

»Sluttande planet« och konsekvenserna av införande av dödshjälp

■ Att i vissa situationer medvetet förhålla sig till frågan huruvida livsuppehållande behandling ligger i en enskild patients intresse anses sannolikt av de flesta som en viktig och nödvändig del av läkarkårens ansvar. Att beslut i sådana frågor kommer att bygga på delvis osäkra försök att förutsäga den enskilda patientens prognos och att de även riskerar att färgas av de ofullkomligheter som alltid är associerade med mänskligt beslutsfattande [1] kan upplevas som obehagligt men är en situation som samhället, sjukvården och läkarkåren fått lära sig att leva med. En situation där läkarkåren undandrar sig detta ansvar skulle sannolikt leda till än värre konsekvenser.

Resultat från bland annat experimentalpsykologisk forskning tyder på att försök

bakgrund

■ Användaren av sluttande plan-argumentation kan lätt bli det första offret för sin egen retorik, skrev Niels Lynöe och Niklas Juth i LT 7/2010 (sidorna 446-7). Här publiceras två inlägg som tar upp »sluttande planet« och konsekvenserna av införande av dödshjälp, följda av replik av Lynöe och Juth.

från sjukvårdens och rättsapparatusens sida att identifiera och aktivt döda individer, i vars intresse detta skulle kunna anses ligga, skulle kunnas drabbas av liknande osäkerheter [2]. Påståendet att detta faktum kan ses som ett argument mot införande av så kallad aktiv dödshjälp har ibland lite föraktfullt karakteriserats som »sluttande plan-argument«.

I en artikel i Läkartidningen

7/2010 (sidorna 446-7) hävdar Niels Lynöe och Niklas Juth att vi bör »se upp, identifiera, analysera och vara kritiska när vi stöter på« den argumentationsform i dödshjälpsdebatten. De hävdar vidare att dödshjälpskritikers oro för de eventuella problem som kan vara associerade med införande av ett system för aktiv dödshjälp baseras på otillförlitliga förutsägelser av framtiden samt konstaterar att de som använder denna typ av argument har ställt sig utanför den rationella diskussionen.

De resonemang som dessa tre slutsatser vilar på har en åtminstone skenbart deduktiv karaktär, men för att logiskt hänga samman måste de antas vila inte bara på av författarna uttalade premisser utan även på underförstådda premisser enligt vilka dödshjälpskritiska läkare skiljer sig från övriga mänskligheten när det gäller sådant som tillförlitlighet, förmåga att förutsäga framtiden etc.

Till stöd för dessa uttalade antaganden refereras enkätstudier som visar att dödshjälpskritiska läkare skiljer sig från andra grupper (allmänheten respektive icke dödshjälpskritiska läkare) i sina åsikter, synsätt och känslor då det gäller frågor som rör dödshjälp. Ett problem med denna argumentation är dock att i den tolkning som görs av dessa studier i Läkartidningsartikeln används dessa skillnader både som definition av opålitlighet och som demonstration av sagda opålitlighet.

De tre uttalade premisserna i Fakta 1 kan således anses vila på resonemang kring empirisk forskning vilka är uppenbart cirkulära till sin karaktär och således av osäkert värde i en rationell diskussion.

Frågan huruvida aktiv dödshjälp bör införas i svensk sjukvård är komplicerad. I ett teoretiskt hållet filosofiskt resonemang är det lätt att förutsätta premisser som att sjukvården har tillgång till perfekta metoder för att objektivt identifiera individer som skulle ha nytta av interventionen. I verkligheten motsägs dock denna typ av antagande av såväl systematisk forskning som klinisk erfarenhet.

Naturligtvis har Lynöe och

Juth rätt i att spekulationer kring vad ett införande av denna typ av ofullkomligt system skulle betyda för exempelvis allmänhetens förtroende för svensk sjukvård i viss mån blir osäkra. Samtidigt måste det rimligtvis anses vara ett ansvar för kåren såväl som för samhället att, innan denna typ av system införs, seriöst diskutera frågan huruvida detta skulle ha övervägande positiva eller negativa konsekvenser.

