy van *obligasies* van geneeskundige personeel. Hierdie is die [onetiese] taal van regspraak. Regslui fokus toenemend op wat hulle sien as onvolkome of ‘nalatige’ nakoming van *obligasies* – en die lokus waar uitspraak hieroor gegee word is gevolglik die [litigasie]hof – soveel so dat Annas [1993, p. 3] verklaar:

‘American law, not philosophy or medicine, is primarily responsible for the agenda, development, and current state of American bioethics.’

Geen beter kommentaar kan hierop gelewer word as Regter Oliver Wendell Holmes se beroemde [1920] kommentaar op die verskil tussen moraliteit en die reg [of Grondwet] nie:

‘...nothing but confusion of thought can result from assuming that the rights of man in a moral sense are equally rights in the sense of the Constitution and the law,’

’n les wat Amerika in sy beredenering van prinsiplisme dalk verontagsaam het.

Op die wyse het die regstelsel die morele arbiter geword, en het die fundamente van die ‘beginsels’ van prinsiplisme ontstaan. Let op dat gewone mense – juries – dikwels hierdie besluite moes/moet neem, iets wat ’n mens met ambivalensie vul. Enersyds is dit verblydend dat ‘gewone’ mense uit die [morele] samelewing hierin betrek word, andersyds vra ’n mens onwillekeurig: *op grond waarvan* neem hulle besluite, is daar redes anders as die emotiewe, of is besluite die gevolg van ’n *etiese proses in die samelewing?*

In die invloedryke *Encyclopedia of Law and Bioethics* [Capron, 1995, pp. 1329-1335], word die impak van die regspraak op bioëtik [veral in die Amerikaanse konteks - wat ons beswaarlik kan ontsnap] onder 5 hoofpunte bespreek:

- Beroemde regsake: Moeilike etiese probleme is eie aan die Amerikaanse stelsel [*laat die hof besluit*] in die hof besleg, en vanuit hierdie basis het etiese beginsels ontwikkel [bv. die beroemde Karen Quinlan geval];
- Metodologie: Die regspraak se hoofsaaklik feit-gebaseerde, induktiewe beredenering gegrond op of geregverdig deur vorige soortgelyke sake, kontrasteer [en komplimenteer] ’n benadering gebaseer op prinsiplisme;
- Prosedurale klem: In essensie: pluralistiese samelewings het nie altyd die middele om konsensus oor etiese dilemmas te bereik nie, en wanneer dit die geval is, moet daar ’n prosedure bestaan om die probleem op te los – ’n prosedure waaroor daar konsensus kan wees [bv. laat die besluit oor aan ’n etiese komitee - in die praktyk lei dit egter dikwels tot arbitrêre besluite];
- ’n Regte oriëntasie: Die klem van die [Amerikaanse] reg op die beskerming van die individu vind neerslag in die beskerming van bv. pasiënte regte [en veral wanneer navorsing ter sprake is];

- Spesifieke waardes: Benewens beskerming van die individu, het waardes soos geregtigheid [teenoor vooruitgang en doeltreffendheid], gelykheid [teenoor grade van gelykheid], regsproses [teenoor wetenskaplike bewyse] en self-determinasie [teenoor weldadigheid en kommunale welsyn] vanselfsprekende impak in bioetiek.

Daar is 'n alternatiewe narratief m.b.t. die ontstaan van prinsiplisme [beginsel-gebaseerde bioetiek]. Die *filosoof* wat [aldus Winkler, hoofsaaklik] die rol van morele arbiter aanvaar het, en 'toegepaste etiek' min of meer as 'n ekstensie van algemene etiese teorie beskou, het een groot nadeel: 'n gebrek aan praktiese, deurgronde, werkbare kliniese kennis en ervaring waarsonder etiese dilemmas in postmoderne konteks nie opgelos kan word nie. Om daarvoor te vergoed het hy *abstrakte reëls* geskep in 'n filosofiese proses analoog aan [die laaste stuiptrekkings van – sien 7.1, p. 48] die *projek van moderniteit*. Soos die grotbewoner in Plato se vergelyking het hy gegewens wat hy kon verstaan [dit is kontekstueel beperk] onderwerp aan kritiese en skeppende nadenke, en die resultate na die grotbewoners terug gebring. Hy het die morele outoriteit geword. Deur 'n proses het sy reëls gekristalliseer, en is saamgevat in die vier beginsels van biomediese etiek wat elegant deur Beauchamp en Childress [4e uitgawe, 1994] dalk nie as vaders nie maar beslis as apologete en vurige dissipels propageer word: *respek vir outonomie, weldadigheid, non-kwaadwilligheid en geregtigheid*. Winkler [1993, pp. 343-365] is 'n ewe vurige kritikus van hierdie [soos hy dit noem] '*Paradigmale Biomediese Etiek Model*'. In die 'beginsels' reeds, aldus Winkler is daar 'n mate van spanning omdat elk sy herkoms uit 'n ander tradisie van normatiewe teorie put: outonomie uit die Kantiaanse, weldadigheid uit klassieke utiliteit en geregtigheid uit die kontraktariese [institute van spanning, sou 'n mens positief kon evalueer, bring dit nie omvattendheid nie?]. 'n Verdere spanning is die 'reg' wat filosofe hulself toe-eien om uitspraak te lewer in 'n baie komplekse veld waarvan hulle wel 'n geringe *teoretiese* kennis mag hê, maar beslis geen praktiese dag-tot-dag ervaring van die realiteite waarmee die geneeskundige werk nie. Daar is klinici wat paradigmale bioetiek as 'n te teoretiese en intellektuele dissipline beskou en meen slegs klinici kan 'n werklike beeld vorm van die probleme van hul vak.

Hoewel dit dalk meer sinvol sou wees om dit later te doen, is die versoeking groot om nou reeds na te dink oor institusies soos 'etiese komitees', 'eenhede vir toegepaste

etiek’, ‘etici’ as goeroe-agtige kenners en deskundiges, m.a.w. die hele ‘wetenskap’ [‘industrie’ – verskeie kommersiële ‘Mediese Etiek Kursusse’ gebaseer op die paradigma word met die oog op VPO punte aangebied @ ongeveer R50 per punt] wat oor die afgelope 30 jaar bekend geword het as ‘toegepaste biomediese etiek’. Die ‘industrie’ bo na verwys word verder oneties misbruik deur farmaseutiese firmas wie se uitsluitlike doel dit is om reklame vir hul produkte te maak [Schuklenk, 2001; Moreno, 1998, bespreek die kompleksiteit verbonde aan etiese komitees en konsultante uitvoerig].

Ek verwys primêr na ‘biomediese etiek’ waarvan ek meer kennis dra en waarop my kommentaar toepaslik is. Ek wil nie op hierdie tydstip te diep in Winkler se argumente betrokke raak nie, anders as om een ekstreme standpunt wat hy stel te kwoteer: *dat toegepaste etiek* [kontekstueel, biomediese etiek] *filosofie van obskureit gered het*, ’n nuwe lewensreg gegee het [dit kan ook as ’n toevallige newe-effek beskou word]. Wat dus gebeur het is dat die ‘gaping’ wat deur ’n wesenlike, onvervulde behoefte, ’n krisis in die postmoderne toegepaste etiek [hoe, uit etiese oogpunt, moet ons hierdie nuwe ‘skynlewendes’ en ‘skyndooies’ hanteer?] gelaat is [en dit was nie die filosofie se toedoen nie], deur filosofie gevul is op die enigste manier wat hulle [gegewe ’n gebrek aan kliniese kennis, hul agtergrond, en hul ‘herkoms’ uit moderniteit] kon: deur reëls daar te stel. Hoewel toegepaste biomediese etiek ’n kombinasie van abstrakte refleksie en konkrete besluitneming verg, tref dit dat suiwer filosofiese bio-etiese publikasies byna uitsluitlik abstrak is – dit is vir hulle problematies om kontekstueel te redeneer [bv. Van Niekerk & Van Zyl, 1996].

Die verweer sal wees dat hierdie ’n baie simplistiese benadering is, dat baie besluite deur ‘etiese komitees’ waarin filosofie gedien het maar nie noodwendig beheer uitgeoefen het nie, geneem is [bv. verskeie ‘President’s Commissions’ in die VSA, met diverse verteenwoordiging], dat die ‘beginsels’ breed beredeneer is/word en alle gebeurlikhede in ag neem. Ek sal redeneer dat al wat hierdie omstandighede [kwalifikasies, uitsluitings, voorwaardes] in die praktyk meebring is die verdere ontwikkeling en toepassing van die beginsels as en in die vorm van ’n wet. In die postmoderne konteks, is die hele proses ontdaan van moraliteit en bring dit ons terug na die basiese aanklag van Bauman teenoor die modernisme: dat dit etiek sonder moraliteit is. Dit is ’n hooftema in Beauchamp en Childress dat die dilemma eerder gaan om die

definisie en daarstel van die *beginsel*, en verder die *toepassing* van die beginsel so gedefinieer, meestal ondersteun deur toepaslike *hofuitsprake* [dikwels in litigasie sake] en dat die morele debat min of meer daar eindig. Daar is dus 'n paradigma of raamwerk waarvolgens 'n volgende soortgelyke etiese probleem opgelos kan word. Ek het begrip dat dit nie vir almal moontlik, of selfs wenslik en nodig is om elke keer oor 'n etiese besluit te wroeg nie, maar dit is 'n uitdruklike eienskap van die postmoderne etiese benadering dat die blinde toepassing van 'n reël of wet nie moraliteit kan impliseer nie [wat die gebruik van terme soos 'toegepaste etiek' problematies maak].

Teenoor die paradigma model, stel Winkler [1993, p. 360] wat hy noem 'kontekstualisme', nl:

'...that moral problems must be resolved within concrete circumstances, in all their interpretive complexity, by appeal to relevant historical and cultural traditions, with reference to critical institutional and professional norms and virtues, and by utilizing the primary method of comparative case analysis. Applicable moral principles will derive mainly from these sources, rather than from ethical theory on the grand scale.'

Hy redeneer dus vir 'n 'onder na bo' eerder as 'n 'bo na onder' proses. Hy gee erkenning aan die kompleksiteit waarin morele probleme manifesteer en die kompleksiteit van die oplossingmetodes. Hy onderskryf wyd-moontlike konsultasie. Beginsels kan nie uit die lug gegryp word, afgeskuur word om te pas nie. In die 'onder na bo' proses is praktiese kundigheid van die besluitnemers essensieel omdat slegs klinici die vermoë het om die relevante kliniese probleme wat die morele dilemma ten gronde lê, na behore te identifiseer en kontekstueel te verstaan. Al wat klinici [moontlik] kortkom, is die vermoë om filosofies te redeneer, en dit is die enigste legitieme funksie van die filosoof – om die klinikus hierin by te staan [fasiliteer]. Daar is 'n groot ongemak by klinici [ook in my ervaring] om deur teoretici voorgeskryf te word dikwels bloot omdat laasg. toegang tot 'n gewettigde diskoers het en die klinikus nie. Suiwer teoretici benodig beginsels as plaasvervanger van die vermoë om van onder na bo te redeneer.

Die beskikbare getuienis dui daarop dat die paradigma inisieel 'n produk van die regslui is [hoewel Beauchamp & Childress (p. 37) redeneer dat dit uit 'algemene moraliteit' en konsepsies van 'aanvaarde mediese praktyk' ontwikkel het] en dat die rol

van die filosoof sekondêr of chronologies *later* ingetree het, dat beide dus verantwoordelik vir die skep van die paradigma is.

Volledigheidshalwe, en omdat ek dit nie verder gaan bespreek nie, sal ek nou reeds raakpunte tussen Winkler se konsepsie en die postmoderne etiese perspektief opsom: dit is kontekstueel, prakties, gebaseer op wat in die samelewing gebeur, verstaanbaar, en, les bes, ontken 'n enkel oorheersende etiese metanarratief. 'n Implisiete erkenning van kompleksiteit bied 'n raamwerk om hierdie model [wat as 'casuistry' nuwe populariteit beleef] verder te ontwikkel in iets werkbaars en legitiem vanuit postmoderne beskouing [ek sal dit nie doen nie].

Om terug te keer tot my vraag: wat dan nou van die etiese komitee, goeroe en biomediese etiek eenheid? Winkler maak die punt dat sonder toepaslike onderliggende kliniese ervaring etiese besluite nie geneem kan word nie. My eie kliniese ervaring van die verlede [dit strek oor meer as 30 jaar] en die slyping van die afgelope jare beklemtoon dat *medici as etici* 'n leemte het in die vermoë tot die tipe diskoers en beredenering wat nodig is om aan die kompleksiteit van etiese probleme reg te laat geskied ['n standpunt waarmee Malek e.a. (2000) identifiseer, dan aantoon dat intensiewe kursusse onder die toesig van bio-etici *wel* benefisieel vir geneeskundige kursusgangers kan wees]. Aan die ander kant het teoretici 'n veel groter leemte en dit sou veel makliker en meer koste effektief wees om die leemte by eersgenoemde as laasgenoemde aan te vul. Na alles is dit *klinici* wat daagliks in hul kontak met pasiënte besluite met etiese inhoud moet neem [die postmoderne etiese standpunt erken onder meer dat bykans elke handel en wandel, elke woord en interaksie 'n etiese dimensie het]. Dit kom immoreel voor om die klinikus toe te rus met 'n stel 'reëls' en dit as moraliteit af te maak, en dit is my standpunt dat die huidige situasie presies dit doen.

Dit kom moontlik voor asof ek Winkler teenoor Beauchamp & Childress wil opstel. Ek gebruik Winkler bloot om baie grondige kritiek teen Beauchamp & Childress te verwoord. Winkler se konsepsie van *kontekstualisme* kan ook nie onbevraagteken gelaat word nie. Winkler herinner aan Aristoteles: hoe anders sal die klinikus *weet* wat eties reg en verkeerd is [as hy nie reëls of abstrakte beginsels wil gebruik nie] *anders* as deur die opvoeding van sy kontekstuele *polis*? Die kommer hier is duidelik: het ons nie te doen met 'n vorm van [*kontekstuele*] *kulturele subjektiwiteit* nie? Hoe gaan Winkler

totaal nuwe etiese uitdagings [aborsie, genadedood] hanteer as hy nie vanuit soortgelyke gevalle lateraal kan beredeneer nie [omdat daar nog nie soortgelyke gevalle was nie] sonder om kreatiewe refleksie toe te pas nie? Is dit nie juis waar die filosoof by uitnemendheid 'n rol te vervul het nie? Wil Winkler karakter/deugetiek, of morele gewete inspan [ewe problematies, potensieel foutief en nie noodwendig *moreel* nie]?

2. Doelstelling en beplanning

In die Inleiding [1] sal ek my konsepsie van die *herkoms en ontstaan van die bioetiese paradigmas van Beauchamp en Childress* en hul weergawe van *prinsiplisme* soos uiteengesit in *Principles of Biomedical Ethics*, 1994, as die mees prominente kontemporêre bioetiese ‘model’ gee. Daar is om verskeie redes wat in die Inleiding uitgelig is, ongemak oor die wye en onbevraagtekende aanvaarding daarvan, oor die ontstaan, onderliggende morele inhoud en implimenterbaarheid van prinsiplisme.

In Afdeling 3 sal ek ter inleiding *twee modernistiese etiese modelle* bespreek: die *biomediese etiek model* en die *gevalstudie model*. In Afdeling 4 analiseer ek die *postmoderne samelewing* aan die hand van *kompleksiteit teorie*. In Afdeling 5 word ’n kritiese analise van die *postmoderne etiese posisie* [en die beperkinge daarvan] weergegee; die postmoderne etiese posisie bring moraliteit terug in die formulering van etiek. Ek beoog om ondersoek in te stel na die moontlikheid om postmoderne etiese konsepte aan die hand van *kompleksiteit teorie* uit te brei om hul toepassing in bioetiek te analiseer [so ’n ondersoek is nie voorheen onderneem nie].

In Afdeling 6 maak ek ’n diepgaande kritiese analise van die *gevalstudie model*: dit bied nie sonder meer ’n platform om moraliteit in bioetiek te waarborg nie. In Afdeling 7 word die *biomediese etiek model* krities analiseer: hoewel moontlik goeie praktykriglyne, kan dit nie sonder meer moraliteit in bioetiek waarborg nie.

In 7.1 word die ooreenkoms tussen *prinsiplisme en moderniteit* verder ondersoek. In 7.2 word die vraag of Beauchamp en Childress se konsepsie bioetiek *beskryf of evalueer* bespreek. In 7.3 word die rol van *universaliseerbaarheid* [en die inherente probleme daarmee] in die bioetiese paradigma bespreek. In Afdelings 7.4 tot 7.7, word die *‘beginsels’* van biomediese etiek individueel krities beskou. In Afdeling 8 sal ek my *finale gevolgtrekkings* opsom rondom konsepsies van die dokter-pasient verhouding, en aandag gee aan die brandende vraag van *geregtigheid in bioetiek* en ’n postmoderne benadering daartoe analiseer [sien ook Opsomming, p. 4 en Finale Opsomming en Gevolgtrekkings, p. 99].

3. *Modernisme in Biomediese Etiek*

Daar is in die *modernistiese of tradisionele benadering* huidig veral twee ‘klasse’ van benadering tot ‘toegepaste biomediese etiek’ wat as getrou aan ’n *enkele metanarratief*, ’n enkele oorkoepelende ‘storie’ beskryf kan word:

3.1 *Die ‘Biomediese etiek model’* waarin die *beginsels van respek vir outonomie, weldadigheid, non-kwaadwilligheid en regverdigheid/geregtigheid* as hoekstene dien.

Die essensie van die model [of *prinsiplisme*, die ietwat pejoratiewe term soms gebruik daarvoor] is die beredenering en ondersteuning van die vier algemene meta-beginsels bo genoem. In die inleiding tot hul boek [p. 3] stel Beauchamp & Childress hul doel:

“The objective of this book is to provide a framework for moral judgment and decisionmaking in the wake of [ter aanvang gestelde] developments.” [my klem].

Die moraliteit van *prinsiplisme* moet oorweeg word aan die hand van Beauchamp en Childress [pp.106-109] se uiteensetting en beredenering daarvan, tewete:

- ’n stel abstrakte en baie algemene reëls wat hulle *beginsels* noem,
- wat ontwikkel uit *algemene moraliteit* en *aanvaarde professionele gebruike*,
- samehangendheid verkry deur *konseptuele klarifikasie* en ander metodes;
- *ontwikkel en verfyn* om elke beginsel ’n sinvolle, deeglike, geloofwaardige en presiese verklaring te maak,
- *regverdig* deur filosofiese refleksie,
- *toepaslik maak* deur *spesifisering en balansering* [twee uiters problematiese aspekte wat Gillon (1996) krities as *onvoldoende geanaliseerd* beskou] wat ruimte laat vir kompromie, mediasie en onderhandeling,
- *analiseer* n.a.v. Amerikaanse regsuitsprake en
- daarstel as regverdigbaar en *prima facie* bindend maar terselfdertyd onderhewig aan revisie en regverdigbare morele oordeel *gebaseer op die beginsels*
- en tesame met ander aspekte van die morele lewe [morele emosies, deugde en regte] opdis as hul *morele teorie*.

Die kenmerkend modernistiese omgang met etiek word aangetref in bv. Kant [Norman, 1998, pp.70-91]. Moraliteit, sê Kant, vestig slegs in die *goeie bedoelings* van morele agente; dit is formeel of algemeen en universaliseerbaar. Daar heers 'n kategorieëse verpligting op ons om i.t.v. bog. [en deur die behandeling van persone *ook as morele einddoel*] op te tree. Onderliggend aan die konsepsie is rasionaliteit: nie emosie, konteks of godsdiens nie maar *die rede* is die regverdiging van hierdie reël. Tradisionele beskouings van karakter en deug is irrelevant. Moraliteit is 'n versameling van '*rules of thumb*' [Bauman, 1993, p.18], of, soos hy dit op p. 1 sterker stel, '*...precise, hard and fast, unexceptional rules not open to multiple interpretation..*'. Moraliteit vir die massas impliseer openbaring aan hulle van die reëls en standaarde waarvolgens hulle *hoort* te lewe [maar nie sonder bystand kan ontdek nie] en hulp om standaarde te handhaaf in 'n omgewing wat konformiteit beloon [p. 26, 27]. Rationele moraliteit, die moraliteit van moderniteit, is dus die nakoming van rasionele reëls, die maak van rasionele keuses. Dit is nie nodig om self kontekstueel te wroeg oor my moraliteit nie; solank ek die reeds bepaalde reëls nakom *is ek moreel*. [Pippin, 2001, pp. 386-387, bevraagteken die tradisionele beskouing van Kant met die beredeneerde mening dat Kant korrek geles, onderliggend 'n waarde-etiek verteenwoordig, maar dit is 'n onderwerp vir 'n ander geleentheid].

Toegepas [op biomediese etiek] kom rasionele moraliteit neer op die identifikasie en applikasie van reëls, wette en beginsels, d.i. *prinsiplisme*. Prinsiplisme is dus die moraliteit van moderniteit.

3.2 Gevalstudie-gebaseerde model [wat Winkler '*casuistry*' noem] waarin laterale vergelykings tussen toepaslike [vorige] gevalle getref word – dikwels gesteun word op paradigma-skeppende [waterskeidings-] gevalle en wat ontwikkel kan word in 'kontekstualisme'. Wat is dus moraliteit vir Winkler? 'n Persoonlike wroeging of kommer oor my morele besluit? Of eerder die soeke na en identifikasie van toepaslike kollaterale gevalle, raakpunte tussen gevalle om as verwysings te gebruik? Gestel 'n reeks gevalle word versamel om 'n spesifieke morele probleem op te los. Indien uit hulle ekstraheer word wat kontekstueel effektief, suksesvol en/of aanvaarbaar was, as 'n poel van 'kennis' aangewend word, is ons besluit daarop gebaseer *relatief*, [kontekstueel]

kultureel subjektief. Hoewel Winkler se kritiek op Beauchamp & Childress goed gegronde en legitiem is, en sy konsepsie *op die oog af* belowend voorkom, is oplaas dieselfde kritiek wat hy uitspreek op hom van toepassing. Fuller [1998, p. 45] se definisie van ‘*casuistry*’ verskil van Winkler s’n: ‘*application of moral principles to specific cases*’ – en kan as ’n *ontwikkeling van prinsiplisme* gesien word. McKinney [2000, p. 468] beskou ‘*casuistry*’ egter as behorende tot die paradoksale kamp van postmodernisme omdat dit probeer om beginsels en konteks te balanseer, presies wat Aristoteles eeue gelede bepleit het.

4. Die Postmoderne Samelewing, Kompleksiteit en Biomediese Etiek

4.1 Inleiding

Wat die *postmodernistiese benadering* betref sou die volgende ‘eienskappe’ [’n woord met respek gebruik] [n.a.v. Cilliers 1995, 1998, 2000, 2001a en b, en Cilliers en De Villiers, 2000] ter sake wees, en hulle kan ten beste aan die hand van die samelewing as *kompleks stelsel* [gevolglik ook etiek wat ’n proses in/van die samelewing is], analiseer word; die essensie is dat kompleksiteit ’n anti-tese is van die *enkele metanarratief* konsep wat neerkom op *vermyding* van kompleksiteit. Die soeke na die ‘enkele essensiële waarheid’ [Cilliers, 1998, p. 112] verblind ons tot die verhoudings-aard van kompleksiteit. Van Peursen [1974, p. 12] beklemtoon die sentraliteit van *verhouding* in die kontemporêre menslike kultuur. Konstante verskuiwings in daardie verhoudinge is deel van kompleksiteit, en om kompleksiteit te erken impliseer ’n erkenning van die verskuiwings as *integrale deel van komplekse stelsels*.

In hierdie afdeling sal ek die kenmerke van kompleksiteit kortliks verduidelik, aantoon *waarom* ’n beskouing van die postmoderne as ’n komplekse samelewing gepas is [n.a.v. Cilliers, bo] en *wat* so ’n beskouing impliseer – dus ’n analise van die samelewing i.t.v. kompleksiteit maak. Dit sal duidelik wees dat so ’n beskouing die *moontlikheid* van die ‘enkele waarheid’ *onmoontlik* maak, dat beskrywings van die samelewing i.t.v. ’n konstant-dinamiese interaktiwiteit van kontekstuele groeperings van individue geskied, dat alle ‘waarheid’ in die samelewing kontekstueel, voorlopig en voorwaardelik is. Ek sal dan verder, bewus van die beperkinge en fragmentasie van so ’n poging, die kloof na *toegepaste etiek* oorbrug deur toepassing van elke kenmerk van die komplekse postmoderne samelewing te beredeneer. In die volgende afdeling sal ek die toepassing meer sistematies benader. Ek sal nie poog om ’n omvattende bespreking van kompleksiteit as sulks te maak nie; die tien eienskappe hierna bespreek behoort ’n redelike greep op die begrip te gee. So ’n onderwerp val buite die raamwerk van hierdie werkstruk; die leser word verwys na Volume 59(1) van *Philosophica*, 1997, waar die breër betekenis en toepassing van kompleksiteit in verskeie uitstekende artikels bespreek word. Ek sal volstaan met ’n enkele aanhaling van Braeckman [p. 6] uit die inleiding tot daardie uitgawe:

‘Science has, the argument goes, discovered, explained and controlled many pieces of the puzzle, but has failed to put the pieces back together [sien ook Roederer, pp. 76, 77 wat fragmentasie i.t.v. die Humpty Dumpty rympte verduidelik]. Recent attempts to study the puzzle in itself cristallyzed into the realization of the main issue: complexity’, [met verwysing na die perke op reduksionisme], en in ’n ligter luim:

‘What is complexity anyway? ...one is reminded of Louis Armstrong, who, allegedly answered someone who wanted a definition of jazz: “Man, if you gotta ask you’ll never know”! [dieselfde kommentaar sou oor postmodernisme as sulks gelewer kon word!].

4.2 Kompleksiteit – Teorie en Toepassing op Biomediese Etiek

4.2.1 ’n Komplekse stelsel bestaan uit ’n groot aantal elemente:

Die ‘eenhede’ waaruit ’n komplekse stelsel saamgestel is staan bekend as sy *elemente*. Komplekse stelsels bestaan kenmerkend uit ’n groot aantal elemente en dit is juis dit wat die gedrag van die stelsel in konvensionele terme [bv. ’n stelsel van differensiale vergelykings] *onvoorspelbaar* maak, beskrywing in sulke terme onprakties maak en nie meehelp in ons begrip van die stelsel nie.

In terme van die menslike samelewing, word verwys na die *groot aantal persone* in die samelewing. Persone leef nie in ’n vakuum nie maar in ’n/die samelewing. Elke lewe is op velerlei terreine ’n etiese lewe of vertoon vele etiese eienskappe [die veronderstelling is dat die proses van lewe ’n reeks of kompleksiteit van etiese prosesse/interaksies is, waarin etiek ’n *evolusionêre proses* is waaraan die lewende nie kan ontkom nie; hierdie veronderstelling sal later beredeneer word]. Kompleksiteit impliseer dat die etiese proses ’n komplekse proses is omdat dit ’n [die?] *essensiële komponent* van die lewe uitmaak. Die presiese aard van die etiese proses binne die morele samelewing sal later aangespreek word. Tersaaklik hier is dat ’n beskrywing van kompleksiteit verwys na die interaktiewe samestelling van die samelewing, maar ook na die etiese aktiwiteit van persone; as ’n mens laasg. vir ’n oomblik heeltemal abstrak en teoreties verwyderd van die persoon sou kon beskou, sou dit op sigself ’n verweefde interaktiewe aard openbaar. Anders gestel, etiek is ’n komplekse verweefde ‘organisme’ met ’n eie lewe, waarsonder die mens nie persoon en die samelewing nie samelewing kan wees nie, en dit kan ook nie *buite* die samelewing be-/ontstaan nie [sien later].

4.2.2 Die dinamiese interaksie in die komplekse sisteem:

'n Kenmerk van 'n komplekse stelsel is sy *veranderlikheid* omdat sy elemente in 'n ryke dinamiese interaksie met mekaar is. Die korrelaat van die konstante dinamiese interaksie van die komplekse stelsel in die samelewing is die konstante *uitruil van informasie*. 'n Enkele verbindingsnodus tussen elemente is van weinig belang. Komplekse patrone van verbinding enkodeer informasie en skep betekenis. Terselfdertyd is geen persoon in betekenisvolle isolasie nie omdat die geïsoleerde self weinig betekenis het.

Hierdie uitruil van informasie is op sigself 'n 'etiese' daad [of dan 'n daad met 'n etiese dimensie] omdat etiese elemente 'n rol speel in die inhoud, aard en wyse van oordrag net soos dit 'n rol speel in alle vorms van menslike kommunikasie, maar tegelyk ook deel van die *etiese proses* van die samelewing. Ek stel my iets voor soos die veranderlike/veranderende elektromagnetiese kragvelde om interverweefde elektriese netwerke, onsigbaar, maar vir die wat daarvan weet, 'n teken van *lewe* in die kragstelsel – wat die 'plasma' van etiek voed en aan die lewe hou. Hierdie interaksie *is* die proses van die evolusie van etiek; dit *is* etiek.

4.2.3 Die vlak van die interaksies is betreklik ryk.

Interaksie tussen elemente is nie op 'n een-tot-een basis nie; elke element beïnvloed, en word op sy beurt *beïnvloed deur* 'n aantal ander elemente in veranderlike verhoudings. Die vlak van interaksie is onbelangrik; die invloed van 'n aantal swak-verbinde elemente mag gelykstaande wees aan die impak van een goed-verbonde element. Alle verbindings is dus nie ewe belangrik nie.

