

Torbjörn Tännsjö

Ett stickspår i dödshjälpsdebatten

En klassisk fråga inom medicinsk etik är om dödshjälp, eutanasi, ska tillåtas och, i så fall, under vilka former. Slutsatserna spänner över ett vitt fält, där jag tror att det kan vara fruktbart att karaktärisera två extremer.

Å ena sidan har vi den liberala extremen, tanken om fri dödshjälp enligt ett system liknande det som i vårt land gäller de tidiga aborterna. Vilken som helst gravid kvinna kan före den artonde graviditetsveckans utgång begära att få abort utförd. Hennes begäran uppfylls omgående av sjukvården. Hon behöver inte motivera sitt beslut för någon. Hon har en legal rätt till abortingreppet. På samma sätt skulle vi kunna ha det beträffande dödshjälp. Vi kunde ha en lag som stadgade att den som så begärde, utan krav om någon motivering, omgående avlivades av sjukvården.

Å andra sidan har vi den konservativa extremen, tanken om att dödshjälp i varje form ska vara förbjuden, att sjukvården alltid, oavsett patientens egen inställning, ska rädda, uppehålla och förlänga liv. Vill vi göra den inställningen så extrem som möjligt får vi tänka oss att det ska vara förbjudet också med självmord.

Jag tror det är rimligt att hävda att den "officiella" moralen på det här området i vårt land, liksom medicinsk praxis, har förändrats. Den låg för några årtionden sedan nära den konservativa extremen. Den har sedan dess rört sig i liberal riktning, dock utan att ännu tangera den liberala extremen.

Orsakerna till denna förändring är säkert sammansatta, men två faktorer särskilt värda att peka på är nog sekulariseringen i vårt samhälle, som har inneburit att en mera "folklig" moral har ersatt en kristen, samt en medicinskt teknologisk utveckling, som inneburit att priset för den konservativa hållningen, mätt i mänskligt lidande, blivit högre och högre. Vi har blivit bättre på att om vi så önskar hålla liv också i mycket svårt sjuka människor.

Det är inte svårt att finna motiveringar för de två mest extrema hållningarna. För den liberala talar givetvis respekten för individens autonomi. För den konservativa talar tanken om livets helgd. Det är

svårare att finna ett principiellt försvar för något som måste betecknas som en instabil kompromiss mellan dessa två extremer. Ändå är det där de flesta människor har sina sympatier. Medicinsk praxis har som nämnts också hamnat i en gråzon mellan extremerna. Det har därför varit frestande att söka efter någon princip, som kan göra en mellanposition rimlig. I den här artikeln ska jag ta upp ett sådant försök som gjorts från Svenska Läkaresällskapets etiska delegation och argumentera för att det inte är lyckat.

1. Döda eller låta dö

I riktlinjer utfärdade av Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik den 13 maj 1991, och särskilt i kommentar till dem från psykiatriprofessorn Jan-Otto Ottosson i *Läkartidningen* och i den offentliga debatten, vill man göra en åtskillnad mellan aktiv och passiv dödshjälp. Den aktiva motsätter man sig, den passiva vill man tillåta.

Läkaresällskapets riktlinjer publicerades samtidigt som Socialstyrelsen sände ut ett förslag till riktlinjer i samma fråga på remiss. Socialstyrelsens riktlinjer är dock mera anspråkslöst hållna. Där har man nöjt sig med att resonera utifrån några typiska fall utan att försöka formulera skarpa handlingsregler, och man har hållit sig nära gällande praxis. Ottosson, som varit aktiv vid tillkomsten av Läkaresällskapets uttalande, kritiserar Socialstyrelsen och skriver att denna, i likhet med Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, borde ha dragit upp "en klar rågång mellan att döda och att låta dö (bättre termer än aktiv och passiv dödshjälp)" (*Läkartidningen* nr 28-28/91).

Är detta en rimlig grund att luta sig mot, för den som vill dra en skarp gräns mellan vad som ska tillåtas ifråga om dödshjälp? Jag tror inte det. Skillnaden mellan att döda och att låta dö, mellan aktiv och passiv dödshjälp, är vag och den är dessutom moraliskt irrelevant.

Hur vag och obestämd distinktionen mellan de två slagen av dödshjälp är vet var och en som funderat över frågor som om det är aktiv eller passiv dödshjälp att upphöra med en tidigare ordinerad antibiotikakur, given till en döende åldring med tillstötande lunginflammation.

