liggande apoptotiska cellerna [1]. Det senare är inget att bli storligen förvånad över. Tänk t ex på att peritoneala makrofager, som ofta används in vitro, kan skilja sig avsevärt från makrofagerna i luftvägarna.

Framtvingad apoptos ger annan bild

Våra senaste fynd visar dessutom att när vi »tvingar« fram apoptos av bronkernas eosinofiler in vivo genom direkt stimulering av dödsreceptorn så får vi absolut inte den upplösning av inflammationen som molekylärbiologiska in vitro-studier förutsagt. Tvärtom, det som skulle vara en anti-inflammatorisk intervention (=stimulering av vävnadseosinofilers dödsreceptorer) visar sig in vivo ge en nästintill astmalik inflammation, dvs en långt allvarligare inflammation än vad som någonsin tidigare iakttagits i den allergiska musens luftvägar [1].

Ovetenskaplig hyllning

Vi hade kanske förväntat oss en annan bild in vivo, dvs mer i stil med den som basuneras ut i en molekylärbiologisk, in vitro-baserad översikt över anti-inflammatoriska apoptosmekanismer [2], som också Fadeel refererar till. Den artikeln är för övrigt skriven av samma person som nyligen undertecknade en editorial, i vilken en falskt positiv rapport avseende förekomst av apoptotiska eosinofiler i luftvägssvävnad in vivo blir hyllad på ett molekylärbiologiskt dogmatiskt, men ack så ovetenskapligt vis (se referenserna [7, 14] i Läkartidningen 34/01).

Forskningens värderingssystem

Vi är inte ensamma om att kritisera impact factor som grund för värdering av medicinsk vetenskap. Horrobin beskriver det som ruttet (referens [13] i LT 34/01) och Richard Smith, t ex, ger flera prov på det undermåliga i detta system [3]. I sin editorial i BMJ i september i år väljer Richard Smith för övrigt ett enda exempel på forskning av hög impact factor som, menar han, haft liten impact på vår hälsa: »Thus scientists would think of the original work on apoptosis as high quality, but 30 years after it was detected there has been no measureable impact on health« [3].

Referenser

1. Persson CGA, Erjefält JS, Uller L, Andersson M, Greiff L. Unbalanced research. Trends in Pharmacological Sciences 2001; 22:1538-41.
2. Savill J, Fadok V. Corpse clearance defines the meaning of cell death. Nature 2000; 407:784-8.
3. Smith R. Measuring the social impact of research. Editorial. British Medical Journal 2001;323:528.

Tännsjö driver debatten om dödshjälp till orimliga slutsatser

Torbjörn Tännsjö beklagar sig i en replik (Läkartidningen 38/01, sidorna 4083-4) över mina »trevande försök till argumentation« i min recension (Läkartidningen 36/01, 3849-50) och över min »okunnighet och brist på ödmjukhet«. Jag låter mig dock inte nedslås, och förmodar att hans arrogans säger mer om honom själv än om min artikel.

JOHAN FROSTEGÅRD

författare, docent, överläkare, reumatologiska kliniken, och CMM, Karolinska sjukhuset, Stockholm

johan.frostegard@ks.se

Om man förespråkar en morallära enligt vilken det kan vara moraliskt riktigt att döda en människa för att komma över hennes organ och ge dem till andra behövande, får man nog finna sig i att det finns en risk att man blir raljerad med, speciellt om man har en maktposition i medicinsk-etiska frågor på Socialstyrelsen som Tännsjö.

Lära för en sann ideolog

Enligt denna morallära – som Tännsjö egendomligt nog kallar pragmatisk – finns det en metod som gör att man kan summera mängden lidande, vällust, lycka etc som blir en följd av en handling, och att totalsumman avgör om handlingen är riktig eller inte.

Det är en lära som passar en sann ideolog, och läkaretiken är nog ett oting för en sådan; läkaretiken innehåller element av de moralläror han relaterar, eftersom de alla tre, var och en för sig och drivna till sin spets, är omöjliga att använda i sjukvården. Om han vore lika hård i sin kritik av den egna extremutilitaristiska »pragmatiska« läran som han är mot läran om rätten till liv och läran om livets helgd, skulle det inte finnas något kvar av den.

Skrattet fastnar i halsen

Man kan kanske tycka det är lite märkvärdigt eller rentav kostligt när den gravallvarlige Tännsjö lejer ut frågor till Sifo där han undrar om svenskarna tycker det är rätt eller fel att äta upp varandra i vissa situationer. Men skrattet fastnar i halsen. Det är inte lustigt att Tännsjö föreslår att man bör kunna döda vissa patienter genom förutsatt samtycke.