Onderlinge menslike interaksie geskied op 'n verskeidenheid van vlakke, intensiteite en hoedanighede wat in die postmoderne gemeenskap konstant toeneem. Interaksie – kommunikasie, informasie-oordrag – in die postmoderne samelewing is op sigself in 'n snelbaan. Nuwe en rewolusionêre vorme van kennis uitruiling en oordrag – bv. die wêreldwye web, e-pos, die blitsboodskap ['SMS'] – verteenwoordig een tipe kommunikasie wat afstand relatief maak en dus die 'beskrywing' van die postmoderne morele gemeenskap [sien later] opnuut onder druk plaas. Die beskouing van Lyotard

[1984] behoort tot die pre-kuber era van postmoderniteit. Lyotard beskryf die aard van die interaksie van elemente in 'n komplekse netwerk as *toevallige groeperings* rondom 'spesifieke funksies' wat 'n mens seker kan vervang met 'idees' of 'waardes' mits dit in 'n postmodernistiese beskouing gedoen word. Lyotard verwys na plaaslike '*clustering*' of *trosvorming* [morele konteks groepering] in 'n proses van plaaslike bepaling. Dit roep die vergelyking van 'n groot aantal flou magnete se effek op 'n bed van ysterfysels op [hoewel daar beperkinge in die vergelyking is – dit dui net 'n *moment* in die proses aan, 'n stilfoto van die video en wys nie op die dinamika en multi-dimensionaliteit van die proses nie], d.i. plaaslike invloedssfeer. Die beskrywing wat Bauman gee aan die postmoderne morele gemeenskap is soortgelyk: tentatief, gepostuleer [eerder as 'denkbeeldig'] [1993, pp. 44, 46], 'chronies onbepaalbaar, ambivalent en toevallig/voorwaardelik' [1992, pp. 192-193]. [Die inherente krag waarmee trosvorming geskied sal afhang van die krag van die onderliggende idee. Hieroor minstens twee beskouings: 'n postmoderne etiese posisie mag redeneer dat moraliteit in alle menslike interaksies vestig; daarteenoor bv. Nussbaum (nie 'n postmoderne etikus nie!) se kommentaar dat moraliteit nie gaan om die 'toys of life' nie maar om idees inherent belangrik (Nussbaum, 1998, p. 276)].

Die kuber-eeu lei 'n nuwe fase van postmoderniteit in [sal ons nasate met die voordeel van terugblik dit 'n ander *era* noem?] wat 'n nuwe betekenis aan die begrip 'ryk interaksie' gee. Die tipe interaksie verskil van die wat Lyotard [1984] beskryf het omdat dit nie op kort afstand en 'persoonlik' gesig-tot-gesig is nie; dit is 'n [die] belangrike vorm van kommunikasie van 'n veel groter gemeenskap wat ook 'n morele gemeenskap genoem kan word [om dit te ignoreer sou 'n strategie van ontkenning wees]. Om dit in te voeg doen nie afbreuk aan die wese van die teorie nie; intendeel, versterk dit. Die kontekstuele 'grense' van die morele gemeenskap word bloot nog vaer, wyer; die aantal elemente nog meer; die kompleksiteit en onvoorspelbaarheid nog groter. Die 'plaaslike' aard van etiese besluite wat uit die komplekse stelsel vloei, dui nie noodwendig op meetbare afstand nie maar op die gebrek aan reikwydte, ewigheid en sekerheid van antwoorde.

Bauman [1993] verwys na die *fragmenstasie* wat die postmoderne gemeenskap kenmerk; die ryke interaksies beteken dat elke element [persoon] binne die sisteem hom

as 't ware opgebreek vind in fragmente wat hulself tot verskillende belangegroepes wend. Dit bring ook onsekerheid en konflik binne die morele enkeling; waaraan, en in watter mate, moet hy gehoor gee, by watter roepstem moet hy homself skaar? Dit is deel van sy dilemma, dra by tot die tentatieweit en voorlopigheid van morele besluite en keuses.

Om 1, 2 & 3 saam te vat: Etiek is dus nie 'n manifestasie of uitdrukking wat 'n enkele persoon doelbewus kan uiter, 'n akademikus klinies in sy kantoor kan analiseer, 'n komitee kan besluit of ontwikkel nie; dit is iets wat ontwikkel in en uit 'n proses wat plaasvind met die noodgedwonge en komplekse partisipasie van baie [gefragmenteerde (voetnota 1)] persone in 'n samelewing [die grense waarvan opbepaalbaar, vaag en tentatief is]. Die proses is die ryke interaksie in terme van die uitruil van informasie en dit is in hierdie amorfse poel van informasie waar etiek konstateer. Die postmoderne 'toegepaste etikus' besef dus die komplekse aard van die samelewing waarin hy funksioneer, dat etiek uit 'n proses in die samelewing vloeit/n proses in die samelewing is, dat die komplekse proses die ryke interaksie van baie lede van die samelewing impliseer en dat die antwoorde in die *proses* gesoek moet word. Hy besef ook antwoorde is nie ewig en universeel nie; intendeel, is net op 'nou' van toepassing, tentatief, kontensieus, toevallig/voorwaardelik en onderhewig aan verandering. 'Toegepaste etiek' is in postmoderne konteks 'n ekstensie van die etiese proses van die samelewing [*nie* van normatiewe etiese teorie nie]. In terme van biomediese etiek, is dit 'n erkenning van kompleksiteit; elke persoon word in sy lewe met die konflikte, dilemmas en onsekerhede van sy menslike bestaan gekonfronteer. Dit het benewens 'n abstrakte, sielkundig-

(Voetnota 1: Vir 'n meer omvattende begrip van *fragmentasie* kan Roederer, 2000, aangehaal word. Hy skets die agtergrond daartoe (pp. 76, 77) as die groei van korporatiewe kapitalisme, industrialisasie, burokratisering, die toenemende rol van die wetenskap in die samelewing, en hoe hierdie druk die individu fragmenteer, hom van integriteit en uiteindelik sy menslikheid stroop. Fabriek maak die mens 'n aanhangsel van die masjien, burokratisering maak van die amptenaar 'n tegnokraat wat nie self verantwoordelikheid neem nie, en korporatiewe kapitalisme berooft die gewone mens van alle hoop om die meester van sy eie lot te wees. Wetenskap stroop die wêreld van spiritualiteit en betowering, en die moderne mens word in verskillende rigtings gedruk en getrek. Hy beskryf die resultaat n.a.v. Lewis Carroll se Humpty Dumpty rymple, en tref dan 'n vergelyking tussen twee reaksies daarop: Dewey se poging tot herintegrasie van sinvolle lewe i.t.v. die behoeftes van die samelewing, en Max Weber se beskouing dat herintegrasie nie moontlik is nie.)

sosiologiese komponent, ook 'n *fisiese* en dit is hierin en in die hantering daarvan dat die etiese proses figureer. Uit postmoderne oogpunt is daar geen onderskeid in die aard van die proses nie; in die meer 'toegepaste vorm' is daar bloot verandering of natuurlike hergroepering van die morele samelewing of kontekstuele belangegroep [en moet rekening met bestaande reëls en wette gehou word – *hoe om hulle eties toe te pas*]. Die *evolusionêre aard van die etiese proses* bly onveranderd, saam met ander eienskappe, en berus nie op die skep van reëls nie.

4.2.4 *Interaksies is nie-liniêr*

Nie-liniariteit impliseer dat die wet van superposisie ongeldig is [daar is geen rangorde van elemente nie]. Die komponente van 'n nie-liniêre stelsel kan nie individueel analiseer en bymekaargetel word nie. Klein oorsake kan groot gevolg hê [en teenoorgesteld].

Nie-liniariteit is 'n prekosisie van kompleksiteit [daarsonder sou dit 'n eenvoudige en voorspelbare stelsel wees] en *in hierdie konteks* kan nie-liniêre stelsels nie gemodelleer word nie. As ons aan die etiese implikasies van kompleksiteit dink, is *self-organisasie, dinamiese aanpassing en evolusie* deel van die lewende proses van etiek; die proses bestaan net in 'n stelsel met nie-liniêre onvoorspelbaarheid. Bauman [1993, p.85] beklemtoon ook dat die morele verhouding implisiet asimmetries is [in 'n verhouding tussen gelykes is moraliteit nie 'nodig' nie]. Asimmetrie dui op magdifferensiale. 'n Kenmerk van kompleksiteit is dat om aandag meegeding word in 'n *dinamiese interaktiewe proses* [stryd tussen die magnete]. Die proses van etiek impliseer dat die sisteem *binnegedring* moet word, aktief om aandag meegeding moet word in wat Cilliers [1998, p.138] die *agonisme van die netwerk* noem, dus te besef daar is/kan geen *a priori* reëls wees om etiese posisies te waarborg of verskans nie. Bauman verwys [op verskeie plekke, o.a. 1993, p.31] na die etiese dilemma van postmoderniteit – *nog nooit was daar so 'n behoefte aan leiding tesame met 'n groter ontoepaslikheid van reëls nie*.

Die postmoderne agent moet dus die *agonistiese binnekring betree*. Hy moet meeding om aandag. Hy moet sy stem [figuurlik] dik maak, hoorbaar bo al die ander wat om aandag meeding. Hy kan nie van reëls afhanklik wees nie. Beginsels is sinoniem met reëls; om *a priori* beginsels te stel is om etiese *verantwoordelikheid* te ontken, te ontduik;

dit is in Bauman se woorde, '*etiek sonder moraliteit*'. Die implikasies in terme van toegepaste etiek is gewigtig. Die dokter-pasiënt verhouding [waaromheen biomediese etiek in hoofsaak gaan; sien p. 99] is van nature 'n asimmetriese een, sterk gelaai in die guns van die dokter. Hy is bewapen met *kennis*, en die *impak en betekenis van sy kennis en besluite*, oor siekte/gesondheid, lewe/dood [hoewel nie altyd so dramaties is die *potensiaal* in die eenvoudigste diagnose altyd daar – 'n moesie wat skielik 'n melanoom genoem word, 'n borsknop onopereerbare maligniteit], is potensieel gewigtig. Die potensiele [en dikwels werklike] mag wat hy oor die pasiënt het is enorm. Die aanwending van hierdie kennis [dikwels met ideologiese bedoelings, n.a.v. die idees van Thompson (1990, pp. 7, 58)] kan die magsbalans in sy guns swaai; dit lei tot oorheersing en paternalisme. Die legitimiteit van toegepaste biomediese etiek sentreer grootliks rondom idees oor pasiënte outonomie juis geput uit 'n strewe na die beheer en bekamping van hierdie wanbalans.

Die nie-liniariteit van die verhouding het die verdere implikasie van *onvoorspelbaarheid* wat 'n kenmerk van die bioetiese verhouding is [in die etiese, emosionele en sielkundige sin]. Die gevolge van besluite en dade kan nie [betroubaar] voorspel word nie.

4.2.5 *Interaksie het 'n kort reikwydte*

Elemente se interaksie is met hul meer onmiddellike bure. Langafstand beïnvloeding is moontlik, dog prakties moeilik. Nogtans is wye beïnvloeding moontlik, maar omdat die afstand tussen elemente kort is, word invloed op pad gemoduleer.

Die kern van die morele gemeenskap is steeds 'belangetrosse' [clusters], essensieel 'n plaaslike beperkte konsep. Trosse is horisontaal bewus van mekaar, rimpels kan deur die totale sisteem beweeg maar word in hul deurgang deur die belangetrosse verander [belangegroepes beïnvloed informasie tydens die deurgang deur die sisteem]. Belangrike gebeurtenisse of dan sterk seine [sterk magnete] affekteer so die hele sisteem, affekteer die trosse maar word op hul beurt weer deur die trosse geaffekteer; daar is geen meta-beheer, sentrale distribusiesentrum of sensoraat nie.

Die etiese implikasie is die 'etiese samelewing as lewende organisme' waarna vroeër verwys is. Antwoorde geld net vir die oomblik en is altyd kontekstueel omdat

hulle uit die omstandighede van die oomblik ontwikkel. As die omstandighede van die samelewing verander, verander sy etiek. In teenstelling dus met die ‘sekerheid’ waarmee die modernis toegepaste etiek benader, die oortuiging wat hy het nadat hy alles opgeweeg of sy beginsels toegepas het, is al waarop die postmoderne toegepaste etikus kan reken *onsekerheid*. Die aard van bioetiese verhoudinge pas goed in met die konsep van *plaaslikheid en beperking*. Hoewel kennis en inligting van oraloor kan kom en vir die kontekstuele belangegroep toeganklik kan wees [pasiënte soek deesdae ook op die web na inligting oor hul siektes en het verstommend baie inligting], is die aard en reikwydte van die morele diskoers rondom ’n spesifieke entiteit, dit raak die kontekstuele belange van ’n bepaalde pasiënt in sekere omstandighede – en is dus uiters *plaaslik en beperk* [sien ook p. 16].

4.2.6 Terugvoerlusse

Die gevolge van enige aktiwiteit reflekteer in ’n terugvoerlus direk of indirek op sigself, beide positief en/of negatief [albei is nodig]. Tegnies staan die eienskap bekend as *herhaling*.

Soos met enige hermeneutiese dinamika, kaats die morele samelewing gedurig op homself terug in ’n ingewikkelde proses ten beste beskryf [deur Lawson, 1985] as *refleksiwiteit*. Cilliers [1995, p.130] verwys na die aard van wat teruggekaats word as self onderhewig aan verandering en modifikasie sodat onsekerheid oor die ‘ware’ interpretasie van elke brok inligting bestaan. ’n Meta-definisie van selfs ‘waarheid’ ontwyk dus in die postmoderne situasie; kennis en waarheid kan slegs as ‘plaaslik’, ‘voorlopig’, ‘voorwaardelik’, ‘onderhewig’ en ‘kontekstueel’ gesien word.

In terme van toegepaste etiek is die boodskap dat dit essensieel is om *konteks* in die etiese situasie te oorweeg [vandaar die aandrang op kliniese betrokkenheid in ‘biomediese’ etiek]. Abstrakte meta-reëls bestaan nie; geen etiese ‘beginsel’ of besluit kan toegepas word sonder diepgaande in agneming van omstandighede nie. Elke situasie, elke beginsel of reël moet opnuut teen die kontekstuele agtergrond beoordeel word. In die praktyk beteken dit dat die beginsel of reël as ‘t ware opnuut beoordeel, uitmekaar getorring en as sulks *herevalueer* en selfs herskep moet word [of *oortree moet word* as die situasie dit verlang]. Om dus wette te probeer aanwend om toegepaste etiese

probleme te hanteer is nie net sinneloos nie maar absurd – tensy toegepas volgens die etiese konsepsies van postmoderniteit. Winkler se ‘kontekstualisme’ bied iets hiervan en is daarom belowend [sien ook McKinney, 2000].

Dit is essensieel om in die bioetiese verhouding ag te slaan op *refleksiwiteit*. Daar kan nie bloot *eenmaal* ’n besluit geneem word en die saak as finaal, afgehandeld beskou word nie. Die pasiënt se reaksie op jou besluit reflekteer noodwendig altyd terug na jou, en die ‘kennis’ wat openbaar is met die vorige besluit geld net tot op daardie oomblik [dit is verkeerd om die proses as hakerig voor te stel; dit is eerder ’n deurlopende, vloeiende proses van *evolusie* met ’n gedurige en volgehoue dinamiese interaksie]. Die voorlopige en kontekstuele aard van etiese ‘kennis’ is dus duidelik.

4.2.7 *Komplekse stelsels is oop stelsels*

Slegs ‘oop’ stelsels kan met hul omgewing wisselwerk. ‘Oopheid’ van komplekse stelsels impliseer dikwels onvermoë om hul grense te bepaal. Die omvang van ’n stelsel word dus meestal nie i.t.v. fisiese begrensing nie maar i.t.v. *doel en funksie* bepaal, is dus grootliks relatief tot die waarnemer, ’n proses bekend as *[om]raming*. Geslote stelsels kan ook passief-kompleks wees maar stagneer in ewililibrium..

Indien die vele diskoerse rondom belange sou staak of stagneer, sou die sisteem stagneer, die ‘plasma’ sou stol en die proses van etiek tegelyk saam met die proses van die samelewing sterf. Die reikwydte en aard van hierdie voortdurende interaksies is allereers binne die belangegroep, maar ook tussen groepe en met elemente buite die stelsel – soos die natuur.

Die implikasie vir toegepaste etiek is hier veral m.b.t. die omgewingsetiek; die proses van etiek vind weerklank in en met die natuur wat nou ook as iets lewends beskou word – nie meer die passiewe bron vir die eksploitasie deur die mens na sy goëddunke nie. Die mens verloor in hierdie konteks sy arrogansie as ‘superieure’ wese, besef na alles is hy maar net ‘nog’ ’n dier [toegegee, met besondere vermoë] en as sulks ’n redelike onlangse nuweling op die planeet. Die gedagte dat die planeet as sulks ook as ’n lewende wese gesien mag word [dit hang bloot van perspektief af – maar dit kan selfs dan vanselfsprekend net uit verskillende *menslike* gesigspunte beoordeel word] dra hiertoe by. Die slotsom is dat die natuur as ‘t ware ‘ingetrek’ word in die etiese proses. Eties

word nie *oor* die natuur besin nie, maar *met*. Die proses van toegepaste etiek in terme van die biomediese sfeer kan in analogie hiermee gesien word; die besluit is nie *van buite*, *abstrak en klinies* nie, maar *lewend deel van die proses*. ‘Oopheid’ in ’n stelsel dui op lewe [geslotenheid en stagnasie op dood]; bioetiek is van en uit die lewe en moet gevolglik ewe oop en onvoltooid wees.

4.2.8 Ekwilibrium is onverenigbaar met ’n komplekse stelsel

Komplekse stelsels is onderhewig aan konstante evolusie wat ’n konstante vloei van energie vereis. Ekwilibrium in hierdie konteks is gelykwaardig aan ‘dood’.

Geslotenheid, ekwilibrium en simmetrie het kontekstueel m.b.t. die beskrywing van die aard van ’n sisteem min of meer dieselfde betekenis – die einde van die sisteem as iets lewends. Die ‘plasma’ benodig/is ’n konstante vloei van energie, dit impliseer ’n proses wat nie volgens oorsprong/ontstaan en eindpunt/doel gedefinieer word nie, maar in terme van *flux*. Die aard van massa-kommunikasie in die samelewing [hier figureer die bydrae van kuber-kommunikasie] verhoog die vloei van energie, voer die flux tot ’n kakofonie waarin die enigste proses van oorlewing die filtrering van oortollige geraas is. Die faktore wat vir die enkeling laat besluit wat vir hom oortollig is, is dieselfde faktore wat hom in ’n etiese rigting sal laat beweeg [rig na watter roepstemme hy sal volg]. Die proses hierbo beskryf dra by tot die onsekerheid wat die postmoderne mens as deel van sy bestaan voel, en tot die onsekerheid wat hy oor die etiese komponent van sy bestaan [*dit is* sy bestaan] voel – die ewige onrustigheid in stede van die ewige antwoorde van die modernis. Die samelewing [by uitstek die *postmoderne samelewing*] is dus ’n *proses* en kan slegs as sulks oorleef.

In bioetiese konteks: die vloei van inligting stop nooit. Niks omtrent die bestaan van die mens [gevolglik ook die bioetiese dimensie] is staties nie. Gevolglik kan geen antwoorde of uitsprake *final* wees nie. My persepsie van *reëls en wette* is juis dat hulle verenigbaar is met ekwilibrium, geslotenheid en afgehandeldheid, dus *prima facie* onverenigbaar met postmoderniteit en kompleksiteit.

4.2.9 Komplekse stelsels het 'n geskiedenis

Komplekse stelsels ondergaan evolusie oor tyd. Die verlede is medeverantwoordelik vir die hede. 'n Analise wat nie die *tyd-dimensie* in ag neem nie verteenwoordig 'n foto, nie die video van die samelewing nie.

Geskiedenis manifesteer nie as 'n objektief-gegewe status nie, maar as 'n versameling van spore verspreid deur die sisteem, en deur 'opname' in verskillende trosse, altyd onderhewig aan veelvuldige interpretasies [baie stories, nie 'n enkele metanarratief nie]. Geskiedenis is nie 'n loper wat die geheime van die hede ontsluit nie, maar die huidige kan nie anders as teen die agtergrond ['verwysingsraamwerk'] van die verlede evalueer word nie.

In etiese konteks sou die toepassing wees dat etiese evolusie teen die agtergrond van die etiese geskiedenis en vanuit historiese posisies geskied – etiek is 'n proses van evolusie vanaf vorige [ewe-tentatiewe, onsekere en voorlopige] posisies. Meer bepaald, in bioëtik geskied die proses teen die agtergrond van die gesamentlike bioetiese historisiteit van die samelewing. Dit tref bv. hoe evolutionêr die Suid-Afrikaanse debat rondom genadedood verloop. Enkele jare gelede sou daar 'n opstand wees; vandag hoor 'n mens in gesprekke dat meer en meer mense 'n gematigde en rustige standpunt daaroor inneem, en hulself in die rol van die lydende kan verplaas.

4.2.10 Individuele elemente is nie bewus van die gedrag van die komplekse stelsel as sulks nie.

Implisiet in die begrip van kompleksiteit is dat stelsels nie modelleer kan word nie vanweë die rykheid en aard van die interaksies en omdat elemente se invloed en beïnvloeding *baie plaaslik* is. Die enkele element – op sigself onbelangrik – kan dus nie bewus van die omvang en aktiwiteit van die stelsel as geheel wees nie en kan dit nie *manipuleer* nie. Kompleksiteit vestig in die ryke interaksie tussen eenvoudige elemente wat reageer slegs op die beperkte informasie hulle aangebied. Kompleksiteit is die resultaat van 'n grootse *ensemble* van interaksies en die patrone van interaksie, is nie gesete in die elemente as sulks nie.

Die massa informasie waarmee ons bombardeer word laat die *illusie* dat ons die prent in geheel sien. Die relevansie van ons aktiwiteite in die morele samelewing word nie beperk deur die feit dat ons geen omvattende blik van die komplekse samelewing kan ervaar nie – ons skep ons relevansie in terme van die effektiwiteit waarmee ons die agonisme [ons eie interaktiewe wisselwerking of ‘koppestamp’] van die netwerk [kontekstuele belangetros] betree. Belangrik is ook dat die asimmetrie inherent aan die verhoudinge in die samelewing en die non-liniariteit van interaksies reaksie op ons optrede onvoorspelbaar maak.

Die etiese implikasies is dat ons as elemente slegs deur betrokkenheid in die samelewing ’n etiese rol kan speel, dat ons belangegroep vorming nie kan beheer nie maar net tot die beperkte vermoë van ’n enkele element kan beïnvloed, en dat etiek vloei uit die interaksie tussen baie elemente. *In bioetiese konteks, wys dit op ’n onvermoë om vanaf ’n bioetiese model, paradigma of stel beginsels te werk*; die kompleksiteit van die stelsel laat dit eenvoudig nie toe nie. Dit is nie voorspelbaar nie. Universaliteit kan nie in so ’n stelsel funksioneer nie. Waar reëls onafwendbaar is [soos trouens in die werklikheid van die lewe], moet hulle met ’n volledige besef van hul beperkings, voorlopigheid en onderhewigheid aan aanpassing toegepas word. In hoofsaak, egter, beteken dit dat etiek slegs ter sprake is wanneer die agonisme van die morele samelewing betree word in die funksionele proses van etiese diskoers.

Emmeche [1997, pp. 57-59] haal ’n reeks artikels aan om die diep verwantskap tussen ’n aantal idees rondom kompleksiteit te toon. Sommige hiervan het interessante implikasies: Komplekse sisteme is dikwels *hierargies*; eenvoudige reëls en gedrag kan komplekse gedrag meebring; tyd-asimmetrie, toeval en onomkeerbaarheid bring *geskiedenis* in die prentjie; kollektiewe makrovlak gedrag veroorsaak oënskynlik spontane patroonformasie [‘emergent properties’]; dit kom ondenkbaar voor dat die ontluikende makro patrone terugwaarts hul oorsaaklike kleinvlak interaksies kan beïnvloed; kompleksiteit is ’n eg-historiese verskynsel – ontwikkelings is oor beduidende tydverloop. Hoewel Emmeche se artikel ‘Life and science’ aanspreek, is hierdie idees nie sonder relevansie in die toegepaste bioetiese sfeer nie.

5. Die postmoderne etiese posisie – die kompleksiteit van postmoderne etiek

5.1 Inleiding

In die vorige afdeling is die eienskappe van kompleksiteit verduidelik, 'n analise van die postmoderne samelewing i.t.v. die individuele kenmerke van *kompleksiteit* gemaak, gevolg deur bespreking van die etiese implikasies van elke kenmerk veral in kontemporêre biomediese etiek. In hierdie afdeling sal ek 'n meer sistematiese beskouing van kompleksiteit en postmoderne etiek weergee.

5.2 Die Kompleksiteit van Postmoderne Etiek

5.2.1 Die postmoderne etiese posisie – fundamenteel oneties?

Hierdie aanklag wat Cilliers [1998, pp.136-140] uitvoerig bespreek, word gemaak juis vanweë die fundamentele postmoderne etiese posisie: dat etiek onverenigbaar is met meta-beskrywings of –voorskrifte, objektiwiteit of inherente konsensus [sien ook later onder *Aanklag van operasionalisme*]. Die aanklag veronderstel etiek in 'n *modernistiese* konsepsie – gebaseer op reëls, wette en voorskrifte. Habermas, aldus Cilliers, maak twee aannames onderliggend aan hierdie *enkele meta-narratief*: dat *konsensus* binne die morele diskoers *moontlik*, trouens die *doel van dialoog* is, aannames wat Lyotard [1984] en, vanuit 'n ander oogpunt, Wittgenstein [Hughes, 1995] verwerp. As teenvoeter en in ooreenstemming met die uiteensetting van die kenmerke van kompleksiteit in die vorige afdeling, stel hy die *proliferasie van heterogene diskoerse* as die 'proses' van etiek in die samelewing. Ook Druscilla Cornell [Cilliers, 1998] voer aan dat ons eties gevestig word deur 'n *komplekse stel verhoudinge* ['n veelvuldigheid van diskoerse]. In teenstelling met *konsensus* beklemtoon Lyotard *dissent. Beperkte konsensus* [slegs vir die kontekstuele van die *nou-en-hier* van 'n besluit] is wel moontlik; beperk om 'n terugkeer na die 'ewige' universele morele reëls van moderniteit te vermy. In teenstelling met die 'ewige' reëls is etiek 'n proses van evolusionêre sosiale *transformasie*.

5.2.2 Geregtigheid – 'n kwessie van verantwoordelikheid

Lyotard [1984] opper twee strategieë om sin hiervan te maak: die herkenning van die *heteromorfe aard* van etiese taalspeletjies, en die besef dat alle konsensus oor die reëls van enige diskoers, plaaslik, ingestem deur *huidige spelers* en dus onderhewig aan uiteindelijke kansellasië *moet* wees. 'n Praktiese teorie van geregtigheid impliseer dat dit die *verantwoordelikheid* van elke speler in enige diskoers is om die *plaaslike reëls* van die taalspeletjie te ken sowel as die *doel* van die diskoers.

5.2.3 Kan reëlgebonde gedrag ooit eties wees?

Hierdie vraag som die *essensie van die postmoderne etiese standpunt* en sy *kritiek op modernisme* op. Allereers moet die betekenis van die woord 'etiek', *sentraal in die debat*, analiseer word.

Bauman [1993] maak ter wille van die debat 'n onderskeid tussen 'etiek' en 'moraliteit' en verwys na [moderniteit se] '*etiek sonder moraliteit*' [die twee woorde hoort dieselfde waarde te hê]. Die postmoderne standpunt is dat persone as eties *gekonstitueer* word deur hul etiese gedrag. Herkenning en berekening van reëls en hul toepaslikheid/toepassing impliseer *nie* moraliteit nie. Om agter reëls te skuil negeer moraliteit, maak dit oorbodig. Indien reëls ewig en waar was sou so 'n standpunt aanvaarbaar wees. Daar is egter wye konsensus dat sulke etiese reëls gefaal het – trouens, volgens MacIntyre [1981], nooit moes gewees het nie. Daar is, in teenstelling met Habermas, geen konsensus oor reëls nie en

'we now live in a world in which the *language and appearance of morality* persist even though the integral substance of morality has to a large degree been fragmented and then, in part destroyed' [MacIntyre p. 5]

MacIntyre is een van 'n koor van kritiese stemme [waarvan Hegel dalk die mees konsekwente is] oor hierdie aspek van wat hy die 'verligtheid' noem.

In sy antwoord op Spurrett [1999, pp. 258-273] se resensie van sy boek, som Cilliers relevante idees oor kompleksiteit en etiek raak op. 'n Geslote stel reëls kan nie 'n komplekse sisteem voldoende beheer of beskryf nie. As ons lewens kompleks is, volg dit dat ons nie reëls as rigsnoere *kan* gebruik nie – ons moet keuses maak [die essensie van

etiek is die maak van keuses] waarvoor ons verantwoordelikheid moet aanvaar. Geen stel reëls kan etiese gedrag waarborg nie. Ons kan egter nie die praktyk van die lewe, synde wat dit is, takel *sonder* reëls nie; ons gebruik elke dag en is onderhewig aan reëls. Die argument is dus nie soseer teen reëls as sulks nie maar die *aanname van die voldoendeheid* van enige spesifieke [en uitsluitlike] stel reëls.

