Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

»Sluttande planet« och starka känslor – svår kombination?

Användaren av sluttande plan-argumentet riskerar att bli det första offret för sin egen retorik. Risken med denna form av argumentation exemplifieras här bland annat med diskussionen om apatiska barn.



Foto: Colourbox

Sluttande plan-argument kan innehålla förutsägelser som saknar historisk jämförelse eller annan empirisk dokumentation. Exempelvis: Om apatiska barn och deras familjer får asyl leder det till att katastrofalt många barn kommer att insjukna i apati, de redan apatiska barnen bör alltså inte få asyl.

Sluttande plan-argumentet är vanligt förekommande, speciellt i etisk argumentation. Argumentet bygger på en förutsägelse om vad som kommer att hända i framtiden om man handlar si eller så samt omdömet att denna framtid inte är önskvärd. Vanligtvis hänvisar man till tidigare erfarenheter, som i alla relevanta avseenden antas vara lika den situation man jämför med. Utan detta antagande blir det oklart varför den framtida utveckling man utmålar kommer att inträffa igen. Ett typiskt exempel är sluttande plan-argumentationen mot dödshjälp: Om vi legaliserar dödshjälp under kontrollerade former på beslutskapabla och terminalt sjuka patienters begäran så leder det så småningom till ett okontrollerat utrotande av människor vars liv andra inte anser vara värda att leva. Man jämför då med skeendet i exempelvis Hitlertyskland under åren 1937–1945.

Argumentationsformens giltighet avgörs av om det finns likheter eller inte. Om det finns stora likheter och inga relevanta skillnader stödjer det argumentationen, men finns relevanta skillnader så håller inte argumentet [1].

Ibland kan ett sluttande plan-argument också innehålla förutsägelser utan att man har en historisk jämförelse eller annan empirisk dokumentation att hänvisa till. Exempel: Om vi ger de apatiska barnen och deras familjer asyl i Sverige så kommer det att leda till att katastrofalt många barn kommer att insjukna i apati (= en humanitär katastrof) [2].

Resonemanget består av två komponenter. Man utgår från att hypotesen redan utgör etablerade vetenskapliga fakta för att sedan använda sig av en logiskt giltig slutledningsprocedur (deduktion):

1. Om redan apatiska barn får asyl så ökar antalet barn som blir apatiska.
2. Vi bör inte öka antalet barn som blir apatiska.

Slutsats: Vi bör inte ge de redan apatiska barnen asyl.

Det förledande med denna typ av resonemang är att dess deduktiva struktur gör att slutsatsen framstår som sann. Men för att en deduktiv slutledningsprocedur ska kunna leda till en sann slutsats måste premisserna vara sanna. Och den första premissen här är ju enbart ett antagande, eller i bästa fall en hypotes som ännu inte är empiriskt kontrollerad. Men om de personer som använder sig av argumentet lyckas övertyga beslutsfattare kan hypotesen i praktiken bli empiriskt icke kontrollerbar, eftersom den påstådda katastrofen då aldrig inträffar. Om man använder sig av denna typ av argumentation och lyckas övertyga andra så har man sålunda ställt sig utanför den rationella diskussionen.

Eftersom argumentationsformen baseras på uppskattningar av framtida händelser (exempelvis av vad som händer om man ger apatiska barn asyl) kan det vara av intresse att närmare studera vad som påverkar vår förmåga att göra uppskattningar om framtiden.

I en studie av svenska läkares attityd till läkarassisterat suicid frågade vi vad som skulle hända med det egna förtroendet för sjukvården, och vad läkarna trodde skulle hända med patienters förtroende, om läkarassisterat suicid skulle legaliseras [3]. De som svarat att de var positiva eller tveksamma till läkarassisterat suicid (61 procent) skilde tydligt på sin egen uppfattning och uppskattningen av hur de trodde patienternas förtroende skulle påverkas ($P < 0{,}001$). De som var negativa till läkarassisterat suicid skilde däremot inte på de egna värderingarna och uppskattningen av andras värdering av samma fråga ($P = 0{,}3$) [4].