Enligt min uppfattning skulle den diskussionen bli fattigare om kritiska synpunkter på införandet av dödshjälp i enlighet med Lynöes och Juths argumentation automatiskt skulle diskvalificeras.

Rickard L Sjöberg

leg läkare, neurokirurgiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; docent i medicinsk psykologi, Centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet och Centrallasarettet i Västerås
rickard.l.sjoberg@bredband.net

REFERENSER

1. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science. 1974;185:1124-31.
2. Sjöberg RL, Lindholm, T. Gender biases in decisions on euthanasia among Swedish jurors. Nord J Psychiatry. 2003;57:469-71.

■ fakta 1

Sammanfattning av uttalade och outtalade argument i Lynöes och Juths artikel i Läkartidningen 7/2010

Förutsägelser om framtid:

1. Förutsägelser om framtiden utgör endast antaganden eller i bästa fall hypoteser. (Uttalad premiss.)

2. Ovanstående gäller läkare som är tveksamma till det lämpliga i införandet av aktiv dödshjälp i Sverige men gäller inte personer som förutsäger att införande av aktiv dödshjälp i Sverige är önskvärt och kan tänkas få positiva konsekvenser. (Uttalad premiss.)

Slutsats: Den som uttrycker oro för att införande av aktiv dödshjälp i Sverige kan få negativa konsekvenser har sålunda ställt sig utanför den rationella diskussionen. Dödshjälpskritiska läkares omdöme:

1. Dödshjälpskritiska läkares uppfattning om hur förtroendet för sjukvården i framtiden

kan tänkas påverkas av införande av aktiv dödshjälp överensstämmer inte med icke-läkares bedömning av samma fråga. (Uttalad premiss.)

2. Dödshjälpskritiska läkares förutsägelser av hur allmänhetens förtroende för sjukvården kan tänkas påverkas av införande av aktiv dödshjälp är objektivt falska medan icke-läkares förutsägelser i samma fråga är objektivt sanna. (Uttalad premiss.)

Slutsats: Dödshjälpskritiska läkares förutsägelser om framtiden är otillförlitliga. Tillförlitligheten i sluttande plan-argument:

1. Dödshjälpskritiker använder ofta sluttande plan-argumentation. (Uttalad premiss.)

2. Dödshjälpskritiker är till sin natur otillförlitliga individer. (Uttalad premiss.)

Slutsats: Vi bör se upp, identifiera, analysera och vara kritiska när vi stöter på denna argumentationsform.

Bevisbördan faller på förespråkarna

■ Dödshjälpsförespråkarna går allt större omvägar för att undvika att ge konkret svar på den högst berättigade frågan om vad som skulle hindra en successiv indikationsglidning om vi övergav läkarens och humanismens grundsats – att inte döda människor [1]. Niels Lynöe och Niklas Juth (L&J) skriver i Läkartidningen [2] att den som använder sig av »sluttande plan-argumentet« ställer sig utanför den »rationella diskussionen«.

»Det är bara att köra på så får framtiden utvisa vilka katastrofer som inträffar!«

Och varför det? Jo, om inte dödshjälp införs så »kan hypotesen i praktiken bli icke kontrollerbar, eftersom den påstådda katastrofen då aldrig inträffar«. Med denna logik framstår kritiskt tänkande och eftertänksam diskussion inför framtida vägval irrelevant oavsett frågeställning. Det är bara att köra på så får framtiden utvisa vilka katastrofer som inträffar!

Om någon ändå skulle vilja hävda att det redan finns en del erfarenheter, menar L&J att sådana erfarenheter inte kan beaktas om de inte härrör från situationer som i »alla relevanta avseenden« är lika den man jämför med. Vilka avseenden som är relevanta preciseras inte, men man kan förstå att historiska erfarenheter inte står högt i kurs, särskilt om de skulle vara icke-svenska.

För säkerhets skull toppar L&J logiken med en egen empirisk undersökning där man funnit att känslomässigt engagemang »tycks påverka vår förmåga att göra rimliga uppskattningar av framtida händelser«.