5.2.4 *Sonder reëls is die veiligheid van reëls ook daarmee heen*

Volgens Bauman [1993] beperk die *reëls van modernisme* ons as etiese wesens. Postmodernisme bevry ons – om keuses te kan neem *sonder* die skynsekerheid van reëls. Bauman beskryf dit as *die postmoderne etiese dilemma*: 'n nood aan etiese leiding sonder enige moontlikheid daarvan [intendeel, moraliteit *vloei uit die etiese proses van die samelewing*], of, soos Cilliers dit herformuleer as die *crux* van postmodernisme: *jy kan die agonisme* [interaktiewe wisselwerking-proses in/van die samelewing wat moraliteit voortbring] *van die netwerk* [kontekstuele belangegroep in die postmoderne etiese samelewing] *nie ontkom* [as jy noodgewonge 'inspraak' in die etiese proses wil hê] *nie*.

5.2.5 *Deelname aan die etiese proses van die samelewing is nie opsioneel nie*

Luhmann [Cilliers, 1998] beskou die samelewing as 'n komplekse, self-organiserende sisteem waarbuite ons onself nie kan bevind nie omdat ons *deel van die stelsel* is. Ons moet dus gelate aanvaar dat en hoe die stelsel homself sal organiseer om sy oorlewing te waarborg. Evolusie is moontlik, transformasie nie. Cornell [*ibid.*] beklemtoon *verskil*, verandering wat intree a.g.v. die verloop van tyd in 'n stelsel. Dit beklemtoon dat nie alleen die verlede in ag geneem moet word in die beoordeling van [die impak van] 'n gebeurtenis nie, ook die onvoorspelbare toekoms. Derrida [*ibid.*] dring aan dat ons *verantwoordelikheid* vir die toekoms aanvaar. In terme van etiek bring dit die *aporia*: om verantwoordelikheid vir die gevolge van ons besluite in 'n onbekende toekoms te aanvaar sonder die luukse dat ons kan wag om te beoordeel wat die gevolge is – ons moet nou besluit.

5.2.6 Die kwasi-universaliteit van etiese beginsels

Watter legitimititeit het huidige etiese beginsels vanuit postmoderne etiese beskouing? Die *essensie* van moderniteit is die moontlikheid van universele morele reëls, sinoniem van die enkele oorheersende meta-narratief, die teiken dus van die postmodernis se kritiek. Bauman [1993, pp. 40-41] beklemtoon dat universaliteit morele prerogatief negeer sowel as die staat se aanspraak op morele superioriteit. Kierkegaard word aangehaal in sy beskrywing van die neiging van die sosiale mens tot ‘*herding*’ [op sigself anti-individualisties en universalisties], tweedens in sy beskouing dat universalisme uiteindelik beperk is tot staatsgrense – wat ’n afleiding van *relativisme integraal binne moderniteit* geredelik sal akkommodeer. Universalisme is ’n ‘gemene deler’ eerder as ‘gemene grond’ konsep. Enige konsepsie van universele moraliteit kan slegs terugval op gemene inherente presosiale menslike morele impulse, nie op die produk van sosiale prosessering nie.

Is dit teen hierdie agtergrond konsekwent om duidelik en oortuigend teen die wettigheid van beginsels te redeneer en dan *tog maar* te verklaar bestaande beginsels het ’n rol en plek, moet ernstig opgeneem word, verandering van beginsels moet *teengestaan* word soos Cilliers [o.a. 1998] doen? Kennis moet geneem word wanneer om hulle *nie* toe te pas nie of te *verwerp*, ons moet met elke toepassing hul toepaslikheid en legitimititeit opnuut hermotiveer. Etiese optrede bepaal dus reëls moet nie blindelings gevolg/toegepas word nie, maar met *verantwoordelikheid*. Reëls *moet* dus gebreek word waar aangedui, sonder dat dit die reël as sulks noodwendig ondermyn. Dit beklemtoon die voorlopigheid, voorwaardelikheid en kontekstualiteit van reëls. Met verwysing na die ‘*beginsels*’ van die biomediese etiek paradigma dien onthou te word dat die tipe reël wat ontstaan in/uit die postmoderne etiese proses nie ’n abstrakte reël is wat buite die agonisme [interaktiewe wisselwerking] van die samelewing in ’n akademiese soeke na beginsels geskep is nie – dit is juis die resultaat van die komplekse wisselwerking in en van die morele gemeenskap die *tentatiewiteit* waarvan inhou dat die reël ook ‘*bepaal*’ dat dit kontekstueel gebreek mag - *moet* – word. Die reël *ontstaan* in kompleksiteit en is dus kompleks. Dit is ’n ander siening en definisie van reëls as wat die modernis [en Beauchamp en Childress] daarmee bedoel het [Kant soos Kant homself nooit gesien het nie!].

5.2.7 Die etiese toepassing van wette en reëls

Cilliers beklemtoon in sy artikel ‘Complexity, ethics and justice’ [1995, p.10] dat in die etiese toepassing van geregtigheid, dieselfde benadering t.o.v. die toepassing van wette nodig is om moraliteit te verseker. [Dit tref in die verband bv. dat die Wet op Arbeidsverhoudinge van 1995 *kontekstuele, verantwoordelike* toepassing onderskryf.] Die tipe van *verantwoordelike oordeel* wat van die morele agent verwag word moet minstens die volgende elemente bevat:

- Respek vir *andersheid en verskil* as waardes op sigself;
- Om soveel moontlik *informasie* in te win hoewel dit ’n feit is dat alle informasie *nie* ingewin kan word nie;
- Oorweging van soveel moontlik van die *gevolge* van ’n besluit, hoewel alle gevolge nie oorweeg kan word nie;
- Verseker die *revisie* van die besluit sodra sy foute, hetsy algemeen of spesifiek blyk.

5.2.8 Wat is verkeerd met die etiese reëls van moderniteit?

Modernistiese ‘etiese reëls’ getuig van ’n afgehandelde proses – ekwilibrium, geen *flux* of vloeï van inligting en idees, ’n posisie van stagnasie en – dood. Dit is in hierdie konteks dat etiese stagnasie intree sodra ’n etiese reël ‘geskep’ is – m.a.w. die gevoel ontstaan [in modernistiese taal] dat die etiese dilemma ‘opgelos’ is en dat dieselfde beginsels ‘volgende keer’ weer toegepas kan word. Dit is in besonder die etiese posisie van postmoderniteit dat dit nie die aard van enige etiese ‘reël’ kan wees nie. Elke nuwe situasie moet kontekstueel heroorweeg word. In die voorafgaande is verwys na twee tipes ‘reëls’ waartussen onderskei moet word: bestaande ‘etiese’ reëls, en kontekstuele ‘reëls’ gevorm in en deur die proses van die morele samelewing.

5.2.9 Die aanklag van relativisme en 'anything goes'

[sien ook Bauman, 1993, p. 14, en p. 93]

Twee gewigtige aanklagte teen die postmodernisme en gevolglik teen sy etiek, is die van *relativisme* en *alles is aanvaarbaar*.

Die aanklag van relativisme is ernstig en ingrypend. Van Niekerk [1992] wy 'n volume en baie ernstige nadenke daaraan. Hy haal [p. 165] Siegel aan om die [etiese] '*impotence of relativism*' te beskryf:

'n Relativis is nie instaat om beduidende, kritiese oordele oor die geldigheid of houdbaarheid van aansprake te vel nie. Hy is ook nie in staat om reg te laat geskied aan konsepsies van geregtigheid of legitimiteit met betrekking tot oortuigings en kennisaansprake nie.'

Van Niekerk sit sy pejoratiewe beskouing voort:

'... 'n relativis [is] kwalik in staat om leiding te gee of rigting aan te dui t.o.v. hoe ons in die wêreld behoort op te tree. [Hy] beskik oor geen oortuigende gronde om reg van verkeerd en goed van kwaad te onderskei nie.'

Hy haal dan die groot skietgoed uit:

'Die verband tussen postmodernisme en konservatisme is duidelik: eersgenoemde is niks minder nie as 'n *flirtasie met relativisme*, en daarom 'n *rooftog op die vermoë om krities te staan* teenoor politieke en sosiale ongeregtigheid.' [p. 168]

Die aanklag van relativisme spruit uit die afwesigheid van enige oorkoepelende beheer-reël of *universalisme*. Omdat daar geen *ooglopende* beheer raamwerk is waarteen moraliteit beoordeel kan word nie, geen duidelike normatiewe teorie van moraliteit, *moet* laasg. *noodwendig* relativisties wees. Dit is treffend ironies dat die aanwesigheid van relativisme as integrale *deel van* moderniteit oortuigend beredeneer kan word. Dit was, redeneer Bauman [p.42], *altyd* teenwoordig in moderniteit, maar is deels geïgnoreer, deels negeer as 'n *lastigheid en tydelike irritant* sonder om dit as 'n strukturele

teenwoordigheid te erken. Praktiese problematiek laat nie toe dat twyfel vanuit enige oord op moderniteit gehef word nie. Relativisme is afgemaak as bloot ‘huidig’ [’n spoedbult in moderniteit se onafwendbare baan]. Die uiteindelijke doel van moderniteit is *universalisme* [met universalisering as die proses]. In hierdie opsig is ’n toekomsdroom [ons sal wel eendag universalisme hê] wat Diderot [*ibid.*] pikant *posteromanie* – ’n beheptheid met nasate – noem. Finkielkraut stel dit so:

‘Modern man counted on the competences of the future to correct present injustices’
[Bauman, p. 43]

Pettit [2000, p. 175] bied sy eie prikkelende bydrae tot die relativiteit-debat:

‘If non-consequentialists are to embrace the requirement of universalizability, then they will have to adopt a surprisingly relativistic stance’.

MacIntyre is in sy *magnum opus* ‘After Virtue’ [1981] nie alleen ’n vurige kritikus van moderniteit nie, maar stel dit dat daar slegs drie realistiese etiese teorieë moontlik is: *deug* [Thomisme], *moderniteit* [‘*Encyclopaedia*’] en *Genealogie* [Nietzsche se relativisme], en dat slegs *deug* samehangend en geloofwaardig is. Nietzsche is self ook ’n baie effektiewe kritikus teen moderniteit wat - volgens hom - probeer om tradisionele waardes [die bestaan waarvan hy ontken] met *moderne* sienings van die self te kombineer [‘God, soos ons hom geskep het, is dood’] [Fuller, 1998, p. 22].

As alle narratiewe in kontemporêre etiese debat slegs plaaslike reikwydte het, en daar geen oorkoepelende beherende metanarratief of integrerende beheerstelsel is nie, fragmenteer die maatskaplike struktuur en elke brok tree onafhanklik op in klein, geslote, geïsoleerde stelsels. Dit sou lei tot relativisme en ’n ‘alles is aanvaarbaar’ stelsel.

Die aanklag van relativisme is gebaseer op ’n miskonsepsie, ’n oppervlakkige wanbeeld van postmoderniteit, veral van die dimensie wat ’n beskouing vanuit die oogpunt van kompleksiteit bydra.

In werklikheid is Lyotard [1984] se posisie dat die interverweefdheid van sosiale verhoudinge wat as ’n netwerk funksioneer [waarbinne die individu ondergeskik aan verhoudinge is] fragmentasie en isolasie voorkom. Diskoerse van/binne kontekstuele

belangetrosse toon konstante onderlinge wisselwerking waarin plaaslike narratiewe slegs sin maak teen die omringende agtergrond wat dit 'legitmeer'. Daarbenewens vorm elke node in die komplekse stelsel deel van baie patrone en in die komplekse samelewing is die 'self' deel van vele diskoerse. Binne hierdie komplekse wisselwerking vestig en definieer ons onself – nie as selfstandige individue nie. Hierdie twee faktore negeer die aanklagte van relativisme en alleraanvaarbaarheid. Daar is, na alles, tog 'n soort 'struktuur' in die etiese proses – struktuur wat homself telkemale herontdek, herformuleer en herstruktureer. Die struktuur is bloot nie gefikseerd, reëlgebonde, ewig en universeel nie. Daar is beheer – maar deur die proses self. Die individu is nie vry om in isolasie na eie wens op te tee nie. Hy is ondergeskik aan die werkinge van en in die samelewing. Daar is dus van relativisme en 'doen wat jy wil' geen werklike sprake nie. Al sou kritici nie deur hierdie beredenering oortuig word nie, kan die aanklag omgedraai word: is die praktyk van etiek nie byna altyd tot wisselende mate relativisties nie? 'n Tweede teenklag sou wees: selfs dan is postmoderne etiek minstens etiek *met moraliteit*, terwyl moderniteit nie die verweer het nie.

Dit sou moontlik toepaslik wees om wat Wittgenstein '*ultimate justification*' noem kortliks hier te bespreek [Hughes,1995]. Waarin lê dit: in *subjektivisme en relativisme*, etiese teorie, in 'n enkele oorkoepelende metanarratief van reg en verkeerd? As die proses van regverdiging van etiese optrede tot die uiterste gevoer word, '*bedrock*' bereik is, redeneer Wittgenstein, en geen verdere regverdiging moontlik is nie, is die morele agent se reaksie bloot: '*This is simply what I do;*' en '*What people accept as justification - is shown by how they think and live.*' Dit sou simplisties wees om hierdie standpunt as subjektief af te maak; ek het nie 'n vrywaring om te doen wat ek wil nie. Daar is getuienis dat Wittgenstein dalk bedoel het, en soos Kripke dit stel: '*the ultimate justification of an action resides in community agreement,*' en:

'...[etiese] *disagreement is not merely verbal but very real – it reflects the conflict between two ways of understanding the world and correspondingly two different ways of acting*'.

Die enkele metanarratief word verwerp. Hughes beredeneer Wittgenstein se standpunt as meer realisties as die 'prentjies' van etiese teorie – etiese teorie word verwerp. 'n Kontekstuele eksistensialistiese posisie skemer deur; Hughes se Wittgenstein is 'n pre-postmodernis!

5.2.10 Die aanklag van operasionalisme

Van Peursen [1974] beskryf drie stadia waardeur die kultuurontwikkeling van die mens [in die kontemporêre betekenis van die woord] gaan: die *mitiese*, *ontologiese* en kontemporêre *funksionele*. Chronologies strek die ontologiese in aanvang verder terug as moderniteit maar openbaar dieselfde etiese kenmerke: universele reëlgebondenheid wat verstar in substansialisme. Die *funksionele* ontwikkel om van laasg. te ontsnap, maar raak op sy beurt vasgevang in *operasionalisme*. Die fases kan terselfdertyd parallel bestaan – bv. godsdiens as 'n mitiese, die reg as ontologiese en liefde of menslike verhoudinge as funksionele uitdrukking. Van Peursen se beskrywing van etiek in die funksionele fase wys op deurleefde eksistensiële lewenservaring as basis van etiek; moraliteit as iets wat kontekstueel geskep en herskep word; regverdigheid as 'n konkrete kontekstuele daad; en dit alles teen die agtergrond van *verantwoordelikheid*. Die gevaar is dat die funksionele in operasionalisme verval en vasgevang word, dat alles i.t.v. *funksie alleen* gedefinieer word.

Dit is duidelik dat dieselfde aanklag teen die postmoderne etiese beskouing, op sigself 'n beskrywing van die etiese *proses* van die samelewing, ingebring kan word. Kan moraliteit slegs i.t.v. *funksie* gedefinieer word? Is dit 'n raak beskrywing van postmoderne etiek? Dit herroep die argument rondom die *moraliteit* van die postmoderne beskouing in 'n vorige afdeling bespreek. Daar is in hoofsaak drie redes waarom die aanklag van operasionalisme nie toepaslik is nie. Eerstens is die postmoderne etiese proses *nie* universalisties, beskryfbaar deur 'n 'enkele meta-narratief'; tweedens is die blootstelling van die morele agent in die agonisme van die morele proses *meer as bloot informasie-ruiling – hy stel homself bloot*. Die agent is *persoonlik* betrokke in die etiese proses; die proses is nie abstrak nie maar *aktueel*. Derdens: die komplekse interaktiewe dinamika van die proses beteken nie dit is die *proses per se* wat eties is nie maar dat moraliteit uit die toepassing van die uitvloeisels van die proses vestig.

5.2.11 Rawls, Geregtigheid en Postmoderne Etiek

Is 'n Rawlsiaanse analise van etiek sinvol?

Rawls [1971, pp.11-17] se werk fokus op *geregtigheid* – 'n sentrale etiese konsep, en een van die hoekstene van die biomediese etiek model; dit verleen legitimitieit aan my analise [verdere legitimasië is die geleentheid of uitdaging om die *moraliteit* van Rawls se analise uit postmoderne perspektief te beoordeel].

John Rawls het die konsep van '*geregtigheid in billikheid*' ontwikkel om te bepaal hoe mense sou optree in 'n totaal teoretiese, non-altruïstiese, abstrakte *a priori* 'eerste posisie' in die bepaling/beoordeling van die basis van geregtigheid. Hy veronderstel dat almal wat vanuit sy definisie aan 'n diskoers oor geregtigheid deelneem, tot dieselfde twee besluite sou kom wanneer 'n regverdige stelsel van distribusie van middele en verpligtinge in 'n teoretiese samelewing uit wans geskep moet word. Die veronderstelling is dat geen deelnemer aan die diskoers bewus is van sy eie vermoë, sosiale posisie, finansiële en verstandelike vermoë, ras of geslag nie. Hy redeneer dat die enigste stelsel van regverdige distribusie hiervolgens een van totale gelykheid is [en dat die rede hiervoor nie altruïsme nie maar *iebelang* is]; tweedens, dat ongelyke distribusie net aanvaarbaar sou wees indien almal in die stelsel daardeur bevoordeel sou word [dat niemand – meer bepaald die armstes - dus daardeur *benadeel* sou word nie, en dat *bykomstige waarde* vir elkeen geskep word]. Die interessante akademiese oefening het die nadeel dat dit nooit werklik *toegepas* kan word nie omdat geeneen van ons buite die '*situatedness*' van die samelewing *kan* staan nie [wat andere nie weerhou het van ontwikkelings van egalitêr-geregverdigde distribusie-standpunte vanaf Rawls nie; ek bespreek dit op pp. 90, 98] – die woorde van die post-Elizabethaanse Engelse digter John Donne [1571-1631] kom in die herinnering:

No man is an Iland
 Intire of it selfe
 Everyman ia a peece of the Continent'
 A part of the maine;
 If a Clod bee washed away by the Sea,
 Europe is the lesse,

As well as if a Promontorie were,
 As well as if a Manor of thy friends or of thine owne were;
 Any mans death diminishes me,
 Because I am involved in Mankinde;
 And therefore never send to
 Know for whom the bell tolls;
 It tolls for thee...

Donne het aangevoel dat die samelewing die mens konstitueer, die postmodernis sou sê [ook] *eties* [en dat daar eintlik geen verskil tussen *as mens konstitueer* en *eties konstitueer* is nie]. [Dit is ook die sentrale tema van Aristoteles se kontekstuele moraliteit ingebed in die waardes wat die '*polis*' daarstel]. Die mens bevind hom dus onwetend en onbepland binne die koppestamp van die samelewing. Dieselfde besware as teen Rawls se konsep van 'regverdigheid as billikheid' sou figureer wanneer 'n poging aangewend word om 'n soortgelyke *a priori* analise op etiek toe te pas. Gegewe dit, gegewe die abstraktheid en moontlik absurditeit van die analise, *is dit moontlik om in sulke terme aan etiek te dink?* Gestroop van alles wat ons is, in 'n primordiale a-sosiale staat, hoe *sou* ons oor etiek voel? [’n Realistiese reaksie is moontlik dat ons in daardie toestand nie sou weet wat etiek is nie; etiek ontstaan in die aksies in die samelewing, in die prosesse waardeur die mens homself eties en andersins vestig].

Ek veronderstel idees soortgelyk aan die wat Rawls vir regverdigheid opper, sou vir etiek in hierdie 'oorspronklike posisie' 'verskyn'. Sekere sekerheidskonsepte sou te voorskyn kom as 'riglyne' of eienskappe wat my sal beskerm: etiese besluite moet kontekstueel wees, regverdig, veranderbaar, sensitief wees vir die onsekere toekoms, voorwaardelik, verantwoordelik wees. *A la* Rawls se oorspronklike analise, is distribusie net eties as dit 'gelyk' is, en ongelyke distribusie slegs eties aanvaarbaar indien selfs die swakstes in die sisteem se lot ook uiteindelik verbeter word.

'n Verdere besluit sou wees gesamentlike beheer om te keer dat ek in oorheersing benadeel word [nie soseer outonomie nie, omdat 'my' outonomie sou moes meeding met die 'ander' s'n].

Die resultate van hierdie analise herinner aan die kontekstuele morele gemeenskap, en die eienskappe is die van kompleksiteit. Maak hierdie analise enigins

sin? Rawls se oorspronklike analise kan gebruik word om die billikheid en regverdigheid van ander *bestaande* stelsels te beoordeel. Tweedens neig regverdige stelsels in daardie rigting. Dieselfde kan vir die Rawlsiaanse analise van etiek geopper word. Dit herinner selfs aan die *ontstaan en evolusie* van etiek in die morele samelewing. Hierdie 'eenskappe' kan geredelik met 'n postmoderne standpunt versoen word. Dit tref dat die analise veel in gemeen het met die beskrywings van kompleksiteit van die samelewing en/in sy etiek, en, weer in Rawlsiaanse terme, 'legitimiteit' verleen [vanuit 'n heel ander en dalk onverwagte bron] aan die postmoderne etiese posisie. Ek is heeltemal gemaklik met kritiek dat bloot die aanwending van so 'n analise disrespekvol is vir die wyse waarop etiek in die postmoderne samelewing ontstaan; dit is nogtans opwindend om oor die implikasies van die analise te spekuleer.

6. *Analise van die Gevalstudie Model vanuit Postmoderne Perspektief*

Die laterale toepassing van bloot toepaslike, of ‘waterskeidings’-gevalle is weereens die toepassing van praktiese reëlings wat voorheen ‘goed gewerk’ het, m.a.w. *eksperimenteel* [Winkler, 1993, p. 359]. Hoe ons ookal na etiek wil kyk, watter teorie van etiek ons aanhang, etiek is nie iets wat ‘*eksperimenteel*’, d.i. *empiries*, ontstaan/benader kan word nie. Dit is wat gevalstudie-analise doen: kyk na ‘eksperimente’ van ’n soortgelyke aard, dekonstrueer hulle om raakpunte te identifiseer, beoordeel hoe hulle in die praktyk gewerk het en watter eksperimente/raakpunte die beste resultate gelewer het; identifiseer dan watter elemente van watter eksperimente *toevallig* die beste kontekstuele toegepassing vind, en pas dit toe. Die enigste wroeging is om te bepaal wat is toepaslik en hoe, nie wat is *moreel korrek/goed/reg nie*. Dit is ten beste ’n *hoogs-intellektuele oefening*, nie ’n *etiese proses* nie. Weereens, soortgelyk aan beredenering onder die vorige seksie, beteken dit nie dat toepassing van hierdie raakpunte of praktiese reëlings noodwendig ’n afwesigheid van etiese inhoud impliseer nie; etiese inhoud is afhanklik van die *wyse* waarop die reëlings toegepas word. As dit met inagneming van die postmodernis se konsepsie van tentatiewiteit, onsekerheid, twyfel, voorlopigheid, onderworpenheid en voorwaardelikheid *verantwoordelik* toegepas word, is dit nie onverenigbaar met ’n postmoderne etiese posisie nie.

Kontekstualisme as ekstensie van die gevalstudie-model, bied wel aantreklike moontlikhede vanuit postmoderne perspektief, hoewel verwysings na ‘tradisies, norme en deugde’ potensieel-problematiese posisies is. Kontekstualisme erken soos die postmodernis, die ‘*interpretive complexity*’ van konteks en verwerp dus die ‘enkele metanarratief’.

In die finale analise soek gevalstudie analise ook na universaliseerbare etiek. Universalisme is die essensiële kenmerk van moderniteit, prinsiplisme is ’n uitvloeisel van moderniteit. Bauman [1993, pp. 56, 59] beklemtoon die absolute onverenigbaarheid van *universalisme met moraliteit*. Universalisme veronderstel noodwendig ’n *doel, resiprositeit en kontraktualiteit wat moraliteit kanselleer*.

Moraliteit het juis nie 'n spesifieke doel nie; dit word gedoen omdat die morele agent deur homself daartoe gedrewe voel; dit verwag nie resiprositeit nie want dan neem dit die vorm van kontraktualiteit aan, en kontraktualiteit neem die angel uit die morele besluit. Die soort 'eties' wat gevallestudie bied, is ontdaan van moraliteit, hoewel etiese inhoud moontlik is in die wyse waarop die reël toegepas word, die telkemale *herontdekking en herformulering* daarvan, en die oorsprong van die reël. Dit is moontlik dat die 'diskoers' rondom hierdie beginsels [dit kan per definisie nie bestuur of beheer word nie] invloedryk is en die hele gemeenskap affekteer, wyer strek as die plaaslike impak van kontekstuele belangegroep-diskoers in die morele gemeenskap - omdat dit so ontwikkel het in die *proses van etiek in die samelewing*, nie omdat dit van buite afgedwing/afdingbaar of 'n ewige reël of meta-narratief is nie.

Net soos in die geval van die biomediese etiek model, wil dit nie impliseer dat besluite op hierdie wyse geneem nie 'goed' en 'reg' kan wees nie; die proses waardeur tot 'n besluit gekom word en die wyse van toepassing, is bloot nie as sulks 'eties' nie tensy dit op 'n wyse verenigbaar met die postmoderne posisie ontwikkel het en toegepas word [Cilliers, 1995, pp. 126, 129-130; 1998, pp. 136-140].

Benewens bogenoemde *morele* argumente teen gevalstudiemodelle, waarsku Pattison e.a. [1999, p. 45] dat denkbeeldige gevalle as sulks voorgehou moet word, en hul gekonstrueerde aard beklemtoon word om ontnugtering by studente te voorkom wanneer hulle as 'n refleksie van die werklikheid beskou word. Higgs [1999, p. 47] analiseer Pattison se werk en kom tot die gevolgtrekking dat sy kommentaar net relevant is wanneer die styl van gevalstudie 'gefiksionaliseerd' [storiestyl] is; taal moet net analiseer word soos die geval in diskussie ontplooi.

Waar prinsiplisme 'n bo-na-onder etiese redenasie voorstel, redeneer kontekstualiste soos Winkler, Jonson en Toulmin [Lantz, 2000, p. 23] van onder-na-bo; Rawls bied wat op die oog af 'n sintese tussen die twee is as '*wide reflective equilibrium*' aan: 'n soort van interaktiewe heen-en-weer soeke en regverdiging. Lantz verwerp egter enige toepaslikheid omdat dit tot die paradigma van prinsiplisme behoort [*ibid.*, pp. 22-23].

In kontras met bogenoemde beredenering stel McKinney [2000, pp. 466-479] *casuistry* in kontemporêre gewaad voor as ‘belonging to the paradoxical camp of postmodernism’:

‘What is most attractive about casuistry today is thus its quest to balance the need for principles with the necessity to attend to the particular circumstances of a situation, exactly what Aristotle called for centuries ago’.

Hy trek ’n interessante parallel tussen *casuistry* en intertekstualisme, die uitstaande eienskap van postmoderne literatuur [in ’n artikel wat meer as bloot terloopse verwysing regverdig]. Dit is, terloops, ook uit voorafgaande duidelik dat die woordspeletjies wat in etiek gespeel word verantwoordelik is vir meer as net ’n mate van semantiese verwarring.

7. Analise van Biomediese Etiek Model vanuit Postmoderne Perspektief

In die volgende inleiding word die ooreenkoms tussen prinsiplisme en moderniteit bespreek sowel as die vraag: is die outeurs eksplanatief of evaluatief? Daarna volg 'n kritiese analise van 'beginsels'.

7.1 Is prinsiplisme en moderniteit identies?

Die essensiële kenmerk van moderniteit is universaliseerbare etiek, dus 'n posisie wat steun op algemene, oorheersende, ongetwyfelde reëls en wette. Prinsiplisme is vir Beauchamp & Childress [p. 3] 'n *'framework for moral judgment and decisionmaking in the wake of (current social and biomedical) developments.'* 'n Definisie mag wees: *'n teorie van toegepaste biomediese etiek waarvolgens voorafbepaalde normatiewe morele beginsels dien as riglyne tot etiese gedrag.* Omdat biomediese etiek hoofsaaklik konsentreer op aksie-riglyne [wat om te doen, hoe om dit te doen], voel hulle dat *reëls en beginsels beide sentraal en onvermydelik* is. Hiervan kan afgelei word dat prinsiplisme 'n deontologiese posisie is met kenmerke van en dalk gelyk aan moderniteit. Omdat ek dit nie in die inleiding gedoen het nie, en dit 'n insiggewende ontwikkeling deur die skrywers is, en my posisie ondersteun, haal ek aan van p. 462:

'Often what counts most in the moral life is not consistent adherence to principles and rules, but reliable character, moral good sense, and emotional responsiveness.... feelings and concerns for others lead us to actions that cannot be reduced to the following of principles and rule.... morality would be a cold and uninspiring practice without various traits of character, emotional responses, and ideals that reach beyond principles and rules.'