Jag noterar att han i sitt svar inte tar upp min kritik av dessa hans mycket speciella åsikter, utan mest ägnar sig åt exeges av dödande och dödshjälpsbegreppet. Att ge smärtlindring, även om denna kan riskera att något förkorta vissa patienters liv, och att ge palliativ men inte andra former av aktiv medicinsk behandling (här exemplifierat av Tännsjö med antibiotikabehandling) åt döende patienter kallas dödshjälp, i vissa fall även aktiv dödshjälp, vilket skulle vara vanligt förekommande enligt Tännsjö.

En rimlig tolkning av Tännsjö är att han menar att åtskillig palliativ vård i allmänhet är en form av dödshjälp; man gör ju inte allt för att förlänga döendes liv.

Palliativ vård är inte dödshjälp

Men detta är en mycket diskutabel användning av det laddade ordet dödshjälp. Att vi låter döende människor dö ifred med fullgod palliativ vård är inte dödshjälp, och Tännsjös definitioner förefaller mest syfta till att bortförklara de väldiga skillnaderna mellan barmhärtighetsmord och palliativ vård.

Vad Tännsjö i själva verket diskuterar är hur vi kommunicerar med döende patienter och hur delaktiga de är i vår-

Jag föreslår därför att man slutar tala om dödshjälp eftersom detta begrepp efter Tännsjös insatser blivit alldeles för brett och kan betyda nästan vad som helst.

Annons

Annons

Annons

Annons

den. Detta är en viktig fråga men den har inte så mycket med dödshjälp att göra.

Läkare utövar etiken

Dessutom slår han fast att jag anser att det är läkare som är experter i den medicinska etiken, vilket jag inte alls sagt! Det jag skrev var att medicinsk etik i sista hand måste bedrivas av läkare – vare sig de är experter eller ej. Så länge läkarna ha ansvar för vad de gör, måste de ha ansvar även för en så central del av läkaryrket som läkaretiken. Däremot måste man lyssna på lekmän och öppet redovisa och diskutera hur den praktiska läkaretiken ser ut.

För övrigt ser det ut som om det gått troll i dödshjälpsfrågan, tänk bara på Tore Nilstun från enheten för medicinsk etik vid Lunds universitet som själv medger (Läkartidningen 36/01, sidan 3839) att han dragit slutsatsen i en artikel han skrivit (Läkartidningen 32–33/01, sidorna 3417-8) att många studenter anser aktiv dödshjälp kan vara etiskt försvarbart, trots att någon sådan fråga inte ställdes i hans egen studie!

»Slippery slope« och andra risker

Ett argument mot dödshjälp är att förtroendet för sjukvården minskar. Ett annat är att bara ett fåtal av de terminalt sjuka vill ha dödshjälp och dessutom ofta ändrar sig [1]. Ett tredje är att de läkare och sjuksköterskor som ska stå för det konkreta dödandet belastas psykiskt på ett orimligt sätt. Vilka vill bli läkare om Tännsjös filosofi blir till en helt ny läkaretik?

Ett fjärde, och kanske det viktigaste, är det s k slippery slope-argumentet, enligt vilket dödshjälp, när den väl införs, lätt kan användas för att ge dödshjälp även åt personer som inte ber om det.

Detta är precis vad som skett i Holland, och jag noterar att Tännsjö faktiskt håller med om att slippery slope är en realitet i Holland (sidan 53 i hans bok). Detta borde andra dödshjälpsförespråkare, mer sansade än Tännsjö som t ex PC Jersild, ta till sig.

Om man är för dödshjälp enligt den holländska modellen så bör man gå med på att det är rätt att döda sjuka människor som inte själva ber om det.

Själv anser jag att detta utfall i Holland, samt de andra argumenten ovan, gör att dödshjälpsfrågan är överspelad, och Tännsjö kunde då gärna få ägna sina krafter åt att förbättra situationen för dem som är sjuka och verka för större resurser till palliativ vård i stället för att plädera för dödshjälp!