Läkare som var negativa gav de emotionellt mest kraftfulla kommentarerna [5]. Det intressanta i sammanhanget är att det också var de som var negativa till läkarassisterat suicid som var sämst på att uppskatta vad befolkningen svarat på samma fråga [6].

Undersökningen indikerar sålunda att ju mer känslomässigt engagerad man är i en frågeställning, desto svårare har man att skilja på egna värderingar och uppskattningen av andras. Man tycks därmed också ha svårast att göra korrekta bedömningar.

Rationellt sett borde vi helt undvika sluttande plan-argument som baseras på spekulativa uppskattningar av framtida händelser. Men hur irrationell denna argumen-



NIELS LYNÖE, professor i medicinsk etik
niels.lynoe@ki.se



NIKLAS JUTH, fil dr, lektor i medicinsk etik; båda vid Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, Karolinska institutet, Stockholm

tationsform än är så används den, speciellt i etisk argumentation. Frågan blir då hur vi ska förhålla oss till denna typ av argument?

För det första bör vi se upp, identifiera, analysera och vara kritiska när vi stöter på argumentationsformen. För det andra vi bör se upp extra noga om argumentationen dessutom baseras på uppskattningar av framtida händelser som gjorts under stark känslomässig inverkan. Eftersom känslomässiga reaktioner tycks påverka vår förmåga att göra rimliga uppskattningar av framtida händelser kan det göra sluttande plan-argumentet mer problematiskt än det redan är.

Exemplet från diskussionen om de apatiska barnen, där man hänvisade till en förestående humanitär katastrof om barnen beviljas asyl, illustrerar det vilseledande och förföriska i sluttande plan-argumentet.

Argumentationsformen bidrar inte bara till förförelsen av andra utan även av användaren. Användaren av sluttande plan-argumentation kan lätt bli det första offret för sin egen retorik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Lynöe N. Även det etiska resonemanget måste följa vissa spelregler. Läkartidningen. 2009;106:832-3.
2. Tamas G. De apatiska. Om makt, myter och manipulation. Stockholm: Natur & Kultur; 2009.
3. Lindblad A, Löfmark R, Lynöe N. Physician-assisted suicide: a survey of attitudes among Swedish physicians. Scand J Public Health. 2008;36:720-7.
4. Juth N, Lynöe N. Do strong value-based attitudes influence estimations of future events? J Med Ethics. In press 2009.
5. **Helgesson G, Lindblad A, Thulesius H, Lynöe N.** Reasoning about physician-assisted suicide: analysis of comments by physicians and the Swedish general public. Clin Ethics. 2009;4:19-25.
6. Lindblad A, Löfmark R, Lynöe N. Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden. Scand J Public Health. 2009;37:260-4.

Om sakernas tillstånd i konungariket Sverige, närmare bestämt inom sjukvården

■ Undertecknad är nyss fyllda 65 år och har jobbat hela mitt yrkesliv i offentlig sjukvård, praktiskt taget hela tiden som kirurg. Jag har huvudsakligen arbetat på små sjukhus, även om jag som de flesta andra i min generation även tjänstgjort på universitetssjukhus. I mitt fall det som numera kallas Norrlands universitetssjukhus (NUS).

Nu är jag ålderspensionär men arbetar deltid på min gamla arbetsplats, kirurgkliniken i Hudiksvall eller, som det numera heter Verksamhetsområde Kirurgi i Gävleborg, Hudiksvall. Jag har med andra ord ett hyfsat perspektiv på vad som har hänt de senaste 38 åren inom offentlig sjukvård.

Jag har varit med om en fantastiskt utveckling av kirurgin med minimalinvasiv teknik, dagkirurgin, intensivvårdens och anestesins utveckling med mera. Jag och mina kamrater bland 40-talisterna har upplevt en enorm och stimulerande utveckling.