Regte, deug en emosies word dus nie uitgesluit nie; kontekstueel is hulle moontlik van groter belang as beginsels. *Dit is deur 'n beklemtoning hiervan en steun hierop dat prinsiplisme hoegenaamd 'n raamwerk vir morele besluitneming kan wees.* Dit sou die sinikus verskoon word as hy wonder waarom so oortuigend op beginsels gesteun word as

deug en karakter van oorheersende belang is. Die antwoord is duidelik. Die hoofstuk waarin die belang van deug en karakter bespreek word, is vir die eerste keer in hierdie vierde uitgawe bygewerk n.a.v. kritici soos Winkler en [erken die skrywers op p. 62] deur 'recent ethical theory' se klem op 'neglected moral phenomena, including character and virtue' Daar kan geredeneer word dat die teorie legitimiteit verkry deur die moontlikhede van evolusionêre ontwikkeling, hoewel die sentrale en onderliggende fondament van hul 'teorie' steeds die beginsels van prinsiplisme is. Beginsels verkry status as oorkoepelende 'meta-'reëls eties gemaak deur deug. 'n Minder welwillende beskouing is dat hulle die inherente immoraliteit van hul standpunt besef, en na 'n ou en getroue ryperd – karakter – gryp om legitimiteit in 'n veranderende sosiale milieu te behou. 'n Meer eerbare strategie sou wees om hul boek totaal te herskryf [daar het pas 'n vyfde uitgawe verskyn wat nie noemenswaardig van die vierde afwyk nie]. 'n Ander benadering wat aanklank vind by die deugde-beskouing sou wees om soos Grundstein-Amado [1995] *waardes* as gronde vir 'a sound and justifiable decision-making process' te beredeneer en ontwikkel. Daar is egter 'n inherente ongemak in die benadering vanweë die sluimerende subjektivisme en enkele-metanarratief opgesluit in groepskonsensus [waarheen 'n waarde-stelsel mik vir legitimasie].

Dit is hopelik nou duidelik waarom ek prinsiplisme in die inleiding as 'die laaste stuiptrekkings van die *projek van moderniteit*' etiketteer het.

7.2 Is Beauchamp en Childress eksplanatief of evaluatief?

Rossouw [2001, p.259, 261 en 266] analiseer die omvang van [toegepaste] sake etiek in twee hoofstrome: *eksplanatief* [wat dieper begrip van die etiese aspekte gee] en *evaluatief* [wat verby begrip na 'n etiese evaluasie beweeg], en bespreek die spanning tussen *normatiewe* en *desriptiewe etiek* [volgens hom in die praktyk nie skeibaar]. Onwetend [?] vermeng Beauchamp en Childress die strome in hul bespreking van [die vier beginsels], en dit verwar veral die kritiese leser. Wanneer is hulle bloot besig om te beskrywe, en wanneer om voor te skryf? Is daar vir hulle hoegenaamd 'n verskil? Verstaan hulle dat daar 'n onderskeid is? Hierdie is vrae wat keer op keer opduik, maar sonder interaksie met hulle nie bevredigend beantwoord kan word nie [my indruk is dat hulle nie die onderskeid of die belang daarvan besef nie]. Anders as bv. Van Peursen [in

totaal ander konteks], laat hulle na om die *aard en doel van hul model te omskryf* – waarvan ’n redelike afleiding is dat dit minstens beide be- en voorskrywend is. Anders gestel – hulle onderskei nie tussen *etiese en non-etiese* aspekte van hul paradigma nie.

7.3 Kritiese Beskouing van Beginsels – Biomediese Ekwivalent van Universalisme

Blum [aangehaal in Allmark, 1995] gebruik die term ‘*impartialism*’ vir die non-kontekstuele teorie van prinsiplisme – etiek is gebaseer op onpartydigheid, onpersoonlikheid, universele beginsel en formele rasionaliteit – kortom juis wat uit postmoderne oogpunt teikens van kritiek is.

’n Onmiddellike reaksie is dat die model ‘etiek’ sonder moraliteit verwoord - *die essensie van die onderskeid* tussen die moderne en postmoderne etiese posisies en die draad wat deur die verhandeling loop.

Die postmoderne standpunt sou wees: sodra op enige beginsel besluit is/’n beginsel ingespan word, verloor die debat sy etiese inhoud [daar is in ieder geval nie meer ’n debat nie] [Bauman, 1993, pp. 29, 75, 78; Winkler, 1993, p. 355]. Hierdie stelling moet om twee redes verder ontwikkel word: eerstens omdat beginsels as deel van die werklikheid van die lewe en as historiese ontwikkelings bestaan, en tweedens dat die aard van die samelewing in die praktyk reëls – of wette, of strukture van die een of ander aard – benodig. (1) Die kritiek vanuit postmoderniteit op die ‘enkele metanarratief’ idee van moderniteit as sou dit iets wees wat nie [kan] bestaan nie of minstens nie die

(1): In sy antwoord op Spurrett [1999, pp. 258-273] se resensie van sy boek, som Cilliers relevante idees oor kompleksiteit en etiek raak op. ’n Geslote stel reëls kan nie ’n komplekse sisteem voldoende beheer of beskryf nie. As ons lewens kompleks is, volg dit dat ons nie reëls as rigsnoere kan gebruik nie – ons moet keuses maak [die essensie van etiek is die maak van keuses] waarvoor ons verantwoordelikheid moet aanvaar. Geen [enkele] stel reëls kan etiese gedrag waarborg nie. Ons kan egter nie die praktyk van die lewe, synde wat dit is, takel sonder reëls nie; ons gebruik elke dag reëls. Die argument is dus nie soseer teen reëls as sulks nie maar die aanname van die voldoendeheid van enige spesifieke stel reëls.

aard van die die postmoderne samelewing verwoord nie, beteken nie reëls mag geheel en al nie betaan nie – dit beteken wel dat dit oneties is om onnadenkend, sonder inagneming van omstandighede en dus sonder om verantwoordelik daarvoor te voel en te wees 'n reël as 'n universele, ewige, klip-geskrewe wet toe te pas. Hieruit volg dat enige reël moreel of immoreel mag wees *maar dat laasg. vestig in die manier waarop die reël toegepas word* [Cilliers, 2001, pp. 4, 11]. Die verdere aspek rondom moraliteit en reëls is die ontstaan en oorsprong van die reël. As die reël in die etiese proses van die samelewing ontstaan, as tentatief, voorlopig en voorwaardelik beskou word, onderworpe aan verandering, dui dit op 'n posisie nie onverenigbaar met die etiese posisie van postmoderniteit nie [sien pp. 29, 30, 31].

Beginsels presenteer hulself nie vanselfsprekend in 'n etiese dilemma nie en moet uitgekrap/gesoek word. In die praktyk van biomediese etiek is dit dikwels onseker watter van die vier beginsels toegepas moet word/toepaslik is, en of daar 'n hiërargie van beginsels is. Hoewel 'etici' dus mag voorgee dat hulle van bo af en vanuit 'n spesifieke beginsel redeneer, is dit meestal andersom: dat die bes-passende beginsel eers 'ontdek' word wanneer die etiese dilemma reeds of byna opgelos is, m.a.w. dat retrospektief daarop besluit word na 'n volledige analise van die probleem [Winkler, 1993, p. 355]. Of dit eties is om voor te gee dat jy 'n spesifieke beginsel toepas is twyfelagtig.

Dit sou teoreties beteken dat moraliteit niks meer nie behels as die identifikasie van die toepaslike beginsel en die toepassing daarvan – 'n deontologiese posisie, met al die implikasies daarvan. Dit beteken nie besluite wat op hierdie manier geneem word is noodwendig 'goed' of 'sleg' nie [die evaluasie is nie *kwalitatief* nie]. Dit beteken bloot hulle is nie 'moreel' of die proses een van 'soeke na moraliteit' of na moreel korrekte optrede nie. 'n Vergelyking van die Sokratiese soeke na etiese 'waarheid' is toepaslik. Sokrates se vraag: Is daar 'n eties-korrekte, morele manier van lewe? met die ekstensie: Indien wel, hoe kan ek weet wat is goed?, veronderstel dat die antwoord uit 'n 'interaktiewe' diskoers' en beredenering, nie die relatief-simplistiese identifikasie en toepassing van 'n reël vloei nie. Dit is wat hierdie model voorskryf. Sokrates se waarskuwing dat dit oneties is, is ewe toepaslik. Die antwoorde wat Sokrates, Aquinas, Kant en Mill op hierdie vrae voorstel is nuttig om te bestudeer, maar elke generasie, elke tydvak moet sy eie antwoorde binne die raamwerk van sy tyd, sy omstandighede vind.

Cilliers beredeneer die moraliteit van wetstoepassing [geregtigheid] op dieselfde wyse – dat geregtigheid seëvier slegs as wette eties toegepas word, d.i. met inagneming van omstandighede, met verantwoordelikheid en met ’n besef van die beperkings van wette [Cilliers, 2001, pp. 4, 11]. Dit is nie noodwendig foutief om ’n standpunt in te neem dat die ervaring leer dat keer op keer sekere [verwysende na die vier] *beginsels* in ’n biomediese etiese ondersoek verskyn nie – solank ’n mens die beperkinge van die waarde, betekenis en applikasie van die beginsels vanuit die postmoderne perspektief besef [ek twyfel of die morele samelewing sonder die historisiteit van bioëtik so sou ‘besluit’].

Die betekenis van die ‘beginsels’ is uiters kontensieus en nie gestandaardiseer nie – hoe kan dit as ‘beginsel’ toegepas word as dit op sigself ‘onderhewig’ is en dus eintlik geen beginsel nie? [Hierdie ‘beginsel’ bring bog. ‘beginsel’ terug na iets na aan eties – die etiese wroeging en soeke na die betekenis van die woord, en die wete dat in die soeke ’n mens nie die noodwendige etiese kontent van ‘waarheid’ kan ontsnap nie! Hierdie soort soeke binne die morele gemeenskap is iets waarmee die postmodernis sou kon identifiseer.] Dit is insiggewend dat die kern kurrikulum voorgestel vir bioetiese onderrig aan VK mediese skole nie melding maak van Beauchamp en Childress of prinsiplisme nie [1998, pp. 188-192].

Vervolgens sal die beginsels individueel analiseer en bespreek word.

7.4 Respek vir outonomie [Beauchamp en Childress Hoofstuk 3, pp.120-188]

Die moreel-filosofiese argument oor outonomie

7.4.1 Wat beteken outonomie?

Uiteenlopende konnotasies word aan die begrip outonomie geheg: selfregering, individuele regte, privaatheid, individuele keuse, vryheid van die wil, om eie gedrag te inisieer, en om jou 'eie persoon' te wees. Daar moet onderskei word tussen wat Gilbert [2000, p. 299] noem '*pure self-determination*' en '*rational choice*'; die meer libertêre denkers [Rawls vooraan] ondersteun 'n konsepsie wat outonomie as die *sine qua non* van moraliteit voorhou. Nessa en Malterud [1998, p. 394] beredeneer 'n dinamiese en dialoog-gedrewe konsepsie van outonomie as voldoende vir kliniese doeleindes. Dit is, volgens Janssens en ten Have [1997/8, p. 49] in die vroeg-sestigs deur o.a. van den Berg voorgestel as teenvoeter teen die sg. 'biomediese model' ['n oordrewe wetenskaplik-georiënteerde paternalistiese dokter-pasiënt verhouding].

Die omvattende betekenis wat Beauchamp en Childress [p.121] voorhou

'...personal rule of the self that is free from both controlling interferences by others and from personal limitations that prevent meaningful choice, such as inadequate understanding. The autonomous individual freely acts in accordance with a self-chosen plan....' [my kursief]

dui reeds op die essensie - *keuse, d.i. ingeligte toestemming* – waarvoor dit nie nodig is dat

'the autonomous person be exceptionally authentic, self-possessed, consistent, independent, in command, resistant to control by authorities, and the original source of personal values, beliefs, and life plans' [p123] maar bloot en sinvol

'that an individual evaluate and accept each of the reasons on which the individual acts.'

7.4.2 '*Respek vir outonomie*' - '*n morele vereiste?*

'Respek vir outonomie' word gestel as 'n *morele vereiste* in terme van *normale keuses, doelbewus, met begrip en sonder oorheersing geneem*, [p.125] maar nie

beredeneer nie. Is dit 'n morele vereiste? Hoewel daar ongemak is met die beskrywing 'verpligting', wat herinner aan Kant se universele konsepsies en pligsbaseerde moraliteit, kan respek vir iemand se reg om keuses oor homself te neem 'n etiese posisie wees, mits besluite kontekstueel, voorlopig, onderhewig aan verandering en verantwoordelik is. Dit sou bv. *immoreel* wees om iemand se outonomie te respekteer as sy besluit die doelbewuste benadeling van 'n ander inhou.

7.4.3 *Is outonomie en outoriteit verenigbaar?*

Howel respek vir outonomie as 'n morele posisie beredeneer kan word, sou dit oneties wees om te verwag dat 'n persoon homself aan arbitrêre reëls onderwerp. Outonomie beteken werklike vryheid om 'n keuse te maak – nie Kantiaanse keuses tussen 'regte' en 'verkeerde' besluite nie.

7.4.4 *Vier kwellinge oor outonomie*

Daar is om drie redes 'n inherente ongemak aan die begrip 'outonomie': Die postmoderne etiese posisie beklemtoon die kompleksiteit van die morele samelewing en besluitnemingsproses – wat onafhanklike besluitneming beperk deur groepering of versameling rondom 'n belangetros, *outonomie beperk* tot beïnvloeding van plaaslike dinamika deur komplekse verbintenisse van die self. Tweedens, in die *toepassing* van die beginsel van outonomie: as nie eties d.i. kontekstueel toegepas, met inagneming van moontlike gevolge, met 'n gevoel dat selfs daardie 'outonome' besluit nie finaal en bindend kan wees nie. Derdens, betrokkenheid in die samelewing beperk outonomie – of stel 'n beperkende definisie van outonomie [in die tradisionele Afrika-konteks is outonomie sekondêr tot die belange van die gemeenskap, word gelyk gestel *met* die belange van die samelewing]. Vierdens word die paternalistiese 'biomediese model' ironies versterk juis omdat dit werkbaar geag word mits bloot pasiënt outonomie gerespekteer word [Janssens en ten Have, 1997/8].

7.4.5 Is respek vir ander se outonomie 'n morele daad? Kom Kant en Mill tot die redding?

Kant beredeneer dat elke persoon oor die inherente waarde en kapasiteit beskik om oor sy eie lot te besluit [Beauchamp en Childress, p. 125]. Miskenning van outonomie impliseer miskenning van die persoon ook as 'doel', nie bloot as 'middel' nie [’n formulering van sy kategorieëse imperatief]. Mill beperk outonomie tot die mate waartoe dit ander nie benadeel nie. Kant se 'morele verpligting' is problematies – enige reël wat geen beweegruimte in sy toepassing toelaat nie, is *per se* oneties – substansiële kritiek op Kant se etiek as geheel. Norman [1998, pp.70-91] herinner aan Kant se agtergrond en die Christelik-Lutherse beskouing [Weber, op p.70 aangehaal]:

‘...the valuation of the fulfilment of duty in worldly affairs as the highest form which the moral activity of the individual could assume....’ [my kursief]

[Kantiese] etiek is dus *Goddelike verpligtinge* in ons soeke na die goeie lewe. Kant se kategorieëse imperatiewe steun op rasionaliteit en universaliteit – wat konsekwente, rasoniese, voorspelbare en onpersoonlike etiese optrede impliseer, inherent ’n *onetiese* posisie. Om ’n beginsel as ’n ewige, klipgeskrewe gebod toe te pas, is oneties.

Voorwaardes of beperkings [Mill] kanselleer moraliteit, ’n posisie verenigbaar met my posisie oor Kant. ’n Postmoderne siening is ewe ongemaklik met *absolute beginsels* as met *absolute uitsonderings*. Die beskouing dat

‘...wide agreement exists that the rights of autonomy are often legitimately constrained by the rights of others...’ [p.126]

sonder dat die persoon wat beperk word mag weet *waarom* is arbitrêr en oneties en bots met konsepsies van die etiese proses.

Dit is insiggewend om outonomie vanuit die tradisionele Afrika-kommunitêre perspektief te beskou. Gyekye [1997, pp. 55-56] bespreek vanuit sy Akan-Nigeriese agtergrond die *moraliteit* van outonomie *per se*; outonomie kan nooit moreel neutraal wees nie maar is altyd slegs *gedeeltelik moreel*. Daar is geen konseptuele skakel tussen

outonomie en morele optrede nie [wel tussen outonomie en vryheid]. Outonomie veronderstel die een of ander *basiese morele kompetensie* om die moreel korrekte besluit te neem – maar dit volg nie dat die outonome persoon noodwendig altyd die morele keuse sal maak nie, wat op morele determinisme sou neerkom. Die beskouing ondersteun dus 'n posisie dat werklike outonomie werklike vryheid om te kies impliseer, met die voorbehoud dat onderliggend 'n morele ondertoon heers.

7.4.6 Outonomie en ingeligte toestemming

Outonomie beteken kontekstueel 'toestemming' tot behandeling of 'n behandelingsrigting, impliseer *insig* in besluitneming wat sekere *inligting* noodsaak. Outonomie kom in konflik met *paternalisme*; sonder die 'verpligting' tot inligting en spesifieke toestemming, sou die dokter die verhouding oorheers – 'n posisie inherent oneties omdat die enkele metanarratief geld [die onbevestigde *veronderstelling* dat na 'beste belange' omgesien word kan moraliteit herstel].

Die inherente en natuurlike *afhanklikheid* van die pasiënt word teengewerk deur ingeligte toestemming. Dit is die morele plig van die dokter om a.g.v. die vertrouensverhouding die outonomie van sy pasiënt te bevorder, 'n verpligting verder ontwikkel in praktiese reëls [p.127]:

- Praat die waarheid;
- Respekteer andere se privaatheid;
- Beskerm vertroulike inligting;
- Verkry toestemming vir enige intervensie;
- Help ander om belangrike besluite te neem as daarom gevra.

Hierdie beginsels word soos enige en alle beginsels hanteer en *verkry* morele inhoud slegs wanneer *eties d.i. met verantwoordelikheid* toegepas deur die erkenning van voorlopigheid en tentatiewiteit, bereidwilligheid om hulle aan te pas, as 't ware elke keer te herformuleer, en besluite op grond daarvan as onderhewig aan verandering te beskou. Reëls is nie absoluut nie. Terloops, Hippokrates se mening was dat pasiënte hoegenaamd nie ingelig moes word nie [De Roubaix, 2000]!

Ost [1984] beredeneer 'n interessante aspek in hedendaagse literatuur afwesig. Het die pasiënt 'n 'reg' om inligting te weier? Hy haal Veatch [1972] aan wat voel dat die pasiënt intedeel 'n verpligting het om inligting te aanvaar: 'there may be a moral duty to know one's self and one's fate'. Hy redeneer in ondersteuning van Veatch dat outonomie rasionaliteit veronderstel wat slegs kan bestaan as die persoon voldoende ingelig is; weiering van inligting is 'n daad van irrasionaliteit, so 'n persoon kan nie outonoom wees nie. Die pasiënt het dus 'n *verpligting* om ingelig te word [wat die dokter vanuit ander oorwegings, soos bv. weldadigheid of non-kwaadwilligheid kan besluit om nie toe te pas nie; anders sou dit op onbehoorlike dwang neerkom].

Savulescu en Momeyer [1997] beredeneer in 'n uitstekende artikel dat die dokter se verantwoordelikheid verder strek as bloot die verskaf van noodsaaklike inligting; rasionele deliberasie en denke *moet* bevorder word, en dokters moet hierop meer ag slaan. Hoewel die uiteindelijke besluit dalk nie as rasioneel mag voorkom nie, moet verseker word dat besluite op kontekstuele rasionele denke – waarsonder outonomie afwesig is – gegrond is. Hierdie twee insigte dra by tot 'n omvattender visie van die onderwerp.

7.4.7 Outonomie en bevoegdheid

'n Voorvereiste vir outonome besluitneming is *bevoegdheid* - die *vermoë om 'n spesifieke taak te verrig* – in die geval, te besluit oor behandeling of deelname aan navorsing [Beauchamp en Childress, pp. 132-146]. Die regsterminologie [*sui juris* en *alieni juris* vir kompetent en nie] laat die indruk van die reg wat aan die kompetente behoort, maar nie aan die inkompetente nie. Maclean [2000, pp. 277-288] bespreek die evolusie van die reg t.o.v. *kapasiteit* en in sy konsepie fokus outonomie oorwegend op kapasiteit om te besluit. Om 'n persoon se bevoegdheid te beoordeel het oorweldigende morele implikasies wat in die praktyk omseil word deur die imposisie van reëls. In die hospitaalopset kom subjektiewe klassifikasie as bevoeg of onbevoeg en kontekstuele standaarde hiertoe [p.136] as oneties voor, met die status van reëls of wette [ouderdom, maritale status, intelligensie]. Hoewel prakties moontlik onafwendbaar, is die ontduiking van morele verantwoordelikheid problematies.

Die morele verantwoordelikheid van die dokter om in te lig wissel n.a.v. die erns van die prosedure, maar impliseer dit 'n gepaardgaande 'gyskaal' om bevoegdheid mee te beoordeel? Uit 'n perspektief van *verantwoordelikheid [d.i. moraliteit]* sou ek instem; ek het groter verantwoordelikheid om te verseker dat 'n persoon wat kankerchirurgie weier die implikasies van sy besluit besef as wanneer hy 'n toonnaelverwydering weier. Beauchamp en Childress beskou so 'n standpunt '*conceptually and morally perilous*' [p.140] en '*incoherent*' [p.141] waarmee ek verskil. Buller [2001] bespreek die onderwerp uitvoerig en redeneer dat beperkinge op bevoegdheid *intern* kan wees [essensieel, gebrekkige kennis of verstandelike vermoë], maar dat in daardie geval dit nie ooglopend is dat beperkinge uitsluitlik of meer bepaald op belangriker besluite van toepassing sal wees nie. Beperkinge kan *ekstern* wees, veral in die beoordeling van risiko, en dan is risiko en die vlak van kompetensie benodig parallel. Onderliggend is die enigste regverdiging vir paternalisme dan 'n beoordeling van die *kompetensie* van die pasiënt; as hy egter kompetent beoordeel word om behandeling te aanvaar, is dit onlogies om te wil redeneer dat dieselfde pasiënt terselfdertyd nie kompetent kan wees om behandeling te weier nie. Dit het egter geen impak op wat ek as my *verantwoordelikheid* beskou nie.

7.4.8 Die morele implikasies van die onoorkomelike kennis-differensiaal

Die dokter probeer die onoorkomelike professionele kennis-differensiaal in die verhouding oorbrug deur op 'n verantwoordelike wyse *kennis* aan die pasiënt oor te dra - nie bloot uit pligsgevoel [Kant] of utiliteit [Mill], of om litigasie te vermy nie, maar veral omdat *hy omgee, moreel en professioneel verantwoordelik voel en die morele druk van die magsdifferensiaal aanvoel*. Die newe-effek is paternalisme; 'n mate van oorheersing is onvermydelik. Dit is bedrieglik om voor te gee dat vrye besluitneming *sonder enige beïnvloeding* deur die arts moontlik is. Bauman [1993] is weer op die toneel met die *aporia* – *hoeveel* moet ek omgee, tot ek oorheers? Wanneer 'n outonome besluit nadelig kan wees [bv. weiering van noodsaaklike bloedtransfusie deur Jehovah Getuies] het die dokter 'n geweldige dilemma. Moet hy sy gewete sus deur die inherent onetiese *berusting* in die besluit, moet hy die inherent onetiese *paternalistiese* weg volg? Mag hy skuil agter oënsynlike *bevoegdheid om te besluit*? Daar is geen klinkklare oplossings vir hierdie *morele dilemma* nie, en die morele uitweg vir die postmodernis is

verantwoordelike [d.i.morele] optrede wat vloei uit my noodwendige aktiewe betrokkenheid in die agonisme van die morele netwerk.

Kenmerkend van die kompleksiteit van die postmoderne samelewing en etiese proses is die onrustigheid en ongemak met morele besluite, die beperking op die individuele vermoë om dit te beïnvloed. Reëls en handleidings bied nie antwoorde nie. Daar is 'n inherente konflik tussen abstrakte teoretiese lesingkamer oplossings, en die wroeging van die praktyk. Verantwoordelikheid impliseer dat *die gevolge* van besluite so ver en wyd moontlik oorweeg moet word, en dit veronderstel optrede in die beste belang van die pasiënt.

Teenoorgesteld aan paternalisme is die klinies en moreel *veel groter risiko van ontoereikende behandeling bloot omdat dit is wat die pasiënt verlang* en outonomie respekteer moet word. Is dit 'n realistiese risiko? Die meeste pasiënte aanvaar die advies van hul dokters geredelik en verlang bloot *genoeg inligting*. Pasiënte besef dat hulle besluitnemingsvermoë beperk is deur 'n gebrek aan insig. Dit plaas 'n enorme *verantwoordelikheid* op die dokter, kan lei tot onetiese optrede en oordiensting. Voorstelle vir behandeling is nie altyd in die uitsluitlike beste belang van die pasiënt nie. Biomediese etiek word in die praktyk tot groot mate gerig deur sosio-ekonomiese omstandighede, denke en sisteme, nie onderliggende *moraliteit* nie. Beperking van outonomie kan ook uit 'n beskouing anders as paternalisme geregverdig word. Orr en Genesen [1997] beskryf verskeie gevalle van ontoepaslike behandeling deur ouers om godsdienstige redes geëis [meestal futiele intensiewe sorg behandeling van kinders]. In hierdie gevalle is dit nie *welddadig* om ouerlike surrogasie sonder meer as bindend te beskou nie; dit kan ook *kwaadwillig* wees. Paternalisme is hier nie alleen geregverdig nie, maar waarskynlik voorgeskryf.

7.4.9 Wat is ingeligte toestemming?

Die kernvraag is *hoeveel en watter inligting* as nodig beskou word. Tradisioneel is *wat die geneesheer behoort te sê* as maatstaf geneem; kontemporêr *wat die pasiënt behoort te verstaan en toestemming tot verleen*. Die verandering het saam met siviele verbruikersregte ontwikkel [De Roubaix, 2000]. Daar is twee *doelstellings* onderliggend aan ingeligte toestemming; *vermindering van die potensiaal om te skaad*, en kontemporêr

[en verwant] *beskerming van outonome keuse* wat Beauchamp en Childress voorhou as die hoof funksie en regverdiging van ingeligte toestemming. Respek vir outonomie verkry dus 'n verhewe status. Hierdie twee doelstellings funksioneer op 'n persoonlike vlak. 'n Derde doelstelling wat Beauchamp en Childress nie beredeneer nie is verpligtinge rondom inligting in gesondheidsbeleid, inligting dus wat aan die breë massa aangaande epidemiologie en behandeling van siektetoestande bekend gemaak word, en as basis van beleidsbesluite kan dien. Resnik [2001, p. 131] bespreek die risiko inherent aan die voorsiening van mediese getuienis sonder interpretasie en riglyne aan 'n publiek wat dit nie verstaan nie en verkeerde besluite daarop mag grond – aangepor deur massa mediasasie. Inligting van hierdie aard kan massa-reaksie veroorsaak, en moet dus versigtig en verantwoordelik aan die breë publiek deurgegee word.

Ingeligte toestemming in biomediese navorsing is veral problematies [Clinton, 2001]. Verskeie probleemareas word beskryf, veral retrospektiewe gebruik van data en gevalstudies, en die 'goue standaard' van kliniese navorsing, dubbelblinde studies die etiese toepassing waarvan besondere hoë morele eise aan die dokter/navorsers stel – helaas, so maklik omseil [Hellman en Hellman, 1991]. Dit is veral die dokter wat terselfdertyd navorsers en klinikus is wat aan hierdie dilemmas blootgestel word.

Voor van die onderwerp afgestap word, moet Clarke [2001, pp. 169-187] se interessante en prikkelende insigte oor ingeligte toestemming genoem word. Clarke wys daarop dat in teenstelling met die algemene en kontraktuele reg en die wêreld buite, *buitengewone klem op outentisiteit* in die biomedies-etiese sfeer verwag word. Geen inmenging en volledige verpligte bekendmaking word verwag. Verskeie moontlike verklarings en redes word aangevoer, geeneen egter standhoudend nie. Wat dit betref is bioëtik nie 'n refleksie van die wêreld nie, en hy voel dat die eise van outentisiteit afwaarts aangepas behoort te word [dit bly n ope vraag of hulle toegepas word].

7.4.10 *Is gesamentlike besluitneming moontlik?*

Die tesis hou voor dat behandeling en sorg 'n proses is [Beauchamp en Childress, p. 143], dat volgehoue en gedurige informasie-uitruiling deel is van die proses van kommunikasie tussen pasiënt en gesondheidsorg werkers [dokters met praktykervaring sal dit bevestig]. Nessa en Malterud [1998] stel voor 'n diskoers-proses van inligting en

outonomie [onderliggend aan besluitneming] wat die eienskappe van gesamentlike besluitneming openbaar. Hierdie pasiënt-dokter dialoog kan as ‘*authentic interaction*’ ’n empatiese en sorgsame verhouding daarstel.