Dödshjälp till icke-beslutskapabla

Tännsjö har även använt begreppet dödshjälp när man dödar människor som inte själva ber om det och där man inte har någon möjlighet att veta att de vill dö. Jag ska ge ett exempel på detta och på hur Tännsjö argumenterar. Så här skriver han i Moderna Tider, mars 1996:

»Vad ska man då säga om icke beslutskapabla individer såsom svårt senildementa eller allvarligt psykiskt störda människor? Vad ska man säga om svårt sjuka barn? Finns det situationer då också dessa patientkategorier ska ha rätt att dö (genom hjälp till självmord eller genom dödshjälp)?«

Den ledande frågan besvarar Tännsjö raskt själv:

»Vi måste ställa oss frågan vad dessa personer skulle vilja om de vore vuxna, beslutskapabla och förstod sin situation. Vi måste tänka oss att de är som vem som helst av oss andra. Skulle vi i deras situation vilja leva vidare? Skulle vi vilja dö? Fanns det goda skäl att anta att vi skulle vilja dö vore det rätt att avsluta deras lidande genom en dödande injektion.«

Detta uttalande föranledde två debatter mellan Tännsjö och mig, i Dagens Nyheter och Sydsvenskan häromåret, och jag hänvisar till dessa. Även i den aktuella boken hävdar han något snarlikt, nämligen att det kan vara rätt att döda människor som inte är beslutskapabla själva, vilket jag diskuterat i min recension. Vidare borde Tännsjös hållning anses omoralisk enligt hans egen terminologi eftersom förslaget att man ska ge »dödshjälp« åt dessa människor är ägnat att inge stark oro, och oro i samhället är enligt Tännsjö ett viktigt kriterium på om en handling är god eller inte!

Dödshjälp och Vägverkets chef

I min recension skriver jag om min upptäckt att Tännsjö använder begreppet aktiv dödshjälp så att det även kan användas beträffande Vägverkets aktiviteter – vilket illustrerar orimligheten i hans begreppsexercis. Han håller nu med om att hans resonemang leder till att Vägverkets generaldirektör kan anses döda andra människor, vilket även detta är en ovanlig åsikt (Tännsjö kallar det som generaldirektören ägnar sig åt yrkesmässigt för »passivt dödande«).

Däremot protesterar han när jag kommer fram till att hans resonemang leder till att Vägverket ger aktiv dödshjälp, eftersom de människor som dör i trafiken inte ber om det. Men som vi har sett använder Tännsjö begreppet dödshjälp även när människor dödas som inte ber om det.

Hur vi kommunicerar med döende patienter och hur delaktiga de är i vården är en viktig fråga men den har inte så mycket med dödshjälp att göra. Illustration: Airi Iliste.

Oanvändbara definitioner

Tännsjö kallar det för aktiv dödshjälp när man utan avsikt att döda ger en spruta med medicin som statistiskt sett kan orsaka ett påskyndande av döden hos vissa individer (medan den hos andra kan försenas, t ex hos patienter med hjärtsvikt). I en debattartikel i Dagens Nyheter den 25 mars i år skriver han att det är aktiv dödshjälp när man ger smärtlindring som »kan komma att förkorta patientens liv«.

Vägverket sätter genom en aktiv handling ut hastighetsangivelser, vilket orsakar en förutsägbar död hos hundratals människor varje år, varav somliga är sjuka och även dementa, statistiskt sett. Detta visar att Tännsjös definitioner av aktiv dödshjälp är oanvändbara och mest av allt blir exempel på ordets makt över tanken.

»Barmhärtighetsmord« bättre begrepp

Jag föreslår därför att man slutar tala om dödshjälp eftersom detta begrepp efter Tännsjös insatser blivit alldeles för brett och kan betyda nästan vad som helst. I stället för dödshjälp kunde man använda barmhärtighetsmord, vilket på ett bättre sätt speglar vad det faktiskt är frågan om. Även eutanasi används på så många olika sätt att det inte längre duger som begrepp.

Det skulle förvåna mig om inte andra praktiska filosofer i Sverige protesterade mot Tännsjös åsikter.

Referens

1. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000;284:2460-8.

Nästa sida: Torbjörn Tännsjö replikerar.

Slutreplik:

Diskussionen om dödshjälp bör lämna schablonerna bakom sig

Av Johan Frostegårds recension av min bok »Du skall understundom dräpa!«, liksom av hans senaste replik på min replik på denna recension, torde det stå klart för läsarna hur illa Frostegård tycker om mig, mina åsikter, och det förhållandet att jag får tillfälle att uttrycka och diskutera dem offentligt.

TORBJÖRN TÄNNSJÖ
professor i praktisk filosofi, Göteborgs universitet
Torbjorn.Tannsjo@stockholm.mail.telia

Han går så långt som till att efterlysa »protester« mot mina åsikter. Men i en intellektuell debatt är det inte någon vidare mening med att bara på detta sätt uttrycka sina attityder av gillande eller ogillande. I en intellektuell debatt är det argumenten som räknas.

