

TIDSKRIFT FÖR POLITISK FILOSOFI  
NR 3 2009 | ÅRGÅNG 13

*Bokförlaget* THALES

Torbjörn Tännsjö: *Döden är förhandlingsbar*, Stockholm: Liber, 2009

KANSKE DEN MEST aktuella av årets böcker av Torbjörn Tännsjö är *Döden är förhandlingsbar*. Författaren hävdar att döden är förhandlingsbar i den meningen att patienter i livets slutskede kan och bör ha ökad beslutsrätt att avsluta sitt liv inom ramen för nuvarande lagstiftning. Denna avgränsning till medicinsk praxis inom nuvarande lagstiftning är välbehövlig och fruktbar. Ett problem är dock att lagstiftningen på detta område inte alltid är etablerad varför det är oklart om praxis kan förändras inom nuvarande lagstiftning eller inte.

I bokens inledande kapitel beskriver Tännsjö den grundläggande etiska problematiken kring döende inom hälso- och sjukvården och driver ett antal kontroversiella teser om vårt tänkande kring döden. Det andra kapitlet har ambitionen att klargöra var lagens gränser för dödande går inom hälso- och sjukvården genom att förklara och tillämpa distinktionerna mellan handling och underlåtelse resp. avsiktligt och endast förutsett handlande. Därefter följer sex kapitel där etiska principfrågor gällande följande vårdssammanhang diskuteras: terminal sedering, avbrytande av vätske- och näringstillförsel vid permanent vegeterande tillstånd, respiratorbehandling för att möjliggöra organdonation, beslutanderätt gällande vården av mycket för tidigt födda barn och eutanasi. Boken avslutas med två kortare kapitel om vilken roll läkares samvete bör spela och en summering av Tännsjös teser i ovan nämnda frågor samt en kort novell.

I det följande kommer ett antal punkter från de flesta kapitel att diskuteras för att avslutas med en kort metodologisk diskussion.

*Döden är förhandlingsbar* är flyhänt skriven, lättläst och med tydliga och tankeväckande argumentationer. Tännsjös teser och resonemang är också välbekanta för den som tidigare har läst någon av hans många publikationer i dessa frågor. Boken är också provokativ på ett för Tännsjö typiskt sätt. Men det är en stil som gissningsvis får en hel del läsare att lägga ifrån sig boken redan efter några sidor. Tyvärr, borde jag tillägga eftersom fler inom vården borde fundera

över dessa frågor och lättillgängliga böcker på svenska som erbjuder stimulans för sådan reflektion är få. Det är speciellt i första kapitlet om döden och döendet som boken provocerar genom att förenkla och raljera med vissa uppfattningar. Exempelvis säger Tännsjö där:

De flesta religioner trivialiserar döden genom att förneka den, såsom ett faktum, det vill säga såsom ett upphörande av det individuella livet. Så tänker judar, muslimer och kristna oftast om saken. (Tännsjö 2009: 10).

Man kan undra varför Tännsjö inte är mer nyanserad än så. Han *kan* ju förstås vara det: i förordet till boken gör han en distinktion mellan läkares praxis och läkares praktik där det förra är »[...] vad medicinska experter säger vad man gör. Deras utsaga att *så här gör man inom svensk sjukvård*, blir direkt normerande» (*ibid.*: 7). Tännsjö kunde ha gjort en liknande, och kanske än mer adekvat, distinktion mellan vad auktoriteter inom vissa religioner säger och vad troende i desamma anser. Ett annat exempel på tendentiös förenkling är Tännsjös inställning att människor som är rädda för döden är fega, och han har inte någon sympati för den hållningen. Tännsjö säger att ogillandet av döden även innebär att man »tror [...] att frågor om ont och gott, om vad som är viktigt och oviktigt, måste relateras till ett subjekt – det egna, närmare bestämt» (*ibid.*: 11-12). En psykologisk spekulation som för övrigt verkar vara helt gripen ur luften; jag kan starkt ogilla att jag ska upphöra att existera utan att tro att vad som verkligen är viktigt här i världen har med just mig att göra.

En på det sättet mindre provocerande men kanske minst lika kontroversiell uppfattning är den utilitaristiska tesen att vi som individer inte är viktiga: »det viktiga ur evighetens synpunkt, är inte om jag finns eller inte. Det viktiga är om det finns kännande, lyckliga varelser, nu och i framtiden» (*ibid.*: 12). Man kan förstås sympatisera med tanken att vi i vår tid är orimligt upptagna av oss själva, vilket Tännsjö också vänder sig mot, men fråga sig varför just lycka skulle vara det viktigaste för evigheten – om man nu inte är religiös. Eller, hur det än är med den saken, varför det för oss är

viktigt att beakta evighetens synpunkt – om man inte är religiös. Inom Tännsjö's form av utilitarism råder det en märklig spänning mellan å ena sidan den scientistiska hållningen gentemot etik och å andra sidan den antropocentriskt präglade tanken att lyckan är det enda som har egenvärde. Det första kapitlet innehåller på detta sätt en hel del spekulativa teser och utgångspunkter som både är provokativa, kontroversiella och som också har en viss betydelse för vilken relevans boken har för klinisk praxis och praktik, något som diskuteras mer nedan.