7.4.11 Toestemming is deel van die informasieruil proses

Die ondertekening van ’n toestemmingsvorm is vir die skrywers die *essensiële* maar nie begin en einde van toestemming nie; die ondertekening van ’n vorm waarborg nie ingeligte toestemming nie. Toestemming is vir ’n spesifieke ingreep op ’n spesifieke tyd en plek en in spesifieke omstandighede [sien *Mohr vs. Williams*, Beauchamp en Childress, p. 143] – ’n regter het n.a.v ’n chirurg se intra-operatiewe besluit om ’n pasiënt se linker i.p.v. regter oor [waarvoor toestemming gegee is] te opereer gesê:

‘...If a physician advises a patient to submit to a particular operation, and the patient weighs the dangers and risks incident to its performance, and finally consents, the patient thereby, in effect, *enters into a contract* authorizing the physician to operate to the extent of the consent given, but no further’ [my kursief]

Nogtans moet dit versigtig benader word met onderskeid tussen *instemming* en *toestemming* [De Roubaix, 2000]. Die verskil is in die 1957 landmerk Salgo-hofspraak in die VSA gevestig [Uitspraak: dit is ontoepaslik vir ’n pasiënt om in te stem tot ’n prosedure sonder bepaalde risiko-voordeel inligting; Salgo het bloot instemming, nie toestemming nie, verleen]. *Spesifieke toestemming van die pasiënt vir enige en elke intervensie bly essensieel; daar is geen ander metode as die kontekstuele om insig en begrip te beoordeel nie.*

7.4.12 Ingeligte toestemming en kontraktualiteit

Die beskouing van ingeligte toestemming as ’n *kontraktuele verhouding* [met doel, resiprositeit, afdwingbaarheid, waarborg, sanksie as wettige diskoers] ontnem hierdie konsepsie van etiek van moraliteit, maak dit ’n *regsaangeleentheid*. Die feit dat daar [in *Mohr vs. Williams*] vir die betrokke *chirurgiese span* groot *wroeging* was [ek aanvaar die chirurg se besluit was grondig] oor die *risiko* van nie die *wetlik-korrekte pad*

te volg nie, om vir *die pasiënt se beste belang* te kies, en daarvoor gestraf te word bevestig die vervanging van moraliteit deur regspraak – ’n eties riskante weg. *Verbruikerskontraktualiteit* word die norm van die dokter-pasiënt verhouding.

7.4.13 Die ligtheid van reëls

Reëls en vorms is onvermydelik in groot institusies [Beauchamp en Childress, p.144]. Die reg – en hospitaalowerhede - vereis *wetlike dokumentasie* wat bepaalde inligting verseker [mits volledig en verantwoordelik voltooi] maar nie ingeligte toestemming nie. Delegasie van die neem van ingeligte toestemming aan die mees junior spanlid in ’n besige hospitaal vrywaar die behandelende arts nie van sy etiese verantwoordelikheid nie. Persone verplig tot die openbare gesondheidstelsel word die voordeel van ingeligte toestemming ontsê. Sonder *verantwoordelikheid* is daar nie moraliteit nie.

In privaatpraktyk is daar meer ruimte en tyd vir die verantwoordelike hantering van inligting en toestemming. Daar is in die openbare sektor meer paternalisme omdat die inlig-proses nie optimaal funksioneer nie, en utiliteit omdat na ’n groep omgesien moet word.

Die *morele aspek van ingeligte toesteming*, redeneer Beauchamp en Childress [p.146], het *meer te make met die outonome keuse van pasiënte as die wetlike verpligtinge tot openbaarmaking*. Ek sal nie die verskillende standarde van openbaarmaking [*professionele praktykstandaard, redelike persoon standaard en subjektiewe standaard*] verder bespreek nie omdat ek saamstem dat hierdie nie primêr morele aangeleenthede is nie, anders as om te sê dat laasg. se kontekstuele aard belowend is [dit is geen *standaard* nie – omdat die standaard opnuut herskep en herskryf word].

Die postmodernis sal vra: hoe kan ek kontekstueel ten beste bydra tot ingeligte toestemming? Aktiewe wisselwerking – ’n proses – in die uitruil van informasie is die sleutel en sal bydra daartoe

‘that an individual evaluate and accept each of the reasons on which the individual acts.’

[p.123]

Intieme betrokkenheid moet die kenmerke van gesamentlike besluitneming openbaar. Wetlike of institusionele bepalings, voorskrifte of toestemmingsvorms mag slegs *riglyne*

en aanknopingspunte wees. 'n Vorm verseker nie die morele vereistes van die verpligting nie. Reëls moet etiese toegepas word – verantwoordelik, kontekstueel, voorlopig.

7.4.14 Wette, outonomie en moraliteit

Outonomie is vir Beauchamp en Childress die sentrale 'beginsel', maar die algemene kommentaar is ewe toepaslik op die ander drie beginsels

Postuleer die skrywers konsekwent 'n enkele oorheersende metanarratief-lyn? Kompleksiteit en onsekerheid skemer herhaardelik deur met raakpunte vir die postmodernis. Die deontologiese beredenering is nogtans dikwels problematies. Toepaslikheid is nie ooglopend nie [waar/hoe om die regte 'beginsel' te ontdek?]. Antwoorde op komplekse etiese vraagstukke word in reëls en wette gesoek; selfs in hul beredenering is dit duidelik dat dit slegs gevind word in *betrokkenheid* aan die kompleksiteit van die morele arena.

Die etiese proses *per se* mag, gegewe die kompleksiteit van die postmoderne samelewing, ingeligte toestemming beter dien as die outonomie-gedrewe beredenering. As algemene bioëtik deel van algemene postmoderne etiese diskoers is, dokter en pasiënt sensitief vir die kompleksiteit van die netwerk, neig beide om hul outonomie te verloor wat die dokter se paternalistiese 'ergste' verhinder [hy word deur die netwerk van die gemeenskap in toom gehou]. *Invloede vanuit ingeligte toestemming [ook deel van die ryke interaksie in die netwerk] kan hom nie meer en beter aan bande lê as die remming van die morele samelewing waarvan hy teen wil en dank lid is nie.*

Dieselfde geld die pasiënt; die komplekse netwerke van die samelewing *beïnvloed* sy besluitnemingsfunksie [*beheer* is te deterministies – dit sou outonomie totaal ondermyn, tensy die term 'n postmodernistiese 'dinamiese skepping' en evolusie beteken..

Help inligting die pasiënt tot '*meaningful choice*'? Dit is debateerbaar; inligting het wel 'n funksie: om vrees te besweer, realistiese verwagtinge te vestig en reaksie voor te berei. Om sonder 'n bepaalde aanbeveling te besluit is bykans onmoontlik omdat die regte kennis en ervaring hiervoor nodig 'n onrealistiese verwagting is. '*Outonome keuse*' is dikwels slegs die *aanvaarding of verwerping van aanbevelings*. Die kompleksiteit van

die kontekstuele belangegroep is 'n meer realistiese rigter en remmer in die proses van etiek in die samelewing [wat die dokter/pasiënt verhouding *voorafgaan*].

'n *Skyn van etiek* ontstaan rondom wetlike regverdiging. Litigasie-hofuitsprake word etiese voorskrifte - gewigtige kritiek op die 'paradigma', alleen genoeg om my kritiese standpunt te legitimeer. Etiek kan nie ondergeskik aan die reg wees nie. Hoogstens kan hierdie konsepsie *praktyksriglyne* genoem word. Howe behoort kontemporêre medies-geregtelike implikasies van etiese en praktyksbesluite te toets, kan nie *etiese presedente* skep nie.

Outonomie *deur reëls beperk en aan bande gelê* is ewe problematies; reëls is as sulks onverenigbaar met ware outonomie as 'n etiese konsepsie. Die etiese reëls van moderniteit word bo-na-onder toegepas en bots met postmoderne etiese 'reëls' wat van onder na bo ontstaan [die woord 'toegepas/te' dui reeds op 'n bo-na-onder proses]. Outonomie moet kontekstueel gesien word.

Hierdie konsepsie van outonomie laat nie ruimte vir die kommunitêre wat vestig in die gemeenskaplike belang en besluite van die samelewing nie. Die kommunitêre samelewing is 'n besondere morele belangegroep met eienskappe wat ooreenstem met die postmoderne etiese gemeenskap: die intimiteit van verhouding, die aard en reikwydte van sy interaksies, beperking van outonomie [die struktuur en prosesse van die kommunitêre gemeenskap is egter geslote, gefikseerd, stagnant en staties – dus inherent oneties].

Pogings om Kant en Mill in te roep is verdag. Vir die postmodernis is Kant essensieel 'oneties'; moraliteit gebaseer op *plig en abstraktheid vs. kontekstualiteit*, gevolglik 'n universalisme onverenigbaar met die basiese postmoderne posisie. Kant se 'respek vir persone' kan wel eties-aanvaarbaar wees mits 'respek' nie abstrak en buite die proses van die morele gemeenskap gesien word nie. Mill in terme van die *voorwaardelikheid* van outonomie [mits dit nie die outonomie van andere benadeel nie] is as *a priori* kwalifikasie problematies as bloot nog 'n reël of 'n ekstensie van 'n bestaande reël.

Beide dokter en pasiënt is vasgevang in die agonistiese netwerk-proses van etiek. Agonisme dui op 'n spesiale soort samewerkende interaktiwiteit wat die dokter nie 'toelaat' om anders as in die beste belang van die pasiënt op te tree nie, mits daar nie

ander beperkings aan die verhouding is nie. Kenmerke van postmodernisme is die krimp van die afstand tussen dokter en pasiënt en die toename in pasiënt-inligting.

Kontraktualiteit in die eties-geneeskundige verhouding is problematies. Dit is 'n ekstensie van die onetiese neiging om etiek tot regspraak te reduceer. Kontraktualiteit is 'n kenmerk van moderne geneeskunde – maar is daar dan hoegenaamd 'n plek vir etiek in die verhouding? Die klem wat op kontraktualiteit geplaas word neig om etiek te verplaas. Die kontemporêre dokter-pasiënt verhouding bevat *beide* moraliteit en kontraktualiteit. Wetlike posisies moet nie met etiese posisies verwar word nie. Benewens of bo die kontraktuele verantwoordelikhede, het die verhouding 'n belangrike etiese dimensie waarop toenemend gefokus moet word. Ek kan die kontraktuele as beskerming beskou – bevry van etiese kweiling solank ek by die letter van die ooreenkoms hou. As etiese postmodernis voel ek egter die kaping van my etiese self en motiewe aan – ek het geen vryheid om wat kontekstueel as 'reg' voorkom, te doen nie [verwys die *Mohr* vs. *Williams* uitspraak – die letter van die wet is oortree, die eties korrekte optrede is gevolg, maar uitspraak was ten gunste van die eiser]. Let egter op dat hierdie posisie as nie verantwoordelik toegepas, kan lei tot paternalisme.

Daar moet onderskei word tussen hoofsaaklik-wetlike verpligting en morele verantwoordelikhede; die twee moet nie verwar word nie *en beide moet nagekom word*. Die samelewing boet die voordele van 'n meer intieme dokter-pasiënt verhouding in deur groter klem te plaas op die nakoming van die kontraktuele verpligtinge, 'n situasie wat herinner aan die baba-en-badwater idioom.

7.5 Non-kwaadwilligheid

7.5.1 Wat beteken non-kwaadwilligheid? [Hoofstuk 4, pp.189-258]

‘I will use treatment to help the sick according to my ability and judgement, *but I will never use it to injure or wrong them*’ [Beauchamp en Childress, p.189]

Die Hippokratiese eed is ontplooibaar op soveel verskillende maniere, onderhewig aan soveel interpretasies en so onseker en kontekstueel dat net ’n postmodernis gemaklik daarmee kan wees! Die grondliggende filosofie dat iemand wat veronderstel is om vanuit sy posisie, sy sosiale verbintenis [vader of voog], sy beroep en die sosiale milieu waarin dit geskied na die welstand van andere om te sien, *nie veronderstel is om sy voogde kwaad of skade aan te rig* nie is ’n byna vanselfsprekende, fundamentele rigtinggewer wat geen verdere regverdiging vereis nie. Non-kwaadwilligheid is egter nie sonder problematiek nie. Die kontekstuele definisie van kwaad en skade is nie duidelik nie. Is alle vorms van ‘benadeling’ noodwendig moreel verkeerd, die *onthouding of staking van behandeling* selfs of juis wanneer dit die dood kan/gaan veroorsaak, slegs simptomatiëse verbetering sonder beter langtermyn voordeel [nog ’n kontekstueel-problematiese term] bied, of futiel is? Ooglopend is onthouding kwaadwillig, en mag so wees, maar is dit altyd en wanneer nie? Kan doelgerigte en goedbedoelde behandeling altyd die aanklag van non-kwaadwilligheid vryspring [is daar perke aan goed-doen; hoe ver strek *verantwoordelikheid?*].

Die problematiese analise en toepassing van *hofsake* om morele standpunte te regverdig is ’n inherente deel van die skrywers se *modus operandi*, en sal nie weer bespreek word nie. Begrotingsbeperkings bring mee dat beperking en prioretisering vir veral sekere groepe pasiënte onvermydelik is, en dit onmoontlik maak om ’n formele etiese posisie toe te pas. Die morele implikasies van die kommodifisering van geneeskunde, die tussenkoms van bestuurde gesondheidsorg [nuwe reëls, nuwe klasse, nuwe beperkings, nuwe konflik tussen omgee en oorheers] en die ongelyke distribusie van dienste gee nuwe betekenis aan die konsep non-kwaadwilligheid.

Ek sal vervolgens 'n opsomming van die outeurs se standpunt oor non-kwaadwilligheid in die algemeen gee, die kwessies bo genoem uit postmoderne etiese perspektief evalueer, en meer bepaald fokus op een van die mees ingrypende kontemporêre debatte in bioëtik: *genadedood*.

7.5.2 Die beredenering van Beauchamp en Childress se standpunt

'n Belangrike aanknopingspunt is dat hul standpunt

'sanctions rather than suppresses quality-of-life judgements'. [p.190]

Lewe is 'n holisties-funksionele proses waarbinne *lewensgehalte* kwalitatief sentraal is, 'n standpunt waarmee kompleksiteit hom kan vereenselwig. Die risiko van *totale subjektiwiteit* d.i. inherent oneties raak, noodsaak analise van die betekenis van die woord 'lewensgehalte' i.t.v. die maatstawwe om lewensgehalte te beoordeel. Die illustratiewe geval van 'n 68-jarige man met 'n IK van 10 en 'n verstandsonderdom van 2 jaar 8 maande wat leukemie ontwikkel het [p. 215] is tersaaklik. Mediese opinie was dat remissie met chemoterapie in tussen 30-50% van gevalle verwag kan word vir 'n periode tussen 2-13 maande. Chemoterapie op sigself veroorsaak lyding en insiggewende newe-effekte. Sonder behandeling sou sy prognose weke, dalk maande behels. Die etiese vraagstuk [waaroor *'n hof gevra is om uitspraak te lewer*]: behoort *hierdie* pasiënt behandel te word?

'n Laerhof se mening was negatief, gebaseer op hul persepsie van 'the quality of life available to him even if the treatment does bring about remission' [my kursief]. Die hof het op gevaarlike terrein beweeg en 'n *kwalitatiewe oordeel oor sy lewensgehalte uitgespreek*. Die hooggeregshof, daarenteen, het onder revisie die besluit onderskryf *maar die beredenering verwerp* en negatief verwys na 'the vague and perhaps ill-chosen term *quality of life*' as sou sy lewensgehalte in elk geval minderwaardig wees selfs al was hy gesond. Hulle regverdiging was die balansering van potensiele voordeel en verwagte pyn en lyding, 'n *surrogaat-besluit* vir 'n persoon wat nie bevoegd was om self te besluit nie.

Die laerhof se uitspraak impliseer dat iemand met 'n soortgelyke verstandontwikkeling nie 'n aanvaarbare *lewenstandaard* het nie, byna nie 'n 'reg' op lewe nie; die hoërfhof het nie direk daarvoor uitspraak gegee nie, bloot geredeneer dat moontlike voordeel swak opweeg teen waarskynlike nadeel *vir hierdie pasiënt*. Die aanvanklike beoordeling was duidelik immoreel. Hierdie is 'n voorbeeld van 'n morele dilemma wat deur regspraak 'opgelos' is. Die nuwe-effek is die skep van 'n *presedent* wat geen ruimte laat vir toekomstige interpretasie in 'n hof met status gelyk aan of laer as die hooggeregshof nie – die immorele fiksasie van *etiese* besluite. Wanneer *lewensgehalte* as kriterium vir bioetiese besluit geneem word, moet subjektiewe standaarde omsigtig toegepas word, tensy dit eksplisiet die pasiënt se eie verteenwoordig.

7.5.3 Nalatigheid

Geneeskundige behandeling stel die pasiënt direk of indirek bloot aan risiko of potensiële risiko [p. 194]. *Wetlike en morele verpligtinge om risiko te beperk* word saamgevat as 'n standaard van sorg [*'standard of due care'*], die non- of nalatige nakoming waarvan op *nalatigheid* sou neerkom [*verpligtinge* word nie nagekom nie]. 'n Duidelike onderskeid bestaan tussen *wetlike definisies* van nalatigheid [soos bo], en *nalatigheid as 'n morele definisie*. Bauman [1993, p.74] redeneer dat van laasg. alleen sprake kan wees as ek 'n morele verantwoordelikheid vrywillig op myself gelê, nie nakom nie. Moraliteit is 'n persoonlik saak; niemand kan 'n morele verantwoordelikheid op my lê nie, en as dit sou gebeur, word dit 'n wet of reël, ons keer terug na die 'morele gevangenis van moderniteit' – sonder moraliteit. Hierdie benadering verteenwoordig die 'essensie' [as daar so iets is] van postmoderne etiek – 'n 'terugkeer' na moraliteit deur persoonlike verantwoordelikheid wat nie ontkom kan word nie.

Nalatigheid, in algemene gebruik, impliseer *kontraktbreuk* [die breek van 'n belofte kan 'n *immorele* of 'n *morele* daad wees]. Aanvaarbare praktykstandaarde is 'n wetlik-kontraktuele konsep, hoewel faktore in die toepassing daarvan van morele aard kan wees.

7.5.4 Is daar 'n onderskeid tussen non-kwaadwilligheid en weldadigheid?

Non-kwaadwilligheid beteken die weerhouding van skade, nadeel of kwaad; weldadigheid die *voorkoming* van kwaad of nadeel, die *verwydering* daarvan of die *nastreef van die goeie* – 'n positiewe pro-aktiewe konsep.

7.5.5 Moet ek myself benadeel ter wille van non-kwaadwilligheid; hoe ver strek my verpligting?

In die *McFall vs. Shimp* geval [p.193] wou McFall sy neef wetlik dwing om voort te gaan met beenmurgskenking nadat hy aanvanklik ingewillig en na die eerste ondersoek kop uitgetrek het. Shimp was onwillig om homself aan risiko en pyn bloot te stel ter wille van sy neef. 'n Hof kan hieroor alleen 'n *wetlike* uitspraak gee, geen *morele* een nie: die regter se mening was dat Shimp *wetlik korrek* was, maar '*morally despicable*' [hierdie regter het morele kommentaar gelewer]. Daar was geen direkte benadeling nie; die verbreking van 'n belofte het beide sielkundige trauma en wesenlike skade ingehou. Sou die postmodernis die regter se morele veroordeling ondersteun? Dit sou onvanpas wees *sonder deeglike kontekstuele analise*. Omstandighede [nie aan ons voorgelê] moet in ag geneem word. Tweedens is dit onwaarskynlik dat so 'n krasse veroordeling uit die morele gemeenskap, self bewus van sy eie vrese en kommer, sou kom met 'n voorskrif dat iemand hom aan buitengewone risiko blootstel – supererogasie verwag nie. Sou dit middelmatigheid bo uitnemendheid legitimeer, subjektiwiteit ondersteun? Die morele gemeenskap beperk wel outonomie, maar legitimeer terselfdertyd sy konsep van die toepassing van sy eie reëls, en dit ageer teen subjektiwiteit. Die familieband [hulle was neefs] skep 'n spesiale verhouding en aansprake waarop gemene reg nie van toepassing is nie. Tot watter mate die verhouding 'n verpligting behels, sou slegs kontekstueel beoordeel kon word; as dit 'n hegte familie met noue bande was sou die konsep van verpligting sterker wees as met lae intensiteit familiebande.

7.5.6 Nadeel en skade

Beide terme is dubbelsinnig en onderhewig aan interpretasie. My konsepsie van *nadeel* is abstrak, non-tasbaar; *skade* bepaalbaar, fisies [daar mag dalk net 'n graadverskil wees]. Die skrywers gebruik die wye betekenis van benadeling *as ondermyning of dwarsboming van die belange van 'n persoon deur eie of andere se optrede, hetsy so bedoel of nie*. 'n Mens sou kon redeneer dat so 'n persoon *skade* opdoen. Hulle konsentreer veral op fisiese benadeling, insluitende pyn, inkorting van funksie en dood, maar ontken nie geestelike en ander benadeling nie. Hierdie bespreking hoort in geheel onderhewig aan die dinamika van die kontekstuele morele gemeenskap te wees [deel van die diskoers]. Dit beteken dat selfs hierdie konsepte nie in klip gegraveer is nie, maar onderhewig is aan die dinamika van die netwerk.

Paternalisme en gevolglike oorbehandeling is vroeër nie as benadeling beskou nie [Oxford English Dictionary definieer paternalisme in benigne terme; 'n meer kontemporêre New Penguin English Dictionary verwys na behandeling in 'n outoritêre maar goedaardige wyse: '*supplying all their needs but regulating their conduct*'].

Onnodige behandeling word [in teenstelling met *onthouding van behandeling*] nie deur Beauchamp en Childress aangeroeer nie. Dit wissel van doelbewuste onnodige inkomste-genererende ingrepe of chirurgie, tot die resultaat van sosiale druk [indikasies vir histerektomie, keisersnee, tonsillektomie] en ingeburgerde gebruike. Benewens die inisiële benadeling en onnodige pyn en lyding en disrespek vir outonomie, het alle prosedures bepaalde morbiditeit- en mortaliteit, en dit vererger die benadeling. Gebruike is sodanig ingeburgerd dat die vakdiskoers dit byna 'regverdig'. Moet dit gesien word as 'n mislukking van die kontekstuele morele gemeenskap of netwerk? Laasgenoemde – wat die publiek insluit – kan beïnvloed word *slegs* deur feite-kennis of inligting tot sy beskikking, en as kennis van hom weerhou word, vind die kontekstuele dinamika daarsonder plaas. Dit openbaar 'n interessante aspek van die postmoderne morele gemeenskap – dat midde die oordad van inligting, insiggewende inligting tog kunsmatig weerhou kan word wat die proses benadeel. 'n Eienskap van kompleksiteit is dat die prosesse nie manipuleer of voorspel kan word nie [etiek is nie voorspelbaar of rigbaar nie], maar die onderliggende proses is sensitief vir kunsmatige weerhouding van inligting *en die proses van etiek in die samelewing kan slegs optimaal funksioneer as geen*

beperking op die vloeï van informasie geplaas word nie. In die konteks is die proses bo beskryf nie deel van die postmoderne etiese proses nie. Te midde van die komplekse postmoderne gemeenskap is daar enklaves van residuele moderniteit waar die enkele metanarratief, en etiek sonder moraliteit geld. Herwitz [1999, pp. 18-40] bied ook insiggewende insigte hier van toepassing. Hy bespreek die ‘tog’ van ‘postmoderniteit’ van die noordelike halfmond en beklemtoon dat ’n analise van Suid-Afrika sonder inagneming van postmoderniteit [wat dit ookal mag behels!] nie sinvol is nie; nogtans het lande soos Suid-Afrika nog nie behoorlik ‘gekonstrueer’ [nasie, simbole, infrastruktuur geskep nie] sodat van dekonstruksie [Derrida: kontekstuele interne kritiek] haas geen sprake kan wees nie. Dit is dus ’n grondliggende, aktuele ope vraag of die Suid-Afrikaanse samelewing werklik so postmodern is as wat sommige van ons dit aanvoel!

’n Ander aspek wat oorweging regverdig is die ‘enklawe’-idee wat ek ook elders ophaal maar hier meer volledig sal bespreek. Hoewel geneeskundiges as min-of-meer ontwikkelde persone in seker opsigte meer blootgestel mag word aan die sosiale veranderings wat onder die term postmoderniteit saamgevat word, is hulle in ander opsigte vanuit die baie beperkende en formele aard van hul opleiding wat aspekte van hul beroep betref, ‘modernisties’ in die sin van ’n enkele oorheersende metanarratief beskrywing. Ek vermoed dat hul beskouing van etiek ook hierin vasgevang is. Dit word ondersteun deur ’n baie sterk laer-mentaliteit in hul opleiding en opvoeding. Ek is skepties of hul opleiding werklik denkende sosio-wetenskaplikes voortbring. Daar is baie sterk deterministiese en verstrikkende denke in opleiding, in baie departemente is beheerstrukture outokraties omdat geneeskunde ’n baie gedissiplineerde rigting moet wees, en die resultaat is ’n reeks etiese outomate wat in die spore van hul voorgangers volg en vasgevang is in gewettigde Foucoultiaanse diskoers.

Daar is drie redes waarom ek aandag hieraan wy: Eerstens, omdat enige behandeling bloot op ’n reël of beginsel gebaseer, veral reëls so verdag soos bo, oneties is sonder deeglike kontekstuele oorweging. Tweedens, omdat enige behandeling *wat nie absoluut noodsaaklik is nie*, oneties is vanweë risiko, pyn en lyding, inbreuk maak op gemene regte en outonomie, beperkings oplê, onverantwoordelik is en nie non-kwaadwilligheid honoreer nie. Derdens, omdat die geneesheer homself skuldig maak aan

wanvoorstelling en bedrog waaroor hy nie aangespreek kan word nie vanweë die geslotenheid en aanvaarding van sy metanarratief.

7.5.7 *Beperking, rasionering, prioretisering, weerhouding; onetiese onderbehandeling en benadeling?*

Begroting-gedwonge beperking, prioretisering, weerhouding en soms staking van behandeling bots met die intuïtiewe neiging om ‘alles moontlik’ te doen. Veral in die intensiewe sorg opset word dokters ingesuig in behandeling. Endresultaat is nie altyd voorspelbaar nie. Behandeling sluit in fisiese metodes [ventilasie, dialise] en duur, komplekse medikasie om orgaanfunksie direk of indirek te ondersteun. In die privaatopset is daar minder beperkinge hierop. Oorbehandeling is dikwels die uiteinde van ’n weldadige proses. Beperkings op verskeie vlakke in die openbare opset bring mee dat onthouding en *onderbehandeling* algemeen is. In die privaat opset daarenteen, is *oorbehandeling* meer dikwels die reël. Wat is die morele implikasies, hoe hanteer die postmoderne gemeenskap dit en hoe behoort ’n postmoderne etiese verantwoordelikheid hieroor te voel?

Ek het ’n aantal jare gelede ’n lesing in Venesië bygewoon waar ’n Rooms-Katolieke kardinaal [professor van etiek aan die Universiteit van Rome] die volgende vraag gevra het : is dit aanvaarbaar dat noodsaaklike behandeling van iemand weerhou word *bloot omdat hy nie daarvoor kan betaal nie?* My intuïtiewe antwoord sou wees dit is nie [kompleksiteit sou voorstel dat die aangeleentheid meer kompleks is as dit]. Waarom is die postmoderne samelewing geduldig en tevrede daarmee? Dui dit ook op ’n mislukking van postmoderne etiek [en relativisme]? Etlike moontlike verklarings kan beredeneer word. Die kort reikwydte en plaaslike impak van inligting beteken my broeder se belange is myne slegs as ons binne dieselfde morele invloedseer val. Beteken dit dan nie die aanklag van subjektiwiteit *is* legitiem nie? Almal in die fisiese nabyheid van ’n morele omgegroepe [kontekstuele morele samelewing] is nie noodwendig *deel* daarvan is nie. *Moderniteit en postmoderniteit* kan saam of parallel bestaan [nie sinergisties of simbioties nie]. In dieselfde persoon kan modernistiese en postmodernistiese denke in verskillende debatte figureer. ’n Groot deel van ons samelewing bly getrou aan modernistiese denke en hul diskoers is rigied, geslote, in

ekwilibrium [stagnant] en beskryfbaar deur 'n enkele metanarratief [kontemporêre sosiale veranderinge is nietemin opwindend]. Daar word geskuil agter 'reëls' wat etiek genoem word. Die mislukking is nie die *postmodernis* se skuld nie maar die *anachronistiese modernis*. Dit is die modernis wat subjektief is.

Die onvermoë van die postmoderne samelewing om bevredigend te reageer oor dringende etiese kwessies – rassisme, sosiale verontregting, verdrukking en ontkenning van gender gelykstelling – vind weerklank in sy onvermoë om vermoë-gebaseerde prioretisering, beperking van toegang tot en gehalte van geneeskundige sorg deel van sy diskoers te maak. As postmoderniteit 'n 'funksionele' etiese benadering impliseer, is die inherente aanklag van ongevoeligheid, negering van konteks en subjektiwiteit weer ter tafel. Moontlike verduidelikings word bo en elders beredeneer, en sluit in die afbakening van die dinamika waarin hierdie morele netwerk funksioneer, die kort reikwydte van invloede, die geskiedenis van die stelsel, die onvermoë van die postmoderne proses om te reageer op inligting nie tot sy beskikking, die rol van politieke besluite. Nogtans is die postmodernis gefrustreerd oor hierdie situasie omdat 'n sekere ongemak oor die lot van onskuldiges onvermydelik is.