Tyvärr har medaljen en baksida. Utvecklingen har medfört en neddragning av vårdplatser så att vi periodvis dras med överbeläggningar av sällan skådat slag. Detta medför ökad risk för spridning av besvärliga infektioner, för att inte tala om den stress som all personal utsätts för när patientantalet överstiger det antal man har ordinarie platser för. De inneliggande patienterna är sjukare än förut eftersom alla mindre sjuka sedan länge är »bortsorterade« och överhuvudtaget inte är aktuella för inneliggande vård. Det pågår ständiga rationaliseringar och ifrågasättande av antalet personal på »verkstadsgolvet« på grund av penningbrist. Sverige har i ett internationellt perspektiv hunnit mycket långt i att rationalisera bort vårdplatser, och Gävleborgs län tillhör de län som har lägst antal vårdplatser per capita.



Samtidigt som denna utveckling pågår firar byråkratin nya triumfer. Kliniker slås ihop, verksamheter läggs ned och divisioner bildas. Den administration vi behöver för att sjukvårdsmaskineriet ska fungera sväller ut alltmer. Nya chefsnivåer bildas, och den ena internkonsulten efter den andra dyker upp. Kännetecknande i denna svällande byråkrati tycks också vara att arbetsklimatet bland dessa byråkrater, långt ifrån sjukvårdens verklighet, tycks vara kärvt. Chefer blir avsatta eller »övergår frivilligt i annan verksamhet« och ersätts raskt av en eller fler som vet ännu mindre om den verksamhet de är satta att regera över.

Organisationen är extremt toppstyrd och raka motsatsen till platt. Om jag har några synpunkter ska jag tala med min läkarchef som i sin tur tar upp saken med verksamhetschefen. Om frågan anses av den digniteten diskuteras den med divisionsledningen som sedan eventuellt för upp den till landstingsdirektören. Det säger sig självt att denna filtrering innebär att många goda förslag från medarbetarna aldrig någonsin kommer fram.

Nu senast har man kommit på att vi har för många läkarsekreterare i landstinget. Man har efter en utredning bestämt att fösa ihop de som blir kvar i skrivcentraler som ska betjäna fler vårdgivare än förut. Vad utredarna inte hade fattat var att läkarsekretare inte sitter stilla hela dagarna och skriver journalanteckningar. De har en rad andra arbetsuppgifter. bland annat att vårda alla de kvalitetsregister vi deltar i. För närvarande vet ingen vem som ska ta itu med detta. Risken finns förstås att uppgiften hamnar på vårdgivarnas bord, och tar bort än mer tid från patientarbetet.

Det är också en väldig skillnad att skriva operationsberättelser jämfört med en öppenvårdsjournal eller en psykiaters fackspråk. Neddragningen av denna patientnära administration har fått till följd att det numera finns en oacceptabelt lång elektronisk kö av oskrivna diktat vilket är farligt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Jag har alltså haft ett stimulerande yrkesliv som dock under senare år fördystrats av en svällande, oformlig och farlig byråkrati. Jag kunde ha dragit upp fler exempel, varav osynkroniserade och potentiellt farliga datasystem kanske är det viktigaste, men nöjer mig med ovan sagda.

Jag har under årens lopp förvånats över att Socialstyrelsen, som inte kan ha varit helt omedveten om sakernas tillstånd inom sjukvården, inte reagerat särskilt mycket. Möjligen finns det tecken som talar för att det kan bli en viss ändring på den punkten. Jag hoppas det!

Vår fackförening som jag varit trogen hela mitt yrkesliv borde rimligen vara mån om vår arbetsmiljö, men någon större aktivitet vad gäller just detta har i alla fall inte jag märkt. Även där kanske hoppet inte är helt ute. Min facktidning Sjukhusläkaren har spottat upp sig en hel del på senare år, frågan är bara hur långt det räcker.



Kjell Lundberg
t f överläkare, kirurg, Forsa
kjell.e.lundberg@hudiksvall.st