Engagerade meningsmotståndare med djupt känd motvilja mot eutanasi desavoueras därmed utan att det behöver sägas explicit. Möjligheten att det just är en rimlig uppskattning av konsekvenser som väcker det emotionella engagemanget hos motståndare till dödshjälp berörs inte.

En av de första att argumentera för dödshjälp i Europa var Karl Binding i verket »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« (1920) (bilden). I 90 år har dessa idéer således regelbundet väckt etiska och politiska debatter.



Kan någon tro att om döds-hjälp väl har genomförts kommer varje liten ändring av praxis att tas på samma stora allvar?

Det förefaller mer sannolikt att vi kommer att få läsa i små notiser att »riksdagen beslöt att även lidande av tillståndet x, y, z... har rätt till en värdig död«. Det senare scenariot, indikationsglidning, är vad som avses med metaforen »det sluttande planet«.

Bör inte förespråkarna förklara på vad de grundar sin trygga tilltro till en framtida dödshjälps önskvärdhet? Bevisbördan faller på dem.

Göran Isacsson
docent, överläkare
Psykiatri SV, Stockholm
goran.isacsson@sl.se

REFERENSER

1. Isacsson G. Sluttande planet oundvikligt. Läkartidningen. 2009; 106:791-2.
2. Lynöe N, Juth N. »Sluttande planet« och starka känslor – svår kombination? Läkartidningen. 2010;107:446-7.

replik:

Sjöberg och Isacsson går vilse i vårt inlägg

■ Både Isacssons och Sjöbergs inlägg vilar på en gemensam förutsättning: att vårt ärende var att försvara dödshjälp. Men vårt ärende var faktiskt att problematisera (vissa former av!) »sluttande plan-argumentet« – tro det eller ej! Den typ av sluttande plan-argument som vi kritiserar kan lika väl användas, och har faktiskt använts, av förespråkare till dödshjälp och läkarassisterat suicid, ibland av typen: »Om vi inte inför aktiv dödshjälp kommer folk att ta livet av sig i stor skala för att slippa plågas i livets slutskede.« Vi påstår givetvis inte heller att framtida möjligheter eller risker med olika reformer skulle vara irrelevanta för att diskutera huruvida de bör införas eller ej – vad skulle kunna vara mer relevant än det?

Det kanske behöver förtydligas: när man argumenterar för eller mot något med hänvisning till dystra profetior, gör man sig immun mot kritik om man inte anger varför det är troligt att dessa profetior kommer att slå in. Det kräver mer än svepande hänvisningar till Nazi-Tyskland.

Vill man, som dödshjälps-skeptiker, veta hur en bra diskussion om indikationsglidningens risker i och med vård i livets slutskede kan se ut kan man vända sig till exempelvis Ruth Macklin [1]. Hon diskuterar och motiverar under vilka omständigheter

närmare bestämt risken för tillåtande av dödshjälp kan leda till en katastrofal indikationsglidning.

Vi instämmer alltså till fullo i Sjöbergs credo – diskussionen om dödshjälp är komplicerad. Och oberoende av om man är för eller emot dödshjälp ska man ange skäl för sin ståndpunkt. Bevisbördan vilar alltså på dem som påstår någonting, oberoende av vad de påstår.

Det som eventuellt leder vilse i vårt inlägg är att vi illustrerar benägenheten att falla för ogrundade profetior med en undersökning om läkarassisterat suicid. Där är poängen en mer generell: att man nog lättare accepterar trosföreställningar som överensstämmer med ens känslor om känslorna är mycket starka (vilket är en typ av bias som får stöd av den forskning av Amos Tversky som Sjöberg hänvisar till). Att det i större utsträckning verkar gälla motståndare till läkarassisterat suicid än förespråkare visar givetvis inte att förespråkarna har rätt. Enbart att de faller för ogrundade profetior i mindre utsträckning.

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

REFERENS

1. Macklin R. Which way down the slippery slope? Nazi medical killing and euthanasia today. In: Caplan AL, editor. When medicine went mad. Totowa, NJ: Humana Press; 1992.

»Bevisbördan vilar alltså på dem som påstår någonting, oberoende av vad de påstår.«