Visst finns det fall, som vi nog är beredda att utan tvekan hänföra till det ena eller andra slaget. En dödande injektion skulle väl de flesta kalla aktiv dödshjälp, att ge den är att döda, inte att låta dö, och att inte lägga en terminalt sjuk patient i respirator är vi nog beredda att klassificera som passiv dödshjälp, det är att låta patienten dö snarare än att döda henne. Men mellan dessa fall finns det alltså en lång rad

tänkbara möjligheter, då vi inte vet hur vi ska klassificera olika handlingsätt, som leder till att patienten dör.

Jag tror att även om vi har vissa språkliga intuitioner, som faller utslaget i vissa extrema fall, så står vi oss slätt om vi försöker formulera ett *kriterium* med vars hjälp vi ska skilja mellan aktivt och passivt dödande. Det kan då vara frestande att låta frågan avgöras av *moraliska* överväganden. Det är nog vad som ofta sker. Vi kallar sådan dödshjälp som vi vill tillåta för passiv och sådan vi vill förbjuda för aktiv. Men då bortfaller själva *poängen* med distinktionen. Vi vill ju ha den för att *avgöra* hur vi i bestämda fall ska handla och för att *motivera* ställningstaganden i den frågan. Vi vill ha besked av typen att vi visst får avstå från att lägga patienter i respirator *eftersom* detta är exempel på passiv dödshjälp. Det kan vi inte säga om vi har *definierat* passiv dödshjälp som *moraliskt tillåten dödshjälp*.

Våra vaga språkliga intuitioner tycks för övrigt bygga på en hel rad av olika slags överväganden. Är det aktiv dödshjälp att stänga av en respirator? För detta talar det faktum att det är en fysiskt aktiv handling, något man måste ta itu med och få utfört, genom vissa bestämda handgrepp. Men om det är *traditionellt* förfarande i en viss situation att stänga av respiratorn, så kan det kanske tala för att handlingen ändå ska klassificeras som passivt dödande. Det var då fråga om att *inte avvika* från sedvanligt handlande i situationen. En olägenhet med det språkbruket är emellertid att distinktionen blir, om inte värderande, så ändå *konventionell*. Och det är väl bl a våra konventioner vi vill ifrågasätta med stöd i distinktionen.

Nog om svårigheterna att göra distinktionen skarp. En ännu mera vägande invändning mot den är nämligen att den också är moraliskt irrelevant. Det finns närmare bestämt *klara* fall av aktivt dödande, av aktiv dödshjälp, som förefaller moraliskt motiverade. Lustigt nog ger Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik *själv* uttryck för detta då den i sitt uttalande stadgar att en läkare har "... rätt att i smärtlindrande syfte ge smärtlindrande medel även om doserna kan bli så höga att den dödliga utgången påskyndas".

Även om distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp, mellan att döda och att låta dö, är oklar, så är det nog ingen tvekan om att det rör sig om aktiv dödshjälp, om vi ger en dödande injektion till en patient. Själva injicerandet är ju en fysiskt aktiv handling, något vi måste ta itu med vid en viss tidpunkt och genomföra enligt en bestämd plan. Vet vi att injektionen kommer att påskynda döden, så föreligger också åtminstone vad juristerna skulle kalla ett indirekt uppsåt att döda. Det rör sig alltså om direkt och uppsåtligt dödande. Ändå

förefaller det klart att sådana injektioner kan vara väl motiverade. De är väl motiverade, skulle jag säga, om patienten ändå snart ska dö och om patienten lider av svåra plågor, som vi inte på annat och bättre sätt kan lindra. Givetvis ska patienten också, om hon är beslutskapabel, ha givit sitt samtycke till denna form av smärtlindring. I så fall skulle jag säga att det vore fel att vägra henne den dödande injektionen. Men vi bör om vi accepterar den slutsatsen vara medvetna om att vi accepterar (vissa) fall av aktiv dödshjälp.

Jan-Otto Ottosson har själv sökt slingra sig undan denna slutsats genom att hävda att det är *passiv* dödshjälp att under omständigheter som dessa ge en dödande injektion. Men då har han enligt mitt förmenande fallit offer för frestelsen att beröva distinktionen allt empiriskt innehåll. Han är beredd att *kalla* sådan dödshjälp, som han själv är beredd att acceptera, "passiv", utan hänsyn till mera vardagligt språkbruk. Jag har ovan förklarat varför jag tycker detta är olämpligt. Jag tycker inte heller att han skulle *behöva* göra det. Det föresvävar mig nämligen att det inte alls är distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp, mellan att döda och att låta dö, som spelar roll för hans och Läkaresällskapets tänkande på den här punkten. De har förväxlat denna distinktion med en annan, som också har spelat roll i många medicinskt etiska diskussioner. Jag tänker på skillnaden mellan å ena sidan (aktivt) dödande där *motivet* är förkastligt (patientens död) och å andra sidan dödande där motivet är gott (t ex lindring av smärta) och patientens död endast en förutsedd beklaglig *sidoeffekt*. Denna distinktion spelar stor roll i visst katolskt teologiskt etiskt tänkande och görs i samband med doktrinen om "dubbel effekt". Citerar vi ett lite längre stycke ur Läkaresällskaps riktlinjer tror jag det är klart att det är just den tanken de velat stödja sig på:

Läkare får under inga omständigheter vidta åtgärder med det primära eller huvudsakliga syftet att avliva en patient, även om det sker på patientens utryckliga begäran eller av barmhärtighetsskäl. Däremot har läkaren rätt att i smärtlindrande syfte ge smärtlindrande medel även om doserna kan bli så höga att den dödliga utgången påskyndas.

2. Dubbel effekt

Enligt doktrinen om dubbel effekt är det visserligen fel att döda, men från denna regel finns subtila undantag. Ett konkret exempel hämtat från abortdebatten kan illustrera vad det är fråga om. Det är enligt sträng katolsk moral fel att döda ett foster, t o m om moderns liv står på spel. Men det är moraliskt acceptabelt att avlägsna livmodern från

en gravid och cancersjuk kvinna, även om man *vet* att ingreppet medför fostrets död. Ingreppet är tillåtet om det sker i det direkta syftet att rädda kvinnans liv och om fostrets död "endast" är en förutsedd, beklaglig sideeffekt av det. På liknande vis kan det vid krigsföring vara acceptabelt att fälla bomber mot ett militärt mål samtidigt som man vet att för varje militär man dödar med bomberna, så stupar flera civila. Det är acceptabelt om kriget i sig är försvarligt och om de civilas död var en endast förutsedd, *beklaglig* effekt av att man fällde bomber.

Givetvis är inte *allt* aktivt dödande som sker indirekt och i samband med ett gott syfte moraliskt försvarligt, enligt doktrinen om dubbel effekt. För att det ska vara moraliskt försvarligt ska den som utför det göra allt för att *minimera* det förutsedda och icke önskade dödandet. Det ska vara sant om den som utför dödandet, att kunde han ha uppnått sitt omedelbara och goda syfte på annat sätt, så skulle han ha gjort det i stället. Ett visst mått av proportionalitet måste också föreligga. Det indirekta onda man åstadkommer med handlingen måste stå i "rimlig" proportion till det direkta goda man uppnår. Dock ska inte kravet på proportionalitet uppfattas som särskilt exakt. Det är inte tal om någon genomförd "nyttokalkyl".

Kan doktrinen om dubbel effekt ligga till grund för en gränsdragning mellan tillåten och otillåten (aktiv) dödshjälp i vår sjukvård? Det är nog i sådana banor Jan-Otto Ottosson och Läkaresällskapets delegation har tänkt. Den dödande injektionen de talar om tänker de sig ju ska ges i det direkta syftet att lindra smärta. Patientens död är endast en förutsedd och, får vi anta, beklaglig bieffekt av injektionen. *Kan* läkaren lindra smärtan *utan* att döda patienten, så förutsätts nog att han gör det—även om delegationen är tydlig på den punkten.

3. Kritik av doktrinen om dubbel effekt

Doktrinen om den dubbla effekten kan uppfattas på två olika sätt. Dels kan den betraktas som en abstrakt moralisk princip, i konkurrens med, och representerande ett slags kompromiss mellan, utilitarianismens maxim om att vi alltid bör handla så att konsekvenserna blir det bästa, och deontologins strikta förbud mot allt dödande. Dels kan den ses som en grov tumregel, som vi i praktiken får hålla oss till, och som man kan tänka sig flera olika principiella motiveringar för. Jag avvisar doktrinen i båda dessa utformningar.

Doktrinen om dubbel effekt är inte någon lyckad abstrakt moralisk princip. Genom att den bygger på en grov och inexakt regel om

"proportionalitet" mellan negativa förutsedda indirekta följder av en handling och positiva direkt avsedda följder av samma handling, så kan den i vissa sammanhang bli orimligt *liberal* i sin inställning till dödande. Särskilt olika exempel på hur doktrinen har tolkats i diskussioner om det berättigade i krigföring med civila offer belyser detta. Det är också något primitivt i dess grova klassifikation av handlingstyper som goda och onda i sig, utan avseende på sammanhang och faktiska effekter. Det är vid närmare eftertanke inte lätt att motivera en sådan klassifikation.