7.5.8 Die kontemporêre geneeskundige beroep – analise in terme van kompleksiteit

Analise van kontemporêre geneeskundige beroep in terme van kompleksiteit sou 'n interessante ondersoek wees. Vir die huidige net die volgende opmerkings: in terme van 'n sekere deel van geneeskundige kennis, is die deskriptiewe beginsels van kompleksiteit toepaslik. Daardie deel geld sekere kliniese kennis wat in die kontemporêre konteks, byna openbare besit geword het vanweë die wye distribusie daarvan in die 'netwerk'. Elemente in die netwerk het toegang hiertoe en gebruik dit in sy etiese proses. Dit is gevolglik toepaslik vanuit postmoderne etiese perspektief om bioëtik tot daardie mate in daardie terme te analiseer. Daar is 'n ander gedeelte van geneeskundige kennis wat as 'n geslote metanarratief deur die beoefenaars, die binnekringers jaloers onderhou, bewaar en beskerm word binne 'n diskoers ontoeganklik vir die buitestaander – 'n modernistiese beskouing nie vatbaar vir oortuiging nie [omdat daar haas niemand is wat die oortuigingswerk kan doen nie, en die 'ewige, universele, afgehandelde' posisie].

Dissidente – gewetenstemme – word uitgewerp en verloor legitimiteit. Voorbeelde van hierdie metanarratief is die vaste en onbuigsame strukture rondom die beginsels van diagnose en behandeling, die *dikwels verstokte idees* wat deur individue toegepas word onder eweknie-beskerming, alles gemik op die doen van prosedures, inkomste generasie en kollegiale beskerming. Die geneeskundige beroep reageer heftig wanneer bestuurde gesondheidsorg deel wil word van daardie geslote diskoers deur nuwe idees aan te bied met 'n redenasie oor die *uniekheid, onvervangbaarheid en onaantasbaarheid* van die dokter.

Is daar 'n teenvoeter vir hierdie inherent-onetiese posisie? Omstandighede dwing mediese fondse om standpunt in te neem deur aggressiewe opposisie. Die stelsel van pre-otorisering verbreed die diskoers, maar daar is sterk opposisie vanuit die beroep hierteen. Die indruk is egter die opstel van een metanarratief in opposisie met 'n ander. Die twee posisies is ewe oneties. Werklike vordering sou inhou die verbreding van die diskoers om alle informasie te omsluit. Die morele gemeenskap is blootgestel aan geweldig baie informasie; die postkontemporêre etiese proses kan slegs 'betroubaar' funksioneer indien die gemeenskap toegang het tot *alle* informasie.

7.5.9 Genadedood

Genadedood [pp. 219-241] bied veel stof tot nadenke. Op die oog af is enige vorm van doelbewuste onthouding of staking van behandeling, veral wanneer dit kan lei tot die dood, oneties en nalatig omdat dit bots met 'n konsepsie van geneeskunde wat die heiligheid en beskerming van die lewe voorhou. Wat onthouding betref, is die uiteenlopende hantering van ELBW ['extremely low birth weight'] pasgeborenes – geboortemassa onder 1000 gram – 'n kontekstuele dilemma. By Tygerberg Hospitaal word hierdie babas aggressief in 'n pediatriese ISE behandel. Baie van hulle moet torakotomies kry a.g.v. patente *ductus arteriosus*. In ideale omstandighede, verklaar die neonatale pediaters, kan tot 70% van hierdie babas deurgehaal word. Hierdie beleid word aggressief gepropageer en verkondig [Smith et al., 1999].

Teenoor hierdie Kantiese posisie voer Groote Schuur [en Witwatersrand] aan dat die finale uitkoms van hierdie neonate swak is. Ernstige breinfunksie inkorting het 'n beduidende voorkoms. 'n Groot deel van die hospitaal se begroting word hierdeur

ingesluk. Die neonatale eenheid se vermoë om na ander, meer verdienstelike gevalle om te sien, word ingekort. Baie van die moeders lewe in haglike sosio-ekonomiese omstandighede, en die na-hospitaal mortaliteit van hierdie babas, al oorleef hulle die inisiële hospitalisasie, is onaanvaarbaar hoog. Gevolglik word neonate onder 1000 gram nie as roetine geventileer nie. Hulle verdedig hul utilitêre standpunt aggressief en oortuigend. Vier vrae ontstaan [onder andere]: wie is reg; verteenwoordig Groote Schuur se standpunt 'n ondersteuning van genadedood; het alle vorms van onthouding of weerhouding van behandeling, staking van behandeling, afskakeling van ventilators ens. dieselfde morele impak; en is daar eties gesproke 'n verskil tussen soortgelyke passiewe metodes en meer aktiewe metodes van genadedood [geneesheer geassisteerde selfmoord en vrywillige aktiewe genadedood] – alles uit postmoderne etiese perspektief?

Wat die wie-is-reg vraag betref: 'n postmoderne etiese analise is juis hierop van toepassing. Daar is twee 'netwerke' rondom die twee idees, albei ewe reg of verkeerd: kontekstueel, onderworpe aan omstandighede en revisie, voorlopig, tentatief, onseker. Beide menings is legitiem omdat hulle op 'n *interpretasie van heersende omstandighede* berus; daar is geen oorheersende metanarratief nie [beide wend *pogings* aan tot universalisering, maar geeneen kan homself tot metanarratief verhef nie]. Wat die derde vraag betref: in die hande van kundiges is die morele impak van onthouding, staking en afskakel van ondersteunende meganiese middele in die finale analise soortgelyk. Daar is wel groot *sosiale, geregtelike en sielkundige* onderskeid wat ek nie hier verder wil beredeneer nie. Wat die tweede vraag betref, fokus dit die aandag op die kwessie van die onthouding van behandeling en genadedood - of moord, soos sommige mense dit beskou – en die vraag of dit non-kwaadwilligheid verteenwoordig. Een van laasgenoemde was C. Everett Koop, 'n voormalige Amerikaanse gesondheidshoof [*'Surgeon General'*] wat praktyke van onthouding van behandeling van neonate [veral medies-toegediende voeding en hidrasie] as *infantisied* afgemaak het:

'...starving a child to death...' [p.204].

Soortgelyke praktyke in volwassenes het hy eweneens doelbewuste daade van manslag gelyk aan aktiewe genadedood genoem [sy redenasie was dit het *voorkombare* dood

meegebring]. Ek wil nie op die beredenering van die standpunt ingaan nie omdat dit duidelik foutief is, op onnodige emosionele stormagtigheid dui en in elke geval nie 'n *huidige* mening in die VSA is nie. Besluite soos hierdie moet sover moontlik op *kliniese* gronde geneem word [risiko(nadeel)-voordeel, koste-voordeel en uitkoms analise] en emosies buite gelaat word – in die praktyk is dit soms problematies.

Voor ek die moraliteit van genadedood as sulks analiseer sal ek op die vierde vraag reageer: is daar 'n verskil tussen *onthouding* [en staking van behandeling, konseptueel vir my dieselfde] wat die dood veroorsaak en *aktiewe meedoening* van 'n geneeskundige aan die vrywillige beëindiging van 'n persoon se lewe? Ek beperk my tot omstandighede duidelik en rasioneel op staafbare goeie mediese gronde deur 'n pasiënt versoek. Die teenvraag is: het enige persoon die reg om sy lewe te beëindig? Diegene wat sterk steun op 'n vrye interpretasie van outonomie het geen probleem hiermee nie. Dit bly egter 'n moeilike vraag, en veralgemening is onmoontlik. Die postmodernis se interpretasie van outonomie [soos in die vorige deel uiteengesit] is moontlik nie so 'vry' nie; as dit iets is wat deur die morele netwerk gelegitimeer word, is daar 'n beperking aan vryheid van keuse [die proses van die samelewing oefen sy effek uit deur beperking van vryheid van keuse]. Dit beteken nie noodwendig die postmoderne standpunt sou *daar teen* wees nie; soos gegeneer in en deur die netwerk van die morele gemeenskap, sou *konteks d.i. omstandighede* in beoordeling tel; dit sou *verantwoordelike keuse en oorweging van al die gevolge* voorstaan. Selfmoord van 'n terminale, lydende pasiënt wat sy lewe as 'n las vir ander mense beskou mag begrip afdwing, die selfmoord van 'n tydelik-ongebalanseerde matrikulant nie. Tussen hierdie duidelike uiterstes is 'n grys area van wisselende fisiese en emosionele inkorting. Die morele vraag is egter nie of ek simpatie met die selfmoordenaar het nie, maar of haar optrede moreel onaanvegbaar is. Die morele dilemma word myne wanneer ek versoek word om by te staan, hulp te verleen in 'n selfmoordpoging. *Kontekstuele beoordeling* is 'n oorweldigende *verantwoordelikheid* op my as morele agent gelê. 'n Postmoderne perspektief ontken voorafbeoordelende reëls. By nadenke is daar geen morele of konseptuele verskil tussen hierdie twee vorms van selfmoord nie, en by ekstensie tussen selfmoord met of sonder aktiewe of passiewe hulp nie [hierdie is 'n suiwel *morele* posisie; wettiging al dan nie sal vloei uit 'n kontekstuele debat rondom die *beïnvloeding* van potensiële selfmoordenaars,

die invloed op die samelewing as geheel en die risiko om etiese kwessies in wette te universaliseer]. Die geskiedenis van die aborsie-debat kan i.t.v. wettiging kontekstueel analiseer word.

Aborsie is 'n soortgelyke emotiewe saak, en die *morele dilemma* daaromheen is 'opgelos' deur besluite in 'n *wet te verskans* waarmee meer probleme geskep as opgelos is [te Water Naude et al., 1999]. Wroeging van en oor die toekoms van 'n 12-jarige dogter wat om aborsie aanklop is irrelevant solank die regsreëls [haar reg tot aborsie] gevolg word. Die pasiënt kan ook skuil agter die wettigheid van haar optrede sonder om konteks in ag te neem. Diegene *wat die aborsies moet uitvoer* word toenemend ongemaklik, maar is verstrik in wetgewing [hulle het wel 'n gewetenskousule, maar omstandighede maak dit moeilik om toe te pas]. 'n Beter oplossing mag dalk gewees het om bloot wetgewing wat aborsies onwettig maak, terug te trek, sonder om omvattende wetgewing in die plek daarvan te bring [anders as rudimentêre beskerming].

Aborsie bly vir baie mense 'n saak van wroeging en onsekerheid; nou, egter word duidelik verkondig dit is nie meer 'n saak van moraliteit nie maar vir die reg. Die reaksie hierop is voorspelbaar – heftig en dalk oormatig.

Op *genadedood* toepas, vind ons dieselfde prosas. Die Wetsgenootskap is in 1997 gevra om 'n besprekingsdokument en konsepwet op te stel. Landman [2000] bespreek nege punte wat uit hierdie ondersoek vloei. Die konsep is baie liberaal rondom 'n konsepie van outonomie, stel voor dat beide vorms van genadedood [geneesheer geassisteerde selfmoord en vrywillige aktiewe genadedood] gewettig word, dat minderjariges in sekere omstandighede bemagtig word, dat die persoonlike geneesheer of selfs ander persone na aan die pasiënt toegelaat word om dit uit te voer, en dat die hele wet omvattend moet wees. Dit is moontlik dat die saak nie verder gevoer sal word nie [onder meer omdat daar 'n gevoel van ongemak is by swart persone soos die redakteur van die SA Mediese Joernaal wat aanvoer dat dit onvanpas is om oor metodes van 'doodmaak' te praat terwyl die meerderheid van swart mense om 'n bestaan stry – konteks (Ncayiyana, 2000)]. Indien wel, verwag ek dieselfde heftige reaksie by die publiek [waarskynlik erger]. Die geskiedenis leer dit mag beter wees om wetgewing te onttrek, of vervolging te staak [dit laat die voordeel dat enigeen wat homself te buite gaan wel vervolgd kan word]. Persone sal nie agter die skans van 'n wet kan skuil nie, sal

eie verantwoordelikheid aan die dag moet lê wanneer hulle versoeke in die verband moet oorweeg, hul optrede sal in elke geval die resultaat van morele nadenke wees. Ek beskou hierdie as die beste manier om te verseker dat daar verantwoordelik en met inagneming van alle morele implikasies opgetree sal word. Die debat sal in elke toepassing herhaal en herontdek word. Die 'netwerk' van die samelewing sal sorg dat sake reg verloop.

7.6 *Weldadigheid*

7.6.1 *Wat beteken weldadigheid?*

Benewens die *onthouding van skadelike dade*, hoort morele agente by te dra tot die *welstand* van andere deur *doelbewuste, positiewe optrede* [vandaar woordkeuse in die vertaling van ‘beneficence’]. Twee beginsels word onderskei: *positiewe weldadigheid* [voorsiening van voordelige dade], en *utiliteit* [balansering van voordeel en nadeel]. Die *konflik tussen weldadigheid en respek vir outonomie* in paternalistiese weiering om alle versoeke van pasiënte gehoor te gee is tersaaklik. [Hoofstuk 5, p.259-325]

7.6.2 *Weldadigheid as verpligting*

Die beginsel van weldadigheid is vir die skrywers ’n *verpligting* om andere te help om hul belange te bevorder [p.261]. Die [postmoderne] morele implikasie is egter sodra iemand [anders] voel dat ek ’n *verpligting* het, of op my plaas, ek rebelleer en verklaar dat moraliteit daarmee wyk. Bauman se posisie is dat *’n verpligting per definisie slegs moraliteit impliseer as ek dit uit eie beweging, sonder druk of dwang, sonder ’n kontraktuele verpligting en sonder die hoop of verwagting van resiprositeit op myself afdwing* [Bauman, 1993, pp. 50, 58-59, 75, 87]. Die toepassing van ‘beginsels’, hoe goed dit ookal *klink*, veral sonder kontekstualiteit en *verantwoordelikheid* kan nie ’n waarborg van moraliteit wees nie. ’n Agent se weldadige *motiewe* is dus vir die postmodernis ewe belangrik [’n vae raakpunt met Kant (Norman, 1998, p.72)]. Motiewe is iets wat die skrywers nie analiseer [anders as uitvloeisel van utiliteit] nie – konseptueel kan ’n mens hier aan twee soorte motiewe dink: algemeen morele en kontekstueel toepaslike motiewe. Die oorsprong van beide hierdie vorms van motivering is die kontekstuele morele gemeenskap.

7.6.3 *Weldadigheid as ’n uitvloeisel van utiliteit – ’n postmoderne kritiek*

Weldadigheid word as ’n *uitvloeisel van utiliteit* verder beredeneer. Die ‘gemene moraliteit’ teorieë van Hutcheson en Hume stel weldadigheid ook as :

‘...conceived as an aspect of human nature that motivates us to act in the interest of others...’ [p.260].

Hieruit redeneer hul verder dat :

‘We will argue, somewhat similarly, that *obligations* to confer benefits, to prevent and remove harms, and to weigh and balance the possible goods against the cost and possible harms of an action are central to biomedical ethics...’ [my kursief]

Saamgevat, hou hulle ’n *naturalistiese teorie* voor – die aard van *die menslike natuur* plaas hierdie verpligtinge op ’n dokter – wat slegs as illusionêre fiksie beskryf kan word. Die mens is minstens *ambivalent*, en *primêr ingestel op sy eie* en die naaste aan hom se bevoordeling. Die belange van ander buite die onmiddellike kring geniet nie voorrang nie tensy dit met eie belange saamval. Die aard van die kontemporêre verhouding tussen dokter en pasiënt het morele dimensies [wat ons moet bevorder] maar is hoofsaaklik ’n *kontraktuele verhouding*, waarbinne die verlening van hulp aan vreemdes nie as eerste-orde ‘verpligting’ figureer nie tensy dit deel word van ’n kontraktuele verhouding. Teenoor hierdie ietwat siniese maar realistiese beskrywing is die alternatief die kontekstuele morele gemeenskap waar *omgee* wel deel is van die diskoers. Kunsmatige omskansing, die beperking op toegang van informasie en die kort reikwydte van roeringe in die gemeenskap beperk die impak hiervan.

Die postmoderne posisie het geen *a priori voorafbeginsels* nie [hoewel historisiteit ’n rol speel om die proses in ’n tyd-raam te plaas] en *eties* wat in/uit die proses van die samelewing voortvloei *is nie voorspelbaar nie*. Algemene weldadigheid en hulp aan ander as ’n lofwaardige beginsel moet as ‘t ware sy lofwaardigheid *verdien, regverdig, bewys*, en besef dit is *tydelik en voorlopig*. Eties vind in die proses van die samelewing plaas, nie koud en klinies in die etikus se kantoor nie. Geen *verpligting* op die ander geplaas kan op etiese inhoud aanspraak maak nie.

7.6.4 Proporsionaliteit

Die skrywers verwys na die ‘beginsel’ van utiliteit [balansering van voor- en nadele] as *proporsionaliteit*. Dit word dikwels gekritiseer omdat dit oënskynlik die

samelewing se belange bo die van die individu verhef [die kritiek steun sterk op oordrewe idees van ‘persoonlike vryheid’]. Dit mag positiewe kritiek wees omdat die individu sonder die rugsteuning van die postmoderne samelewing en die morele belangegroep wat daarin vorm, nietig is, intendeel, daardeur gelegitimeer word.

7.6.5 *Weldadigheid: ’n positiewe verpligting of edel ideaal?*

Bentham en Ross [p.261] sien weldadigheid as ’n *positiewe verpligting teenoor ander*. Ander filosowe beredeneer dit bloot as ’n *edel ideaal* of daad van liefdadigheid, ’n standpunt wat ek onderskryf [dit sou impliseer ek is nie moreel-gebrekig as ek nie daardie verpligtinge voel nie]. Die uitvloeisel hiervan vir die skrywers is dat ’n punt bereik word wanneer weldadigheid [vir hulle] *opsioneel* in stede van *verplig* word [ek dink nie dit is ooit verplig nie; Bauman sou waarskynlik redeneer dat dit *nooit opsioneel* is nie]. Die Goeie Samaritaan-fabel ondersteun weldadigheid byna as supererogasie in stede van obligasie. Ons is dus nie verplig om alle vorms van weldadigheid te bewys nie - dit is net ’n ideaal.

Die skrywers haal vyf voorbeelde van *reëls van weldadigheid* aan [p.262]:

1. Beskerm en verdedig die *regte van andere*;
2. Voorkom *skade* vir andere;
3. Verwyder die *oorsake van skade* vir andere;
4. Help persone met *gebreke*;
5. Red persone in *gevaar*.

Let op hoe prominent die ‘verpligting’ konsep in hul konsepie is.

Hulle gebruik die terme *spesifieke weldadigheid* as beskrywend vir wat ’n mens teenoor spesifieke persone [jou ouers, kinders] verskuldig is n.a.v. ’n besondere en meestal intieme band, en *algemene weldadigheid* vir die breër, baie meer veeleisende tesis dat ons ’n verpligting het teenoor *alle* persone selfs buite ons invloedssfeer [Bauman sou dit hoegenaamd nie so stel nie, maar sy sentimente van ‘onbeperkte verantwoordelikheid’ sou hiermee saamstem]. Utiliteit en Christen-moraliste ondersteun hierdie standpunt [nie as ’n normatiewe tesis, ’n imperatief, ons *hoort* dit te doen nie].

Ross [p.264] voel ons verpligting berus op die feit dat ons andere se lot *kan* verbeter, daarom *moet*. Singer bied beperkte steun vir die posisie: *slegs* as ons iets kan voorkom [sonder om daardeur 'n soortgelyke morele opoffering te maak], hoort ons. Hy het later [p.265] sy posisie versag: mits dit nie jou *lewensplanne* ontwig nie.

As ekstensie van die 'verpligting' konsepsie beredeneer die skrywers 'n geliefkoosde onderwerp: die '*verpligting om te red*' [p. 266]. Die voorstel dat daar *werklike risiko* moet wees, *optrede nodig is, waarskynlik gaan/kan help, nie groot risiko of las meebring nie* en *voordeel* aan die drenkeling *ver bo die nadeel* aan die redder sal wees, kan moontlik as riglyne om in nood [mediese] hulp te verleen, beredeneer word. Hiervolgens beskou hulle nie die verpligting op hulp as absoluut nie, maar relatief. Dit stem nie ooreen met Bauman se beskouing van postmoderne etiek nie. Vir hom is daar nie perke aan wat die morele agent haarself oplê nie; daar is nie onderskeid tussen opsionele en obligatoriese optrede nie, en soos Cilliers [bv, 1995, p.131] dit stel: jy kan die agonisme van die netwerk *nooit* ontsnap nie.

Dit is dalk ook insiggewend om terug te keer na die *McFall/Shimp* geval [p.266]. Die skrywers beredeneer dit as 'n *grensgeval van verpligte spesifieke weldadigheid* omdat die twee neefs was en daar reeds 'n voorlopige ooreenkoms oor die moontlikheid van beenmurgskenking bestaan het. Vroeër is beredeneer dat Shimp, in sy weiering wetlik korrek was, maar dat die regter gemeen het hy is 'morally despicable'. Die regter se aanname sou nog sterker wees as die skrywers s'n [dat Shimp 'n *bepaalde verpligting* het om te help, dus meer as 'n grensgeval]; ek volstaan met wat ek vroeër beredeneer het – *dat daar geen outomatiese verpligtinge op Shimp of enigeen kan wees om iemand anders te help nie*, maar dat optredes uit etiese oogpunt *verantwoordelik, kontekstueel, bewus van beperkinge en voorlopig is*. Vir die modernis: die omstandighede van *McFall/Shimp* voldoen ook nie aan al vyf punte bo genoem nie – daar kan twyfel wees oor die waarborg op goeie resultate [onderstreep bo]. Bauman sou byvoeg: as Shimp egter as morele agent 'n verantwoordelikheid op hom geneem het, is daar geen perke aan sy verantwoordelikheid nie [Bauman, 1993, p. 80; die Poolse holocaust redder Bartoszewski aangehaal: as jy oorleef het, het jy nie genoeg gedoen nie]. Twee verenigbare postmoderne konsepsies ontwikkel hier: dat niemand anders

verantwoordelikheid op my kan afdwing nie, en Bauman se konsepie van verantwoordelikheid *vrywillig op die self geneem*.

Die skrywers bespreek die beperkinge van wat hulle *verpligte spesifieke weldadigheid* noem [en wat hul meen geneeskunde kenmerk], uitvoerig op p. 268

Op p. 269 maak die skrywers die volgende stelling:

‘...we will note only the implicit assumption of beneficence that exists in medical and health care professionals and their institutional contexts. Promoting the welfare of patients – not merely avoiding harm – expresses medicine’s goal, rationale and justification.’

Dit slaan terug op die *naturalistiese benadering* wat hulle op p.260 en ek vroeër bespreek het – dat daar iets inherent edels in die dokter-mens en geneeskunde is. Vir die meeste van my kollegas is die doelwitte minder edel omdat ons in die ‘gemors’ van die werklike lewe arbei. Daar is gebaseer op die naturalistiese beskouing, ’n valse persepsie by ouer kollegas dat die etiese proses in geneeskunde ‘voorheen’ op die een of ander verhewe vlak bestaan het. Hulle was bloot minder *blootgestel* aan die wakende oog van die massa media. Om edel motiewe voor te hou is lofwaardig maar oneg; indien dit die allerdoel van geneeskunde sou wees, sou min van ons geneeshere bly. Die *kontraktuele aard* van kontemporêre geneeskunde en die dokter-pasiënt verhouding bied ’n baie meer realistiese beskrywing. Ek moet, soos enige ander persoon, my heil in die daaglikse wisselwerking van die [postmoderne] samelewing vind. My goed-doen motiewe word beperk – deur ’n samelewing wat op my toeslaan as ek fouteer – tot diegene wat ek *bereid* is om te behandel. Vergoeding kom ook in die gedrang. Die aanhaling bo is in kontemporêre konteks net eg m.b.t. *my* pasiënte teenoor wie ek ’n verpligting [kontraktueel en professioneel] het. Ek onderskryf nieetenaande dat ons die morele aspekte van die dokter-pasiënt verhouding moet probeer bevorder.

7.6.7 *Resiprositeit-gebaseerde regverdiging van weldadigheidsverpligtinge*

’n Argument wat analise regverdig is die verwysing [p.269] na ’n ‘*resiprositeit-gebaseerde regverdiging van weldadigheidsverpligtinge*’. Beide *utiliteit en Kant* word in

die verband aangehaal – goedaardigheid, die wil om mense gelukkig te sien is immers die basis van utiliteit [Norman, p.107]. Kant se kategoriese imperatief is een van die hoekstene van sy universaliseerbare etiek [Norman, p.76], hoewel die verpligting om aan ander goed te doen vir Kant nie 'n 'noodsaaklike' nie maar 'n 'toevallige-gebeurlikheids- of verdienstelike' plig is. Die redenasie met betrekking tot utiliteit verloop as volg: omdat ek deel in die voordele van die samelewing, is daar 'n verpligting op my om toepaslik te respondeer [om geluk te maksimeer?]. Wanneer voordeel [of selfs nadeel] herleibaar is tot 'n *spesifieke persoon*, is dit verstaanbaar [ek is *aan iemand iets verskuldig*], maar die gedagte dat resiprositeit *in die algemeen* moet wees, is vir my onlogies. Die skrywers voer aan resiprositeit is algemeen teenwoordig in die sosiale lewe as deel van die struktuur daarvan. Om resiprositeit egter as 'n fondament van die *morele struktuur* van die samelewing te stel is onlogies: resiprositeit en kontraktualiteit *kanselleer moraliteit* [dit mag wel 'n morele plig wees om toepaslik te respondeer, maar sodra daar van buite 'n *verpligting* hiertoe is verdwyn moraliteit; Bauman pp. 56-57]. Die stelling dat my morele optrede altyd of minstens hoofsaaklik vloei uit verpligtinge tot toepaslik-resiproke optrede is fundamenteel foutief, so ook die volgende:

‘...obligations of beneficence to society [as distinct from those to identified individuals] are typically derived from some form of reciprocity.’ [p. 270]

Dit sou impliseer dat ek 'n verpligting teenoor die *samelewing* het, en die primêre bron van die verpligting is resiprositeit vir voorheen ontvangte waarde. Hierdie ‘verpligting’ vir o.a. opvoeding en voorregte verplig my weldadigheid [laasg. is dus nie dade van altruïsme of edel motiewe nie]. As dokters die voorregte van die samelewing ontvang, en omdat ons spesifiek so belowe, moet hulle 'n gepaste teenprestasie lewer. Die verpligting word vergelyk met die rol van die lewensredder in die redding van 'n drenkeling – hy het 'n kontraktuele verpligting daartoe. Daar is 'n algemene verpligting [vir almal] tot hulp by 'n padongeluk – meer nog omdat ons besondere en waardevolle gespesialiseerde kennis het en hulp kan verleen. Wanneer daar nie 'n voorafgegewe kontraktuele verpligting is nie, kan dieselfde vlak van toewyding nie moreel van 'n dokter verwag word nie [’n moreel aanvegbare posisie].

Die werklike omvang van die dokter se verpligting in 'goeie Samaritaan' situasies is 'n onsekere grys area, hoewel Thomson [p. 271] meen 'n gepaste verpligting is die van die 'minimaal-ordentlike' Samaritaan [die *skyn* van omgee, moraliteit?].

My konsepsie van die *kontraktuele* aard van die kontemporêre dokter-pasiënt verhouding bots ook met hierdie uiteensetting. Ek aanvaar as postmodernis nie dat ek die samelewing meer verskuldig is as die politikus of onderwyser nie; ek aanvaar wel dat die samelewing my legitimeer en dat ek uit gronde daarvan 'n verpligting op myself moet neem om op 'n sekere [morele] manier met die samelewing om te gaan, gedagtig aan die posisie van respek wat ek beklee. Maar 'n soortgelyke verpligting moet deur *elkeen* in openbare diens en *elke lid* van die samelewing [in die finale analise is dit *almal* van ons!] opgeneem word [die proses van opname maak dit in Bauman se konsepsie 'n morele daad]. Om meer as dit van die geneesheer te verwag is moontlik te veel gevra. Wat elkeen se 'rol' in die praktyk behels, sal in die proses van die postmoderne morele samelewing ontwikkel, nie uit vooraf-*a priori* reëls nie. Die Hippokratiese belofte-verpligting waarborg *nie* etiese optrede nie – tensy eties uitgevoer. Dalk wil die gemiddelde kontemporêre geneeskundige niks meer doen as om bloot 'n redelike lewe in moeilike omstandighede te hê nie – op sigself 'n baie moeilike etiese opdrag!

7.6.8 Paternalisme [pp.271-291]

'In the real world of clinical medicine, there are no absolute moral principles *except the injunction to act in the patient's best interest.*' [my kursief]

Oënskynlik ondersteun Pellegrino en Thomasma [p. 272] met hierdie stelling paternalisme. Sou beste belange beteken ongeag of met inagneming van die pasiënt se wense [respek vir outonomie] – of kan daar konseptueel nie van 'beste belang' gepraat word *sonder dat dit binne die raamwerk van outonomie geskied nie?* Daar is minstens 'n potensiële belangebotsing tussen *beste belange* en *outonomie*. Beste belange neig tot 'n mate van paternalisme Die wettiging van outonomie lê hoofsaaklik in die beperking hiervan. Die legitimititeit van paternalisme, daarenteen, lê daarin dat niemand anders as die bekwame en weldadige arts die vermoë het om in siektetoestande die beste belang

van die pasiënt te herken nie. Die Oxford English Dictionary se neutrale definisie van paternalisme:

‘...intentional non-acquiescence or intervention in another person’s preferences, desires or actions *with the intention of either avoiding harm to or benefiting the person.*’
[aangehaal op p. 274] [my kursief]

maak paternalisme wat *bona fide* binne hierdie definisie val, aanvaarbaar, maar daarbuite problematies. Die New Penguin English Dictionary se meer kontemporêre definisie

‘a system under which a government or organization deals with its subjects or employees in an authoritarian but benevolent way [e.g.] by supplying all their needs and regulating their conduct’

maak paternalisme baie meer verdag [en toon ook aan hoe denke daarvoor verander het] [sien ook ‘Respek vir outonomie’].