Och de sakliga argumenten i vad Frostegård skriver är tyvärr lätt räknade. Låt mig bara avslutningsvis göra några enkla konstateranden beträffande de avsnitt i hans framställning där han kommer i närheten av seriös argumentation.

Frågan om språkbruket

Frostegård har hävdat att då jag menar att det är exempel på aktiv dödshjälp att ge en injektion av något läkemedel till en patient, vilket förkortar hennes liv, så tar jag miste. Detta språkbruk är lika långsökt, säger han, som om man skulle hävda att Vägverkets generaldirektör ger aktiv dödshjälp då han inte sänker den högsta tillåtna hastigheten på våra vägar.

Jag hade två invändningar mot detta påstående i min förra replik. Generaldirektören ger inte aktiv dödshjälp åt några bilister, om vi accepterar mitt språkbruk. För det första, skrev jag, är det knappast så att generaldirektören *hjälper* bilisterna att dö, då han vägrar att sänka hastigheten. Bilisterna har ju inte bett om att få dö.

Jag menade också, och viktigare, att generaldirektörens dödande av bilister sker passivt snarare än aktivt. Att köra ihjäl någon med sin bil är att aktivt döda. Men att låta trafiken och dödandet i trafiken ha sin gång är exempel på passivt dödande.

Förenklar resonemanget

Detta resonemang förenklar Frostegård i sitt referat av det på följande sätt: »Däremot protesterar han [Tännsjö] när jag kommer fram till att hans resonemang leder till att Vägverket ger aktiv dödshjälp, eftersom de människor som dör i trafiken inte ber om det.« Han går vidare med att hävda att jag ju medgett att dödshjälp kan förekomma också då människor inte bett om det.

Kringgår huvudpunkten

Men han vet samtidigt att vad jag då åsyftat är individer som vi inte längre kan kommunicera med, men som vi tror skulle be oss om dödshjälp (i den form som kan vara laglig och befogad), om de kunde göra det. Något sådant gäller förstås inte de trafikanter som dödas i trafiken.

Men viktigare ändå: Frostegård kringgår på ett iögonfallande sätt *huvudpunkten* i min invändning. Den har att göra med att generaldirektören bara låter trafikdöden fortstätta. Hans dödande av bilister är inte, med mitt språkbruk, *aktivt*.

Godtar den pragmatiska ståndpunkten

Frostegård fortsätter att argumentera mot eutanasi av den holländska modellen. Jag noterar (med viss förvåning) att han (med hull och hår) tar min pragmatiska syn på dödande till utgångspunkt för sitt resonemang.

Men medan jag anser att frågan, då den ska bedömas från denna utgångspunkt, är komplicerad (det är inte lätt att få ett korrekt grepp om alla fakta som är relevanta för ett ställningstagande), så slår han dogmatiskt fast en rad sanningar, som t ex följande:

Ett system som det holländska leder till »att förtroendet för sjukvården minskar«. »De läkare och sjuksköterskor som ska stå för det konkreta dödandet belastas psykiskt på ett orimligt sätt.« Ett sådant system lätt »kan användas för att ge dödshjälp även åt personer som inte ber om det«.

Ska diskussionen gå vidare bör den gå vidare från den punkt där jag lämnat den, inte återvända till de etablerade schablonerna. Vi vill väl inte stå och stampa på samma ställe?

Men hur vet Frostegård det? Alla dessa fakta är ju omstridda. I min bok diskuterar och problematiserar jag dem. Ska diskussionen gå vidare bör den gå vidare från den punkt där jag lämnat den, inte återvända till de etablerade schablonerna. Vi vill väl inte stå och stampa på samma ställe? •

Slutkommentar:

Begreppen inte tillämpbara i vården

Tännsjö är som framgår av hans svar arg för att jag inte tyckte om hans bok och bemöter i stort sett inga av mina argument och åsikter på ett seriöst sätt.

Problemet med boken är att den inte alls för diskussionen vidare utan låser fast den, bl a genom att införa en begreppsapparat baserad på en extrem utilitarism som kanske passar på filosofiska seminarier men som inte går att använda i sjukvården. Det finns många praktiska filosofer som inte alls delar vare sig hans uppfattning eller håller med om hans utgångspunkter.

Jag tycker det är anmärkningsvärt att Tännsjö skriver att jag tycker illa om att han får tillfälle att uttrycka och diskutera sina åsikter offentligt. Något sådant har jag aldrig skrivit. Att man protesterar mot åsikterna får han däremot finna sig i.

Johan Frostegård