Doktrinen om dubbel effekt är problematisk också som grov tumregel, tänkt att vägleda läkare som står inför svåra beslut i förhållande till plågade patienter i livets slutskede. Bristen med doktrinen i det sammanhanget är att den förutsätter bedömningar av motiv, som jag tror i praktiken är näst intill omöjliga att göra.

Hur ska man i efterhand, t ex i en ansvarsnämnd, avgöra vilket motiv som i ett visst fall var utslagsgivande, då en läkare gav en dödande injektion till en svårt plågad patient?

Låt oss se på ett konkret exempel. En patient är terminalt sjuk, har svåra plågor, och vill dö. Läkaren erbjuder smärtlindring i en dos som faktiskt skulle påskynda döden. Patienten har inget att invända. Hon vill bli av med smärtan. Det faktum att injektionen skulle påskynda hennes död bekymrar henne inte—hon *vill* ju dö.

Läkaren ger injektionen, patienten upplever en lindring i sin smärta och avlider till följd av injektionen. Har något otillbörligt inträffat?

Det är faktiskt inte lätt att säga—om vi vill besvara frågan med hänvisning till doktrinen om dubbel effekt.

Rimligt att förmoda är väl att läkaren som gav injektionen hade viss förmåga till empati. Hon gjorde alltså i en mening patientens *alla* önsknings till sina. Hon sympatiserade *både* med patientens önskan om smärtlindring *och* med patientens önskan om att snart få dö. Men ska hennes injektion vara tillåten, så får inte *båda* dessa sympatier ha spelat roll för hennes beslut. Hennes beslut ska ha varit baserat på, orsakat av, hennes sympati med patientens önskan att slippa smärta och bara på denna. Hennes sympati för patientens önskan att dö är naturlig och fullt legitim, men det är viktigt att den inte påverkade hennes beslut.

Men hur vet vi det? Hur vet ens läkaren *själv* om så var fallet?

Här gäller det att anstränga sin fantasi till det yttersta. Det gäller att fundera över hur läkaren *skulle* ha handlat *om* hon kunde ha lindrat smärtan utan att döda patienten, något vi i exemplet har förutsatt

såsom omöjligt. *Skulle* hon i så fall ha valt det alternativa sättet att lindra plågan?

Det är näraliggande att tänka sig att hon hade gjort det. Men vi förenklar om vi helt enkelt tänker oss att patienten i så fall inte längre hade önskat få dö. Om vi vill göra en relevant jämförelse måste vi anta att patientens vilja att dö *ändå* hade varit (lika) stark, men att den i så fall hade motiverats av något annat än lidande. Skulle läkaren *ändå* ha valt att lindra smärtan på ett sätt som inte tillfredsställde patientens önskan om att få dö? I så fall, och bara då, hade det handlat om tillåten dödshjälp.

Vem kan i praktiken avgöra om så var fallet? Jag tror varken läkaren själv eller ansvarsnämnden går i land med den uppgiften.

Det är också något för vår moraliska intuition stötande i tanken att vad patienten själv *vill* i fall som dessa inte får spela någon roll alls. Är det det inte tvärt om rimligare att tänka sig att i det gränsland mellan liv och död, där vi nu rör oss, så *bör* det vara rimligt att välja behandlingssätt, som förkortar patientens liv, om hon vill det och just därför att hon vill det? Även om det inte är det *enda* sättet att lindra patientens plåga så är det kanske det *bästa*.

4. Slutsats

Slutsatsen av denna betraktelse är skeptisk. Om vi inte vill inta någon av de extrema positionerna när det gäller dödshjälp, vad jag kallat den liberala eller den konservativa, så tror jag vi får acceptera att vår praxis måste utvecklas utan stöd i några bestämda riktlinjer för vad som är tillåtet/otillåtet. Jag tror alltså att Socialstyrelsen har valt ett realistiskt angreppssätt, när man nöjt sig med att karaktärisera praxis i ett antal typiska situationer, utan ambition att formulera klara regler för vad som är rätt och fel.

Det är begripligt om en sådan hållning kan ge upphov till otålighet hos många läkare, som menar att ett alltför stort ansvar läggs på dem. De *önskar* klara besked, kanske t o m tydliga *lagregler* på området. Denna önskan *kan* emellertid inte tillfredsställas, om vi inte vill låta oss nöja med *extrema* eller *godtyckliga* regler. Det är i vart fall min hypotes, som jag provisoriskt vill hålla fast vid tills någon har bevisat motsatsen. Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik har inte med *sina* förslag till regler givit något sådant bevis. Dess tankar om när dödande injektioner får ges utgör ett stickspår i dödshjälpsdebatten.