Die onderliggende doel van paternalisme is *positief*: om die pasiënt teen skade of nadeel te beskerm. Die geval van Catherine Lake word op p. 279 aangehaal; a.g.v. serebrale aterosklerose was sy by tye verward met geheueverlies en op grond daarvan is sy teen haar wens in ’n inrigting opgeneem om haar teen skade te beskerm [by haar latere ‘verhoor’ was sy goed ge-oriënteerd]. Daar is *goed gedoen deur kwaad te doen* – in die vorm van die onderdrukking van die pasiënt se eie wense. Was dit beter om haar aan potensiële risiko bloot te stel of teen haar wil te beskerm? Watter besluit ’n mens ookal neem los nie die onderliggende dilemma op nie, en om haar irrasioneel dus inkompetent te verklaar systap dit eintlik net. Dit beklemtoon die gedagte dat paternalisme slegs geregverdig kan word op die volgende gronde:

- Voordeel of voorkoming van nadeel weeg veel swaarder as ontneming van onafhanklikheid;
- Daar is ernstige inperking van outonome besluitvermoë;
- Intervensie is universeel verdedigbaar in soortgelyke omstandighede;

- Die persoon wat beoordeel word, het toestemming verleen, sal dit doen of sou dit doen indien rasioneel en outonoom.

7.6.9 Toestemming as regverdiging vir paternalisme

Vir baie skrywers [Dworkin, Carter en VanDe Veer word op p. 280 aangehaal] is *toestemming* [die laaste punt bo] die regverdiging van paternalisme; omdat toestemming eenvoudig nie altyd moontlik is nie, beskou ek dit as 'n strooipersoon waaragter geskuil word om morele besluite te regverdig. Dworkin, as ondersteuner van die toestemming-gedrewe teorie van paternalisme, beskou dit as geregverdig op 'n hipotetiese basis van wat heeltemal rasionele persone *sou* besluit, en probeer sodoende outonomie en paternalisme versoen. Daar kan in gevalle van paternalisme nie van werklike [ingeligte] toestemming gepraat word nie, en gevolglik is dit beter om weldadigheid alleen as voldoende regverdiging vir paternalisme te beskou. *Die mees aanvaarbare regverdiging van paternalisme is egter om dit in balans met outonomie te beskou.* Hoe groter die voordeel vir 'n persoon en hoe minder prevalent die persoon se belang in outonomie, hoe groter ook die kans dat 'n gepaardgaande daad van paternalisme geregverdig is; m.a.w. groot voordeel [of vermyding van groot nadeel] gepaard met minimale disrespek vir outonomie impliseer waarskynlik geregverdigde paternalisme.

Enkele dade van geregverdigde sterk paternalisme kan voorgehou word [nie as 'n institusionele beleid nie] [bv. verontagsaming van die wense van 'n jong man wat na premedikasie wakker voel en weier om die sykante van die bed opgeslaan te laat, weiering van nadelige of onaangeduide chirurgie of medikasie]. Soos voorheen beredeneer, is daar beslis 'n perk aan outonomie.

7.6.10 Mediese futiliteit

Die definisie van *mediese futiliteit* is soms problematies, nogtans is daar redelike konsensus dat mediese ingrepe wat futiel is nie verplig is nie, dat dit nie verontagsaming van weldadigheid beteken nie, dat weerhouding van inligting oor prosedures wat in elk geval as futiel beskou word, nie neerkom op wan- of gebrekkige inligting nie, hoewel terminologie versigtig gebruik moet word en morele besluitneming soos altyd kontekstueel en verantwoordelik moet wees. As mediese voordeel nie voorsien kan word

nie, is daar geen verpligting om toe te gee aan eise van pasiënte of surrogate nie. Hierdie 'reëls' moet egter steeds op eties-verantwoorelike wyse toegepas word [Orr, 1997].

7.7 Geregtigheid/Regverdigheid

Die betekenis en toepassing van regverdigheid/geregtigheid in die kontemporêre samelewing is [soos met respek vir outonomie] sentraal problematies in bioëtik [Hoofstuk 6, pp.326-394].

7.7.1 Die Kontemporêre Amerikaanse gemeenskap

Beauchamp en Childress bespreek regverdigheid in biomediese etiek vanuit hul ‘*situatedness*’ in die kontemporêre Amerikaanse gemeenskap. Die Suid-Afrikaanse konteks is vir ons belangrik, maar ’n kort samevatting van die breë bioetiese debat in die VSA en die ‘beginsels’ van regverdigheid soos dit beredeneer word is noodsaaklik – evaluasie van hul standpunt is die doel van hierdie bespreking. Essensieel in die debat en analise van geregtigheid in geneeskunde is die *regverdige distribusie* van beperkte middele. Daar is in hoofsaak twee standpunte: dat kontemporêre ongelyke distribusie behou en regverdig kan word, teenoor ’n beweging wat ’n transformasie in die motivering [huidiglik hoofsaaklik *finansiële vermoë*] van distribusie ondersteun.

7.7.2 ’n Konsepsie van regverdigheid

Hul konsepsie van ‘justice’ onderskei tussen ‘*justice*’ as ‘*fairness, equitability, appropriateness*’ en ‘*distributive justice*’ wat verwys na distribusie van voor- en nadeel in die samelewing [en onderskei word van kriminele en regstellende ‘*justice*’]. Op Afrikaans het ons twee woorde vir die begrippe saamgevat onder ‘justice’: *geregtigheid en regverdigheid*; onderskeid tussen die twee terme is nie noodwendig ooglopend nie. Hulle is in sekere kontekste uitruilbaar. HAT [pp. 264 en 848] stel *regverdigheid* as sinoniem vir *geregtigheid*, maar nie andersom nie [met die implikasie dat geregtigheid meer behels as net regverdigheid]. *Geregtigheid* word verder as *billikheid* en as ‘*’n eienskap van die reg*’ gedefinieer. Regverdigheid word as ‘*in ooreenstemming met wat reg is*’, *onpartydig, billik, eerlik*, maar ook *regmatig* gedefinieer.

My gevoel is dat geregtigheid dui op ‘wat voldoen aan die eise van wette’ [of reëls], regverdigheid meer bepaald op die aard van non-geregtelike optrede teenoor ’n

persoon. Geregtigheid net kan seëvier binne 'n raamwerk van regverdigheid [as postmodernis: ek moet sorg dat die reg, wet of reël ook *in sy toepassing* regverdig is]. Geregtigheid is slegs eties as dit ook regverdig is; regverdigheid is die etiese komponent of kwalifikasie van geregtigheid. Bosman, Van Der Merwe en Hiemstra [1995, p.162] verklaar 'geregtigheid', maar nie 'regverdigheid' nie!

Volgens hierdie [en die postmoderne] konsep is dit verkieslik om *regverdigheid* as etiese term te gebruik, min of meer gelyk aan 'distributive justice'; omdat ook na reëls en wette verwys word, het die term *geregtigheid* ook plek [d.i. reëls of gebruike waarvolgens die distribusie as regverdig geregverdig sal kan word]. Die uitdrukking 'justice and the law' sou op Afrikaans 'regverdigheid en geregtigheid' wees. Dit sou die [teoretiese, Rawlsiaanse (Rawls, 1971)] postmoderne etiese posisie wees dat *a priori* reëls nie bestaan nie, dat regverdigheid nie op grond van ander reëls beoordeel kan word nie, en dat wat regverdig is, in en deur die proses van die samelewing bepaal word. Bestaande wette of reëls moet *regverdig* toegepas word om eties te wees.

7.7.3 Formele geregtigheid - Aristoteles

'Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally'
[toegedig aan Aristoteles; p.328].

Op die oog af 'n goeie uitgangspunt wat arbitrêre diskriminasie in homogene groepe teenwerk. Vanuit postmoderne etiese perspektief blyk dit 'n basies-onetiese formele skuilposisie wat persone in groepe in deel en toedelings op formele wyse maak sonder verdere inagneming van omstandighede. Hierdie standpunt word bevestig deur 'n geval deur die skrywers aangehaal. 'n Swanger vrou het by 'n openbare hospitaal met wie sy nie vroeër vir haar bevalling gereël het nie, in kraam aangeklop maar is weggewys. Sy het in haar motor op die perseel gekraam. Was die hospitaal verkeerd? Volgens die formele beginsel nie: sy was nie deel van die 'gelykes' soos gedefinieer deur vooraf toelatingreëls nie. Sy het geen kontraktuele ooreenkoms met die hospitaal aangegaan nie – daar kon teen haar 'diskrimineer' word. Uit regs oogpunt is niks verkeerd gedoen nie. Maar is dit eties aanvaarbaar, *regverdig* teenoor 'n vrou in kraam om haar weg te wys omdat/al het sy nie vooraf reëlings getref vir toelating nie? Inagneming van die

omstandighede [wat van my as postmoderne agent verwag word] laat my anders besluit. Tot hul krediet kom die skrywers tot dieselfde gevolgtrekking [p.329] – *dat 'n konsepsie van regverdigheid meer as slegs leë formele beginsels moet bevat, dus kontekstualiteit.*

7.7.4 [Kontekstuele] materiële beginsels

As formele beginsels dus ontoereikend is, watter bykomstige *materiële eienskappe* is relevant vir regverdige distribusie? Eerstens die eienskap van 'nood', nie as 'n breë, algemene begrip nie, maar in terme van '*fundamentele nood*' - die persoon ly op een of ander fundamentele manier skade of word benadeel daarsonder. Die materiële aard van die nood verkry spesifieke dimensies as eerste stap van hul redenasie.

Hulle identifiseer ses voorbeelde van geldige materiële beginsels [p.330]:

- Die *egalitêre* beginsel van gelykheid;
- Die *humanitêre* beginsel van nood;
- Die *libertariese* beginsels van inset,
- bydrae,
- verdienste [in finansiële begrip]
- en vryemark dinamika

en voer aan:

'A plausible moral thesis is that each of these material principles identifies a *prima facie* obligation whose weight cannot be assessed independently of particular circumstances...'

wat verdere raakpunte met 'n postmoderne etiese siening openbaar – dat 'n moreeel-verantwoordelike posisie altyd die inagneming van *omstandighede* impliseer. Materiële beginsels identifiseer toepaslike eienskappe waaraan persone moet voldoen om te kwalifiseer vir 'n spesifieke distribusie. Die postmoderne standpunt is ongemaklik oor die rol van 'riglyne' of 'beginsels', maar identifiseer met die etiese toepassing daarvan.

Die verdere bespreking handel oor aanvaarde 'riglyne' vir die vestiging [legitimering] van eienskappe sonder morele inhoud waaroor die postmodernis ongemaklik voel ['morele en wetlike beginsels', tradisie en beleid] - moraliteit kan net vestig in die kontekstuele, verantwoordelike en voorlopige aard van die toepassing

daarvan. Dit beteken nie dat ons in gesondheidsorg sonder beleid, wetlike of ander beginsels of reëls kan of moet funksioneer nie, bloot dat ons nie *in die beleid, beginsel of reël* moraliteit moet sien of soek nie, veral nie as skuiling nie [of 'n *enkele stel* slaafs moet najaag nie].

Die *kompleksiteit* waarin 'n bespreking rondom die relevansie of toepaslikheid van eienskappe verval word goed geïllustreer deur 'n gevalbespreking wat die skrywers op p. 332 ophaal. 'n Veertigjarige vrou benodig 'n nieroorplanting. Sy is reeds twee jaar op die kadawer-waglys, haar ouer broer weier om as donor getoets te word, haar suster is gewillig, maar, synde 'n diabeet, nie geskik nie. Sy het twee minderjarige kinders [vir wie sy die enigste sorg is], en haar 14-jarige dogter toon goeie insig en is bereid om as donor te dien [weefseltipering toon 'n 60% kans op sukses]. Sy het egter ook 'n verstandelik-gestremde geïnstitusioneerde broer, met 'n IK van 20 en 'n verstandsonderdom van 2, wat 'n bykans ideale wefselpas toon. Haar suster is sy voog. Sy het toe dit vir haar moontlik was, moeite gedoen om haar broer te besoek, hoewel hy nie sy familie ken of herken nie. Haar broer en suster voel die onbevoegde broer moet as donor dien. Wat is die moreel-korrekte uitweg in die dilemma? Aan watter een [of groep] teenstrydighede moet gehoor gegee word?

Hier is geen mooi skoon oplossing nie. 'n Abstrakte kantoorbepaling sal nie deug nie. Die agonisme van die [morele] samelewing kan nie ontkom word nie. Wat 'n mens ook al doen gaan jou onbevredigd en skuldig laat voel omdat nie tegelyk aan alle relevante eise gehoor gegee kan word nie, en tog moet die pasiënt op die een of ander manier gehelp word.

7.7.5 'Klasse' van persone - Willowbrook

Die skrywers vind dit nie problematies om persone wat in sekere - in hierdie konteks relevante - opsigte *soortgelyk* is, as 'n 'klas' te beskryf nie. Hulle beklemtoon dat dit onregverdig ['immoreel?'] is om persone wat in relevante opsigte 'soortgelyk' is, *nie* as soortgelyk te 'klassifiseer' nie, en andersom. Die konteks van hul diskussie is die seleksie van groepe of klasse persone vir navorsing. Hulle bespreek op pp. 333 en 521 'n bekende saak algemeen bekend as 'Willowbrook'. Voor ek dit behandel wil ek op die anomalie in hul benadering wys. Hulle is heeltemal gemaklik om binne hul konsepsie te

onderskei tussen 'n 'regverdige' en 'n 'onregverdige' verdeling of indeling van persone sonder om die prinsipiële vraag te vra: *is dit hoegenaamd moreel aanvaarbaar om persone in klasse in te deel?* Die implikasie van klassifikasie is duidelik: daar is persone wat kompetent is, 'n besondere vorm van gesondheidsorg versekering het, gebruik mag word vir navorsing, en ander nie. Is 'n beskouing van basiese gelyke morele waarde verenigbaar met hierdie beoordeling van klasse? In postmoderne etiese konteks is ongemak oor 'n beskouing wat 'n *voorafbepaalde waarde* op enige persoon of 'klas' van persone plaas, en gevolglike 'anderse' hantering [met navorsing bv. blootstelling of potensiële benadeling] legitimeer. Die immoraliteit van die beskouing blyk verder in die bespreking van 'inkluisie' of 'eksklusie' m.b.t. so 'n groep - die bestaan van denke rondom 'n konsep van groepe soos hierdie is per definisie problematies [toegegee, 'n kontekstuele netwerk mag dalk hierdie siening ondersteun, dog nie as enkele universele metanarratief nie].

Om terug te keer na Willowbrook, voorheen 'n inrigting op Staten Eiland, New York, waar ernstig-verstandsgestremde kinders versorg is. Getalle het mettertyd aangegroei van 'n paar honderd tot meer as 6000. Die meerderheid se gestremdheid was so ernstig dat hulle toilet-onopleibaar was – prakties inkontinent. Gevolglik was die insidensie van Hepatitis A [o.a. deur kontak met fekale materiaal oorgedra] baie hoog. Geneeshere het in 'n poging om 'n effektiewe inenting te vervaardig, nuwe aankomelinge [met die toestemming van hul ouers] doelbewus aan die inheemse variant van Hep. A blootgestel. Die kinders is dan in isolasie verpleeg [sodat hulle nie ander infeksies opdoen nie], en het meestal herstel met permanente immuniteit. Daar was uiteenlopende menings oor die wetenskaplike sinvolheid van die ondersoek – ons fokus is op *die morele regverdigbaarheid van die klassifikasie en verskillende behandeling van groepe*, en dit lyk verdag. Desnieteenstaande, moet op die kompleksiteit van die situasie gewys word. Uit postmoderne etiese perspektief kan verskillende beredenerings gevolg word. Die mees relevante is om die besondere groep as 'n 'morele' gemeenskappie te beskou, dan op 'n abstrakte manier te vra: as die gemeenskap kontekstueel vir homself sou moes en kon besluit, hoe sou hy voel oor die blootstelling van *sommige* van sy lede aan potensiële [?] risiko sodat *almal* in die gemeenskap potensieel daardeur bevoordeel kan word [’n beginsel wat dikwels in openbare beleid in bv. inentings aangewend word]? Dit is

moontlik dat so 'n gemeenskappie akkoord sal gaan met hierdie benadering [die aanwending van die konsep 'gemeenskap' is kunsmatig en verskil van die postmoderne konsep, en dalk te abstrak]. Die ongemak wat 'n mens het oor wat moontlik die voor-die-hand liggende besluit sou wees, is presies wat 'n benadering vanuit postmoderne kompleksiteit impliseer.

7.7.6 Teorië van regverdigheid

'n Verdere stap in die skrywers se beredenering [p. 334-341] verwys na *teorië van regverdigheid* [hulle kan nie die 'beginsel' van regverdigheid as sulks direk in die etiese praktyk toepas nie, maar moet die essensie ekstraheer as abstrakte konsepsies in die vorm van teorië] [p. 334]. Vier groepe teorië word onderskei:

- *Utilitêre teorie*: met die klem op *maksimale openbare utiliteit*; ignoreer individuele regte en die besondere distribusie van voor- en nadeel anders as om na die somtotaal daarvan te kyk;
- *Libertêre teorie*: beklemtoon *sosiale en ekonomiese vryheid* [klem op regverdige *prosedures* eerder as betekenisvolle uitkoms]; beskou ander teorië van geregtigheid as onregverdige onteiening van middele, en beklemtoon vrywillige privaat gesondheidsorg versekering;
- *Kommunitêre teorie*: tradisionele geregtigheid soos dit *ontwikkel* in 'n gemeenskap, dus *gemeenskapsgerig*; staan pluralistiese distribusie van gesondheidsorg teen;
- *Egalitêre teorie*: *gelyke toegang tot alle lewensgoedere wat rasonale mense as waardevol sou beskou*; 'n gelyke distribusie van beperkte fundamentele gesondheidsorg word voorgestaan [vgl. Rawls].

Die posisie van die teorië word onmiddellik in die volgende aanhaling bevraagteken:

'We can expect only partial success from these theories in bringing coherence and comprehensiveness to our fragmented visions of social justice.' [p. 335]

Die postmodernis sou die *aksentuering* van fragmentasie [eienskap van die komplekse postmoderne situasie] deur die skep van verskillende teorië wat vanweë individuele

ontoeapasbaarheid noodwendig integreer moet word, bevraagteken. *Maak dit dan enige sin om van teorie van regverdigheid te praat?* Is dit nie beter om die ontwikkeling van regverdigheid as etiese konsep kontekstueel aan die *morele samelewing* [waarbinne dit gelegitimeer moet word, en moet funksioneer] oor te laat nie, instede daarvan om iets te maak pas nie? Het die teorie enige legitimiteit of verwar hulle deur verskuiling van effektiewe kontekstualiteit? Is daar 'n onderliggende hunkering na orde?

Ter wille van die bespreking sal die laaste drie ietwat uiteenlopende groepe teorie verder evalueer word.

Libertêre teorie: Die skrywers se beklemtoning [nie noodwendig ondersteuning] hiervan is vanuit hul Amerikaanse perspektief. Amerika is die bakermat van vrye onderneming, die land van hoop en geleentheid waarbinne inisiatief so min moontlik aan bande gelê moet word. Motiewe soos utiliteit en voorsiening in die basiese gesondheidsorg aan die bevolking is ondergeskik aan die *regverdigheid van prosedures en metodes*, en gesondheidsorg is geen 'reg' nie. Die *regverdige samelewing* beskerm individuele vryheid en die reg om eiendom te besit – en so ook die reg om self en lewensomstandighede op eie inisiatief te verbeter. Hulle onderskryf die moraliteit van gelyke regte soos stemreg, maar voel alle ander teorie van regverdigheid steun op immorele finansiële benadeling van individue deur die dwang van belasting. Utiliteit en egalitêre teorie mag nie afdwingbaar wees nie, en vanselfsprekend moet gesondheidsorg privaat en vrywillig aangekoop word. Die samelewing tree immoreel op as hy fondse hiervoor voorsien [vanweë die immorele wyse waarop die fondse bekom word]. Die name van Locke, Adam Smith en veral Robert Nozick word in die verband genoem, en op p. 337 word Nozick se werk bespreek. Nozick noem sy konsep van regverdigheid '*entitlement theory*' – in die sin dat die publiek *geregtig* is op sekere dinge en dat die staat se optrede net legitiem is as hy hierdie regte beskerm deur die beskerming van individuele regte [bo die kunsmatige skep van nuwe patrone van distribusie of herdistribusie van die publiek se finansiële bates deur hulle bekom in die werking van die vryemark]. Hy laat slegs drie beginsels toe in sy konsep van *prosedurale regverdigheid*:

- Regverdigheid in die *bekoming* van bates;
- Regverdigheid in die *oordrag* van bates;
- Regverdigheid in *regstelling* [waar beginsels 1&2 nie korrek toegepas is nie].

In Nozick se konsepie word geregtigheid gemeet aan regverdigheid van die *prosedures*, nie *distribusie* nie [’n funksionele benadering tot geregtigheid].

Die konsepie onderlê die beginsels wat gesondheidsorg kommodifiseer het, en word gedryf deur ’n mega-dollar industrie wat alle vlakke van geneeskunde ondervang: vanaf navorsing, die produksie van middels en apparaat, die oprig en beheer van hospitale tot die menslike komponent [administrasie, verpleegkundiges, geneeshere ens.] – veel erger in die VSA, maar toenemend prevalent ook in Suid-Afrika. Gevestigde belange het ’n dinamika waarbinne ‘gewone burgerry’ eintlik maar net kan meedoen, nie verander nie. Ek het reeds vroeër my kommer oor aspekte van privaat geneeskundige praktyk in Suid-Afrika gelug. Die privaathospitaal, farmaseutiese- en toerusting-verskaffer pas hierby in. My opdrag is om die konsepie vanuit ’n *postmoderne etiese perspektief* te evalueer. Vanuit daardie gesigspunt is daar groot ongemak. Die eienskappe van postmoderne etiek [erkenning van kompleksiteit, kontekstualiteit, verantwoordelikheid, wroeging, tentatieweit, voorlopigheid van resultate] en die *atmosfeer* waarbinne die postmoderne etiese debat gevoer word, bevind homself in opposisie met die oorheersende metanarratief van die teorie. Die kontraktuele aard en fokus op eie- bo gemeenskaplike belang as ’n uitgangspunt vir ’n teorie van regverdigheid is problematies. Wanpersepsies van die aard en ‘voordele’ van globalisasie lok ons in daardie rigting – op sigself ’n onetiese posisie. Daar kan geen gronde anders as die beskerming van gevestigde belange wees vir die legitimering van libertêre teorie nie. Dat regverdigheid in prosedures en die ‘reg’ van burgers setel [insteede van konteks, d.i. die praktyk], is ’n onetiese en kunsmatige beskouing geskep binne die besondere struktuur van ’n samelewing. Vir die postmodernis sal so ’n idee homself in die agonistiese netwerk en onderhewig aan die prosesse van die kontekstuele morele gemeenskap moet bewys.

Kommunitêre teorie: In teenstelling met die liberale modelle van utiliteit en libertêre teorie, fokus kommunitêre teorie op 'n *enkel teorie* van geregtigheid [waarmee die postmodernis onmiddellik ongemaklik is] toepaslik op elke gemeenskap. Die [plurale] distribusie van gesondheidsorg deur individuele kontrakte is onaanvaarbaar, en die klem val op die verantwoordelikheid van die gemeenskap vir die individu, en kontemporêr almeer, andersom. Emanuel [p. 338] stel 'n kombinasie van liberalisme en kommunitarisme: 'n stelsel van duisende klein gemeenskaps-gesondheidsprogramme wat outonoom funksioneer en besluite neem. Dit wil herinner aan die postmoderne konsep van die morele gemeenskap, en het moontlik sekere voordele, maar is geforseerd en geslote en sal dus onwaarskynlik in 'n postmoderne situasie lewensvatbaar bly. Walzer, daarenteen, se konsepsie val veel sagter op die postmoderne oor: geen *enkele* beginsel van geregtigheid kan alle sosiale goedere beheer nie. Daar is 'n serie van beginsels as sferes rondom elke beginsel. Konsepsies van geregtigheid ontwikkel binne die [funksionering van die] samelewing – binne die bepaalde, reeds-bestaande logika: *sorg moet in verhouding tot siekte en nie vermoë nie wees:*

'So long as communal funds are spent....to finance research,.....pay the fees of doctors in private practice, the services that these expenditures underwrite must be *equally available.*' [p.339]

Walzer se narratiewe, kontekstuele, verantwoordelike, evolusionêre en gemeenskaps-gedrewe konsepsie verwoord heelwat van die eienskappe van postmoderne etiek. Die enkele metanarratiewe konsepsie in basiese kommunitêre denke is problematies hoewel kommunitarisme as sulks dalk nie heeltemal onverenigbaar met 'n postmoderne perspektief is nie – beide beklemtoon die primêre rol en belang van die *samelewing* in die proses van etiek en die legitimering van die individu.

Egalitêre teorie: Gelyke distribusie van *sekere* [nie alle moontlike] sosiale goedere [soos gesondheidsorg], toon die ooreenkoms maar tegelyk ook verskil met sosialisme. Rawls [1971] se konsepsie van geregtigheid as regverdigheid [billikheid] word aangehaal as uitgangspunt om gelyke distribusie te regverdig: ekstensies van Rawls se idees impliseer

dat primêre goedere so wyd moontlik gedefinieer sou word om eibelang te beskerm [m.a.w. dat 'rasionele deelnemers' aan die Rawlsiaanse bespreking soveel moontlik sou wou insluit in die algemene goedere wat gelyk verdeel moet word uit vrees dat hulle andersins self benadeel kan word]. Op grond hiervan sou rasonale agente utiliteit sowel as gelyke investering in alle kommoditeite verwerp [hulle sou in eibelang voorrang verleen aan gelyke distribusie sowel as preferensiële belegging in gesondheidsorg]. Daniels ontwikkel die idees verder: elke persoon behoort 'n regverdige aandeel in die geleenthede teenwoordig in die samelewing te ontvang – gebaseer op sy lewensplanne, dus talente en vermoëns en binne die vermoë van die samelewing [let op *regverdig* beteken nie noodwendig *gelyk* nie maar kontekstueel]. Die praktiese uitvloeisel uit beide die teorieë is *gelyke basiese gesondheidsorg*; beter sorg of meer voordeel kan *addisioneel gekoop* word. Hierdie konsepsie geniet baie steun vanweë die krag van Rawls se konsepsie van regverdigheid tesame met die politieke impak van die 'redelike minimum' voorstel [en die vermoë om gewetens te sus].

Uit postmoderne perspektief is die pluskant dat dit minstens nie 'n enkel-narratief teorie is nie en op sekere vlak die basiese morele gelykheid van persone onderskryf. Dit bevestig ook die 'morsigheid' en kompleksiteit van die morele moeras en is in 'n mate kontekstueel. Aan die minus kant onderstreep dit steeds diskriminasie in die implisiete klassifikasie van persone as instaat tot 'beter' – waarvoor hulle kan betaal - en nie. Rawls se konsepte is nie direk in die praktyk toepaslik nie [anders moontlik as om 'n stelsel te beoordeel] omdat die tipe 'blinde' gemeenskap waarna dit verwys nie bestaan nie.

8. Opsomming en Gevolgtrekkings

8.1 Die dokter-pasiënt verhouding: die sentrale onderwerp van filosofies-bioetiese navraag?

Indien dit nog nie vir die leser duidelik was nie – ek het dit dusver bloot terloops op p. 27 genoem – is dit by die afronding nodig om die stelling te beklemtoon dat die sentrale tema in biomediese etiek in 'n enkele sin opgesom kan word: 'n analise van, 'n soeke na die mees ideale verhouding tussen dokter en pasiënt. Die vraag op Sokratiese wyse gestel sou wees: is daar 'n ideale verhouding, indien wel, hoe kan ek dit weet? Implisiet in filosofies-bioetiese refleksie is die vraag of daardie verhouding slegs op een wyse beskryf kan word [’n enkele metanarratiewe voorstel], en of daar eerder van ‘verhoudings’ gepraat moet word. Kan die verhouding tussen dokter en universiteitsprofessor en dokter en arbeider hoegenaamd identies wees [so ook tussen die dokter en die sterwende en die dokter en die vrou met haar eerste swangerskap]? Is dit eties om dit as identies voor te stel, te probeer beoefen? Kan die betekenis van outonomie of paternalisme in alle omstandighede identies wees? Vanselfsprekend nie. *Konteks bepaal die verhouding*. 'n Baie meer ingrypende vraag is of *geregtigheid* dieselfde multi-valensie *kan* vertoon; hierdie netelige vraag wat in Suid-Afrika gereedelik gesystap word, sal ek later bespreek.

8.2 Wat is Beauchamp en Childress se beskrywing van die verhouding?

Prinsiplisme ondersteun die enkele-metanarratiewe konsepsie van biomediese etiek. Dit stel ‘ewige’ beginsels wat ‘rasioneel’ beredeneer word voor as hul konsepsie van etiek [toegegee, ook hulle is daardeur ontugter, hoewel dit nie in die uiteensetting van hul boek sigbaar is nie]. Konteks bepaal nie die aard van die verhouding nie, en die voorstel dat daar meer as een legitieme verhouding kan wees is vir hulle onrealisties. Die beginsels waarop die verhouding gegrond is is in die hof, in die Amerikaanse regstelsel gevestig. Inherent is daar 'n afwesigheid van moraliteit, 'n posisie waar 'n vorm van etiek sonder moraliteit gepropageer word – dus 'n onetiese posisie.

Ongetwyfeld stel kontraktualiteit – die basis van die regsverhouding – ook die onderliggende basis of afskopplek van die dokter-pasiënt verhouding. Wanneer die pasiënt by die onbekende dokter se spreekkamer aanklop, verwag hy sekere dinge: ’n vlak van kennis en vaardigheid, algemene praktykvoering wat volgens sekere reëls sal geskied [wat prinsiplisme se vier beginsels kan insluit, maar ook die reëls van die betrokke spel], bowenal professionele integriteit en eerlikheid teen die agtergrond van die fundamentele vertroue dat nie in die dokter se eiebelang opgetree sal word nie. Die dokter verwag van die pasiënt eerlikheid [in die voorsiening van persoonlike data en siektegeskiedenis], ’n bereidwilligheid om professionele gesag te erken en voorgestelde behandeling te volg, en ’n bereidheid om die dokter vir sy dienste te vergoed. Vir die modernis [en prinsiplis] is dit waar die verhouding eindig, en enige moraliteit wat vestig is toevallig in die uitvoering van kontraktualiteit. [Ek wil nie voorgee dat daar nie plek vir hierdie soort konsumerisme is nie – bv. in die baie beperkte kontak wanneer ’n oppervlakkige, kort konsultasie met ’n totale vreemdeling geskied, maar selfs daar glo ek die verhouding moet noodwendig oorgaan in die tweede fase hierna beskryf].

8.3 Hoe word die verhouding uit postmoderne perspektief beskrywe?

Moraliteit is kontekstueel. Moraliteit is iets wat op ’n unieke wyse vloei uit die interaktiewe werking van die kontekstuele morele gemeenskap. Laasg. bestaan uit belangetrosse wat spontaan rondom sekere konsentrasies van inligting vorm. Morele teorie, beginsels en reëls het slegs die betekenis wat die etiese proses van/in die samelewing kontekstueel daaraan toestaan, en ten beste is enige moraliteit wat uit die proses voortvloei kontekstueel, tydelik, onderhewig aan konstante verandering en vernuwing. Etiek is dus ’n proses van skepping, ’n funksionele proses. Die aard van die proses maak die aanklag van relativisme irrelevant.

Moraliteit kan nie op die toepassing van abstrakte reëls gegrond wees nie. Reëls – en beginsels – is eerder ’n skuilplek vir immorele optrede. Moraliteit kan net volg op die noodwendige betrokkenheid van die morele agent in die onwillekeurige wisselwerking in die ‘agonisme’ van die samelewing. *Postmoderniteit ontbloot die inherent onetiese posisie van prinsiplisme.*

Benewens of bo die onderliggende kontraktuele aspekte waarmee die dokter-pasiënt verhouding afskop, vir die postmodernis slegs die basis, ontstaan die morele aspekte van die verhouding, die werklike verhouding sodra die eerste persoonlike kontak tussen dokter en pasiënt geskied. Moraliteit figureer in elke verdere interaksie, in elke woord en daad en die onderliggende beskrywing is een van *verantwoordelikheid* – let op, nie ’n paternalistiese *vir* die pasiënt nie [hoewel die dokter vanselfsprekend altyd sy daad moet kan regverdig], maar *teenoor*. Dit is die onderliggende verskil tussen die benaderings van moderniteit en postmoderniteit.

Synde hermeneuties van aard, kan die verhouding nie be- of voorgeskryf word deur abstrakte reëls en beginsels nie. Van Peursen [1974] beklemtoon die sentraliteit van *verhouding* in die huidige kultuurfase – as konstante, vernuwende verskuiwing. Die dokter-pasiënt verhouding is nie immuun teen hierdie dinamiese beskrywing nie.

8.4 Geregtigheid en billike geleentheid

Een van die mees kwellende vrae in biomediese etiek is die praktiese betekenis van *geregtigheid* in geneeskundige praktyk, en enkele slotgedagtes hieroor is van toepassing. Van Peursen beskryf geregtigheid as ’n *konkrete kontekstuele daad*. Kan verskillende kontekstuele beskrywings aan die begrip geregtigheid gegee word? Behoort die ‘billike geleentheid’ reël te geld [pp. 341-348]? Hoe moet ’n samelewing ‘geregtig’ gemaak word [bedoelende dat hy die waarde van geregtigheid sal herken, erken en toepas]? [sien, in laasg. verband, Lotter (2001, pp. 93-95) se drievlak-voorstel: beginnende by die moraliteit van outoriteit, dan die moraliteit van assosiasie met rolmodelle, en laastens die moraliteit van beginsels, toepaslik juis in die Suid-Afrikaanse konteks].

8.4.1 *Geregtigheid en kontekstualiteit*: Geregtigheid kan, om regverdigheid en morele inhoud te openbaar, nie anders as kontekstueel beskou word nie. Cilliers [2001a] kom tot die gevolgtrekking dat toepassing van die reg sonder kontekstualiteit inherent immoreel is. In bioetiek geld dieselfde beginsel. Die alternatief is ’n terugkeer na die ‘universele’ reëls waarvan ons met groot moeite ontslae geraak het.

8.4.2 *Billike geleentheid*: Die basiese uitgangspunt van die billike geleentheid-reël is dat niemand op grond van onverdiende eienskappe bevoordeel of benadeel moet word nie – dat die ‘lotery’ van die sosiale en biologiese lewe nie morele grond kan wees vir onderskeid tussen persone nie. As beginsel lofwaardig – maar in die praktyk is aangebore en oorgeërfde distribusie belangrike basiese boustene of sosiale instellings waarop die sosiale lewe gestruktureer is en wat die lot van mense bepaal. Dit is ook insiggewend dat die reël slegs opgeroep word om die lot van benadeeldes te verlig; dit sou immers baie meer logies en sinvol wees om die *beoordeling* van mense om soortgelyke redes [filmsterre, modelle, popsingers – mense wie se talent soms oppervlakkig is] af te keur of hul minstens addisioneel te belas ten bate van die benadeeldes – hulle ‘verdien’ ook nie hul noodlot nie. Nozick [in Moskop, p. 336] voer aan dat of natuurlike bates arbitrêr is of nie, persone geregtig is daarop en wat daaruit voortvloei.

’n Ekstensie van die reël sou impliseer dat persone ’n ‘redelike kans’ in die lewe gegun word wanneer benadeling nie deur eie toedoen is nie. In essensie sluit ons hiermee byna alle siektes in [selfs waar die persoon deur sy lewenstyl moontlik tot sy siekte bydra is daar soveel onsekerheid en bykomstige kontekstuele faktore dat dit onmoontlik is om ’n % blaaam te beredeneer]. Die reël ignoreer die feit dat waarmee ookal hulp verleen word, in die konstruksie van die moderne samelewing van ander persone bekom moet word in ’n proses wat *hulle* benadeel [die essensie van die libertêre argument]. Die VVO Handves van Menseregte [1973] stel bv. mediese sorg en sosiale dienste as die *reg* van elke persoon sonder om te bepaal op wie die las van daardie reg gelê moet word [Moskop (1983) redeneer dat dit op die *samelewing* van toepassing is]. ’n Verdere argument is dat ‘redelike kans’ in gesondheidsorg daarop neerkom dat meer aandag aan siekes as gesondes gegee word [gevolglik meer geld gespandeer] omdat dit is wat die situasie vra [soortgelyk aan vergelykbare uitgawes vir leergestremdheid].

8.5 *Is ek my broeder se hoeder?*

Wanneer dit kom by die fisiese verligting van benadeeldes, is die ooglopende vraag tot watter mate die [res van die] samelewing ’n *verpligting* teenoor sulke mense het, en is dit dan nie ook reg om mense wat weëns omstandighede buite hul beheer ’n laer as gemiddelde lewenstyl moet handhaaf, finansiël by te staan nie? Waar eindig

verantwoordelikheid? Die negatiewe effekte van te veel of ontoepaslike liefdadigheid moet ook in die debat geopper word – vernedering en gebrek aan selfrespek, onderdrukking van inisiatief en onbehoorlike afhanklikheid en oorheersing [die onderdrukkende effek van sosialisme dien as voorbeeld] [Farah, 1993, bied 'n insiggewende bespreking van die impak van ontwikkelingshulp op Afrika lande, en sy bespreking van geskenke is toepaslik]. In die verband kan 'n mens onderskei tussen 'natuurlike' of aangebore [biologiese] toeval, en 'sosiale' toeval – wie jou ouers was.

Rawls gebruik die 'billike geleentheid' reël vir meer as abstraksie; hy voel dat dit ook as 'n reël vir restitusie aangewend moet word wanneer distribusie op biologiese of sosiale lotery-basis geskied omdat die uitkoms van laasgenoemde 'arbitrary from a moral perspective' is. Dit is 'n baie radikale standpunt waarvoor daar nie eenstemmigheid is nie, die implikasies waarvan baie wyd neerslag sou vind was dit nie vir die oorheersing van libertêre idees in die VSA nie. Libertariërs voer voorts aan dat die onderskeid tussen *onregverdigheid* [waar die reël dalk toepaslik mag wees] en *ongeluk* arbitrêr kan wees, en dit sal vanselfsprekend distribusie bepaal. Dit sou verwag kan word dat libertêre idees gebruik van die term 'ongeluk' sou voorstaan, egalitêre teorie die term 'onreg'. Moskop maak 'n belangrike analise van Rawls en andere se insigte hieroor. Rawls het in sy *Theory of Justice* [1971] slegs *vryheid, geleentheid en inkomste* as sy primêre sosiale goedere gestel. Wanneer 'n billike aandeel hierin gewaarborg is, sal die markmeganisme die individu toelaat om die res volgens sy eie lewensplan en konsepsie van die goeie te bekom. Green voeg gesondheidsorg as 'n addisionele beginsel by en '*we can expect the parties finally to opt for a principle of equal access to health care.....to the most extensive health services society allows*'. Green stel dus die beginsel van gelyke toegang tot gesondheidsorg ongeag van inkomste. Hierdie is natuurlik 'n herformulering van Rawls wat juis as 'n vereenvoudigingsmeganisme funksioneer.

Moskop beredeneer 'n tweede variasie, nl. die van Daniels wat gesondheidsorg insluit in die agtergrond institusies wat '*fair equality of opportunity*' waarborg. Die samelewing sou natuurlik 'n meganisme moes hê om te verseker dat al sy produksie en vermoëns nie in 'n bodemlose put verdwyn nie.

Mits konteks en die tipe verantwoordelikheid vroeër beredeneer in die toepassing behoue is, en juis vanweë die postmodernis se verantwoordelikheid, is die billike geleentheid reël vanuit postmoderne perspektief nie problematies nie.

8.6 Die 'reg' op 'n redelike minimum van gesondheidsorg?

Die slotsom van die skrywers se denke oor regverdigheid fokus [p. 348] op 'n bespreking van 'n *reg op gesondheidsorg* en beleid daaromheen, met verwysing na die VSA-situasie. Die omstandighede hier ter plaatse is veel erger; in die VSA is slegs ongeveer 15% van die bevolking sonder gesondheidsorg-versekering, by ons is slegs ongeveer 6 miljoen lewens verseker. Die meerderheid van die res van die bevolking is op ontoereikende staatstelsels aangewese, terwyl ongeveer 60% van die gesondheidsorg begroting aan ongeveer 20% van die bevolking bestee word. Dit behoort dus die dringendste onderwerp van kontekstuele bioëtië in Suid-Afrika te wees [tesame met MIV/VIGS]. Die feit dat dit nie is nie is 'n aanklag teen bioëtië.

Beauchamp en Childress voer aan *deugde* soos *liefdadigheid, meegevoel en welaardigheid* is sterker en meer effektiewe begrippe as *reg en onreg* as dit by die praktyk en sorg aan onversorgdes kom - omdat die staat geen poging aanwend om sy verantwoordelikheid teenoor hulle na te kom nie. Hulle sluit hierin by Feinberg en Margolis [in Moskop, 1983, p.336] aan wat gesondheidsorg nie as 'n reg nie maar as 'n sosiale ideaal beskryf wat sekere wetlike regte kan inspireer.

In die breë is daar twee benaderings tot gesondheidsorg: die *kommodifisering* daarvan [die pad wat privaat geneeskunde loop], en gesondheidsorg as die een of ander *morele saak* [soos wat die skrywers probeer beredeneer het]. Kan ons 'n [morele] reg tot gesondheidsorg beredeneer?

8.7 *Het die kontemporêre staat 'n verpligting in gesondheidsorg voorsiening?*

8.7.1 *Die staat het 'n kollektiewe verantwoordelikheid* benewens die voorkoming van misdaad, besoedeling, maatskaplike dienste en onderwys ook in die voorsiening van gesondheidsorg aan sy burgers [p. 351]. Dit berus op 'n *wetlike benadering*. Daarvolgens kan ons gesondheidsorg as een van die basiese – die mees basiese – teenprestasies beskou wat die staat in ruil vir die burger se onderwerping aan burgerskap voorsien. In 'n demokrasie behoort die wil van die meerderheid te geld, en as dit is wat die meerderheid wil hê, waarom dit nie voorsien nie?

8.7.2 *Toepassing van die 'billike geleentheid' reël*: regverdigheid van sosiale institusies word beoordeel op grond van toepassing van die reël. Dit impliseer billike distribusie van gesondheidsorg bates waartoe alle burgers 'n reg het en om burgers so billik moontlik te behandel. Dit sal beteken dat die samelewing se bates geredelik hiertoe ingespan word, hoewel daar noodwendige beperkings sal moet wees.

Hierdie twee argumente mag alle ander teorieë van distribusie oorheers. In die VSA het handevat met libertêre denke om 'n *tweevlak stelsel met gelyke toegang tot die eerste vlak* te skep meriete. Ongelukkig, soos ook ter plaatse, is die eerste vlak totaal ontoereikend en vir die meerderheid van burgers niksseggend. Dit is insiggewend dat die debat in die VSA om herdistribusie en nie transformasie gaan nie [vanweë die inburgering van die stelsel en die groot aantal versekerdes]. Herdistribusie neig om 'n *status quo* te handhaaf omdat verskille beklemtoon word.

8.7.3 Die staat kan ook as die finale *organiseerder van liefdadigheidsdoelwitte* ['verpligte weldadigheid'] van die gemeenskap gesien word, hoewel dit sal neig om moraliteit uit daardie verhoudings te weer.

8.7.4 Die verantwoordelike staat het ook 'n verpligting i.t.v. die uitdrukking van *sosiale deug en uitnemendheid in openbare beleid* met *morele waardes*

waarmee die burgerry kan identifiseer, wat hulle graag wil versprei en bevorder en waarmee hulle tipeer wil word.

8.7.5 Geregtigheid – en dit geld ook gesondheidsorg – word deur Plato as ’n institusionele taak beskou. Nussbaum [1998, p. 281] voel dat hoewel individue ’n bydrae tot regverdigheid kan maak

‘justice will never be satisfactorily guaranteed to all until there is a just institutional structure’ [kommentaar wat luid tot ons spreek].

8.8 *Gesondheidsorg beleid in postmoderniteit*

Die sfeer waarin ons beweeg wanneer ons oor gesondheidsorg *beleid* besin is meer bepaald deel van die komplekse postmoderne gemeenskap, die eienskappe waarvan dus toepaslik is. In kort sou ’n postmoderne perspektief bewus wees van die kompleksiteit van die situasie. In etiese terme is die proses van die samelewing ook die etiese skeppingsproses. Kontekstualiteit is ’n primêre oorweging. Bestaande reëls sou met verantwoordelikheid, kontekstualiteit en bewus van beperkinge, voorlopigheid en onderhewig aan revisie toegepas word – soos ook enige nuwe besluite wat uit die samelewing voortvloei. Of daar in besonder ’n ‘reg tot gesondheidsorg’ sal wees sal van omstandighede en wat uit die sosiale netwerk voortvloei afhang. As daar ’n bestaande reël daarvoor is, sal dit soos bo toegepas word. Wat ‘persoonlike verantwoordelikheid teenoor’ die pasiënt in terme van gesondheidsorg beleid en toepassing beteken is vanuit die perspektief van die geneeskundige onontgind.

Wat geregtigheid, regverdigheid en billikheid betref, en wat elkeen van hierdie terme beteken sal ook deur die etiese proses van die samelewing bepaal word - ewe voorlopig en onderhewig aan verandering – soos, trouens, alvier Beauchamp en Childress se ‘beginsels’. Begum [2001] som die probleme van Bangladesh as volg op:

‘Poverty-related difficulties include lack of infrastructure, unreasonable dominance of defence-related expenses in the budget, lack of a sufficient number of

health care providers, absence of accountability for serious medical malpractice, as well as exploitation of patients in pharmaceutical trials.’

Ek laat dit aan die leser oor om te besluit tot watter mate die stelling op Suid- en Suider-Afrika van toepassing is.

8.8 *Finale opsomming*

Ek ket in hierdie werkstuk ’n uiteensetting van die ontstaan van Beauchamp en Childress se weergawe van prinsiplisme gegee. Ek het aangetoon dat dit ’n kontekstuele reaksie op die kontemporêre Amerikaanse situasie is, hoofsaaklik uit litigasie-regsaksie voortvloei, as goeie praktyksriglyne beskou kan word en etiek sonder moraliteit verteenwoordig. Ek het ’n kort uiteensetting van Winkler se weergawe van konteks-gebaseerde benadering gegee, maar aangetoon dat ook dit nie moraliteit waarborg nie. Daarop het ek ’n beskrywing van die postmoderne samelewing n.a.v. kompleksiteit teorie gegee, en aangetoon hoe die eienskappe van kompleksiteit kontekstueel ontwikkel kan word om in bioetiek toegepas te word.

Vanuit ’n postmoderne etiese perspektief het ek ’n analise van prinsiplisme en die individuele beginsels gemaak, en aangetoon dat hulle die eienskappe van die ‘ewige morele reëls’ van moderniteit openbaar en nie sonder meer as morele beredenering voorgehou kan word nie. Ek het erkenning gegee aan Beauchamp en Childress se eie pogings om dit te besweer deur *karakteretiek* tot hul formule toe te voeg, maar die kritiek uitgespreek dat hulle desnieteenstaande hierdie belangrike erkenning, nie bereid is om die formaat van hul aanbieding radikaal te wysig nie. Hulle beskou die beginsels steeds as sentraal en primêr.

Laastens het ek die brandende vraag van *geregtigheid in die praktyk van geneeskunde* bespreek, veral of ek as persoon kan aanspraak maak op ’n reg tot gesondheidsorg, die morele implikasies van ‘life’s lotteries’, die staat se

verantwoordelikheid in gesondheidsorg en les bes, persoonlike verantwoordelikheid in gesondheidsorg.

Ek sal graag finaal afsluit met die volgende aanhaling [Beauchamp en Childress, p. 354] van die President se Kommissie vir die Bestudering van Etiese Probleme in Geneeskunde en Biomediese Navorsing:

'A society's commitment to health care reflects some of its most basic attitudes about what it means to be a member of the human community.'

Verwysings

Allmark, P.: 1995

Can there be an ethics of care?

Journal of Medical Ethics 1995; 21:19-24

Annas G J: 1993

Standard of care: The law of American bioethics

Oxford University Press, New York [1993] [p. 3]

Aangehaal in: Law and bioethics

Encyclopedia of law and bioethics [pp. 1331]

Bauman, Z. 1992

Intimations of Postmodernity

London: Routledge.

Bauman, Z. 1993

Postmodern Ethics

Oxford: Blackwell.

Beauchamp, T.L., and Childress, J.F 1994

Principles of Biomedical Ethics [4th ed.]

Oxford: Oxford University Press.

Braeckman, J.: 1997

Introduction

Philosophica Vol. 59(1), pp. 5-9, 1997

Buller, T: 2001

Competence and risk-relativity

Bioethics Vol. 15, No. 2, 2001, pp. 93-109

Capron A M: 1995.

Law and bioethics

Encyclopedia of law and bioethics [pp. 1329-1355]

Clarke, S.: 2001

Informed consent in medicine in comparison with consent in other areas of human activity

The Southern Journal of Philosophy V. XXXIX, pp. 169-197, 2001

Cilliers, P. 1995

Postmodern Knowledge and Complexity [or why anything goes not go].

S. Afr. J. Philos. 1995, 14[3] [pp. 124-132]

Cilliers, P. 1998

Complexity and Postmodernism. Understanding complex systems.

London: Routledge.

Cilliers, P.: 1999

‘Complexity and postmodernism. Understanding complex systems’

Reply to David Spurrett

S. Afr. J. Philos. 18(2), pp. 275-278, 1999

Cilliers, P. 2000

What Can We Learn From a Theory of Complexity?

Emergence 2000, 2[1] [pp. 23-33]

Cilliers, P. and De Villiers, T. 2000

The Complex ‘I’

In

W. Wheeler [ed], The Political Subject. London: Lawrence and Wishart 2000

[pp. 225-243]

Cilliers, P. 2001a

Complexity, Ethics and Justice [Draft].

Departement Filosofie, Universiteit van Stellenbosch

[ongepubliseer]

Cilliers, P. 2001b

Moral Reflection in Context

Departement Filosofie, Universiteit van Stellenbosch

[ongepubliseerde kursusnotas]

Clinton, C.: 2001

When is clinical practice research?

SAJA&A Vol. 7, No. 4, November 2001, pp.4-6

Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK schools: 1998

Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum

Journal of medical ethics V. 24, pp. 188-192, 1998

De Roubaix, J. A. M. 2000

Informed Consent

Death, Dying and Organ Transplantation

Departement Anesthesiologie Groote Schuur en Tygerberg Hospitale

[ongepubliseerde departementele lesings].

Emmeche, C.: 1997

Aspects of complexity in life and science

Philosophica 59, 1, pp. 41-68, 1997

Farah, N: 1993

Gifts

Kwela Books, Cape Town, 2001 [vorige uitgawe 1993]

Fuller, M.: 1998

Making sense of MacIntyre

Ashgate Publishing, Aldershot [1998]

Gilbert, P.: 2000

Toleration or autonomy?

J. Applied. Philos. Vol. 13, No. 3, pp. 299-302, 2000

Gillon, R.: 1996

Ethnography, medical practice and moral reflective equilibrium

Journal of Medical Ethics 1996; 22 [pp. 59-260]

Grundstein-Amado, R.: 1995

Values education: a new direction for medical education

Journal of Medical Ethics 1995; 21: 174-178

Gyekye, K.: 1997

Tradition and modernity: Philosophical Reflections on the African Experience

Oxford University Press, New York/Oxford, 1997

Hellman, S. en Hellman, D. S.: 1991

Of mice but not men – Problems of the Randomized Clinical trial

NEJM Vol. 324, No. 22, 1991, pp.1585-1589

Herwitz, D.: 1999

Postmodernists of the south: an essay in philosophical journalism

S. Afr. J. Philos. 18(1), pp. 18-40, 1999.

Higgs, R.: 1999

Do studies of the nature of cases mislead about the reality of cases? A response to
Pattison *et al*

J. Med. Ethics Vol. 25, pp. 47-50, 1999

Holmes O W: 1920

The path of the law

Collected legal papers

Harcourt, Brace, New York [1920] [p. 172]

Aangehaal in: Law and bioethics

Encyclopedia of law and bioethics [p. 1333]]

Hughes, J.: 1995

Ultimate justification: Wittgenstein and medical ethics

Journal of Medical Ethics 1995; 21: 25-30

Janssens, R., en ten Have, H.: 1997/8

Pijn in het morele en publieke debat

Wijsgerig Perspectief 38, 1997/8-2, pp. 49-54

Landman, W. A.: 2000

Legalising Assistance With Dying in South Africa.

SAMJ, 90[2] Februarie 2000, pp. 113-116.

Lantz, G.: 2000

Applied ethics

J. Appl. Philos. pp. 21-28, 2000 [geen volumenommer]

Lotter, H.: 2001

How can a society make its citizens just?

S. Afr. J. Philos. Vol. 20, No. 1, pp. 90-101, 2001

Lyotard, J. F.: 1984

The Postmodern Condition: A Report on Knowledge

Manchester: Manchester University Press

MacIntyre, A.: 1981

After Virtue

Duckworth, 1981

Maclean, A. R.: 2000

Now you see it, now you don't: consent and the legal protection of autonomy

Journal of Applied Philosophy Vol. 17, No.3, pp. 277-288, 2000

Malek, J. I.; Geller, G. en Sugarman, J.: 2000

Talking about cases in bioethics: the effect of an intensive course on health care professionals

Journal of Medical Ethics 2000; 26 [pp. 131-136]

McKinney, R. J.: 2000

Postmodern casuistry and intertextuality: the case of Henry James and the analogical imagination

International Philosophical Quarterly V. XL, No. 4, Issue No. 160, pp. 465-477

Moreno, J. D.: 1998

Ethics committees and ethics consultants

In: A Companion to Bioethics

Redakteurs: Kuhse, H., en Singer, P.

Oxford: Blackwell pp. 475-484

Moskop, J. C.: 1983

Rawlsian justice and a human right to health care

Journal of Medicine and Philosophy Vol 8, No 4, Nov 1983, pp. 329-337

Ncayiyana, D. J.: 2000

Physician-Assisted Suicide – an Oxymoron?

SAMJ, 90[2] Februarie 2000, p. 75.

Nessa, J., en Malterud, K: 1998

Tell me what's wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy

Journal of Medical Ethics 1998; 24:394-400

Norman, R.: 1998

The Moral Philosophers – An Introduction to Ethics [2nd ed.]

Oxford: Oxford University Press

Nussbaum, M. C.: 1998

Political animals: luck, love, and dignity

Metaphilosophy Vol. 29, No. 4, pp. 272-287, 1998

Orr, R. D., en Genesen, L. B.: 1997

Requests for 'inappropriate' treatment based on religious beliefs

Journal of Medical ethics 1997; 23: 142-147

Ost, D. E.: 1984

The 'Right' not to Know

The Journal of Medicine and Philosophy 9 [1984], 301-312

Pattison, S., Dickenson, D., Parker, M. e.a.: 1999

Do case studies mislead about the nature of reality?

Journal of Medical Ethics 1999; 24: 42-46

Pettit, P.: 2000

Non-consequentialism and universalizability

The Philosophical Quarterly V. 50, No. 199, pp. 175-190, 2000

Philosophica

[Volle uitgawe gewy aan kompleksiteit]

Philosophica Vol. 59(1), 1997

Pippin, R. B.: 2001

Kant on freedom, law and happiness: A mandatory reading of Kant's ethics?

The Philosophical Quarterly Vol. 51, No. 204, pp. 386-393, Book review, 2001

Rawls, J.: 1971

A Theory of Justice

Hoofstuk 1: Justice as Fairness, pp. 11-17

Oxford: Oxford University Press

Resnik, D. B.: 2001

Ethical dilemmas in communicating medical information to the public

Health Policy, Vol 55, Issue 2, 2001: p.131

Roederer, C. J.: 2000

Ethics and meaningful political action in the modern/postmodern age: a comparative analysis of John Dewey and Max Weber

S. Afr. J. Philos. Vol. 19, No. 2, pp. 75-94, 2000

Rossouw, G. J.: 2001

The Scope of Business Ethics

S.Afr.J.Philos. 20[3], pp. 257-269

Savulescu, J., Momeyer, R. W.: 1997

Should informed consent be based on rational beliefs?

Journal of Medical Ethics 23, 282-288, 1997

Schuklenk, U.: 2001

Ethical issues in CPD

SAMJ 91{11} November 2001, pp. 955-957

Smith, J., Pieper, C. H., Kirsten, G. F., 1999

Born Too Soon, Too Small, To Die – A Plea for a Fair Innings

SAMJ, 89[11] November 1999, pp. 1148-1151.

Spurrett, D.: 1999

Complexity and postmodernism: understanding complex systems.

S. Afr. J. Philos. 18(2), pp. 258-272, 1999 *Review article*

Te Water Naude, J., and London., L. 1999

Abortion – Ethical Obligations [letter]

SAMJ, 89[11] November 1999, pp. 117-118.

Thompson, J. B., 1990

Ideology and Modern Culture: Critical Social Theory in the Era of Mass Communication Chapters 1-3; pp.1-121

Polity Press.

Van Niekerk, A. A.: 1992

Rasionaliteit en Relativisme

RGN Uitgewers, Pretoria, 1992

Van Niekerk, A. A., Van Zyl, L. : 1996

Embryo experimentation, personhood and human rights

S.Afr.J.Philos. Vol. 15, No. 4, 1996, pp. 139-143

Van Peursen, C.A., 1974

The Strategy of Culture Chapter 1

North Holland Publishing Company, Amsterdam & Oxford; America Elsevier

Publishing Company, New York

Winkler, E. R., and Coombs, J. R., 1993

Applied Ethics – A Reader

Oxford: Blackwell.