I det andra kapitlet har Tännsjö ambitionen att redogöra för rättsläget vad gäller vård i livets slutskede med hjälp av distinktionerna mellan handling och underlåtelse samt avsedda och endast förutsedda konsekvenser. Det är en lättillgänglig och klagörande diskussion som på en aning tendentiöst, men för utilitarister vanligt, sätt redogör för dessa distinktioner. Tännsjö anser att James Rachels välkända argument mot den moraliska relevansen hos distinktionen mellan handlingar och underlåtelser utgör ett gott skäl att ta ställning i frågan. I korthet gäller det två olika scenarier med Smith som är arvinge till sin mycket förmögna sexåriga kusin, och läsaren ska ta ställning till om det är någon moraliskt relevant skillnad mellan att Smith dränker barnet eller låter bli att rädda barnet när det fallit avsvimmat ner i vattnet, allt annat lika. De flesta anser nog att det knappast är någon moralisk skillnad här, men tillåter det oss att dra slutsatsen att det inte i alla andra fall är någon moralisk skillnad mellan handlingar och underlåtelser? Det är mycket tveksamt eftersom det förutsätter att vi, utifrån våra moraliska intuitioner inför ett enda förenklat tankeexperiment, på goda grunder kan omfatta och tillämpa moraliska principer i alla möjliga sammanhang.

I det tredje kapitlet driver Tännsjö på ett klagörande och lättillgängligt sätt teserna att terminal sedering inte är en form av aktiv dödshjälp, att man i slutet av livet bör kunna terminalt sederas på egen begäran och att s.k. existentiellt lidande bör värderas på samma sätt som lidande som har fysiska orsaker. Tännsjö menar också att man bör, när man erhåller terminal sedering, endast ha ett par

tre månader kvar i livet. Det verkar rimligt men det ges knappast några argument för den gränsdragningen.

Avbrytande av vätske- och näringstillförsel vid permanent vege- terande tillstånd (PVT) är ämnet för det fjärde kapitlet. En person som befinner sig i ett PVT saknar irreversibelt aktivitet i hjärn- barken (cortex) men har en fungerande hjärnstam som möjliggör andning, blodcirkulation och lägre nervfunktioner. Efter att någor- lunda försiktigt ha kommit fram till att det är rimligt att anta att patienter som korrekt har diagnostiserats befinna sig i PVT saknar medvetande, diskuterar Tännsjö huvudsakligen på vilka grunder ett liv utan medvetande kan hållas vid liv. Som bekant för många är Tännsjös egna etiska utgångspunkt hedonistisk handlingsutilita- rism där hedonismen är tesen är välbefinnande är det enda som har positivt egenvärde. Denna idé om egenvärde står bland annat mot preferentialismen enligt vilken tillfredsställandet av våra preferen- ser är det som har egenvärde. Vi kan anta att ett liv i PVT är ett liv som irreversibelt saknar medvetande och utan medvetande erfars inget välbefinnande varför ett liv i PVT enligt hedonismen saknar värde för människan i tillståndet. Men vi kan nu som medvetna ha en preferens om att i en eventuell framtid fortsätta leva om vi rå- kade hamna i PVT. Bör vi inom vården respektera en sådan önskan om att fortsätta leva? Nej, svarar Tännsjö:

Man bör hävda att vi nu nått ett område i livets slutskede som inte är förhandlingsbart. Denna form av behandling kan inte sä- gas vara till någon som helst *nytta* för patienten. (*Ibid.*: 74, min kursivering.)

Nytta innebär antagligen här välbefinnande, så hedonismen an- vänds för att förkasta preferentialismen som skulle kunna utgöra grunden för att respektera önskan. Tillfredsställandet av en önskan som vi inte längre har kan inte ha egenvärde menar Tännsjö (*ibid.*: 68), vilket är rimligt. Men när han formulerar sitt eget förslag till riktlinjer, så tillmäter han plötsligt preferenser som gäller att *inte* befinna sig i PVT stor vikt trots att en sådan preferens då kommer att saknas:

För det första får ingen patient i [PVT] vårdas och därmed hållas vid liv mot sin vilja. [...] Är en patient i [PVT] kan hon förstås inte tillkännage någon vilja, men det gäller att tillfredsställa hennes önskan, sådan den gestaltade sig innan hon hamnade i detta tillstånd, om att besparas det. Ansvarig läkare får aldrig handla i strid med en sådan önskan. Notera att allt tal om att en patient kan ändra sig är ovidkommande i det här fallet. Den vegeterande patienten har inte längre något viljeliv. (*Ibid.*: 72)

Detta låter motsägelsefullt. Kanske menar Tännsjö att det gäller att tillfredsställa just denna önskan eftersom den är meningsfull ur ett hedonistiskt perspektiv – det finns inget välbefinnande i PVT. Men det är varken tydligt eller speciellt hållbart.

Denna i bästa fall indirekta användning av preferentialistiska argument återkommer i nästa kapitel som diskuterar förlängd respiratorbehandling för att möjliggöra organdonation, ofta men lite missvisande kallat *elektiv* eller *icke-terapeutisk ventilation*. Även om Tännsjö där uttryckligen säger att respekt för döda personers önskningar i vårdsammanhang endast får stöd av det förtroende för vården en sådan respekt upprätthåller (*ibid.*: 80), så är det längre fram i kapitlet långt ifrån självklart att det är ett sådant indirekt rättfärdigande Tännsjö resonerar utifrån när han ställer sig bakom bruket av icke-terapeutisk ventilation givet vissa villkor som utesluter missbruk och lidande. Bortsett från detta är detta kapitel bra då det beskriver frågans komplexitet och Tännsjös utmärkta argument för att tillåta icke-terapeutisk ventilering: att det är att tillgodose patientens önskan att donera organ.

En mycket aktuell fråga gäller vård av extremt tidigt födda barn och här menar Tännsjö att

i fall då det är medicinskt och eller filosofiskt svårt att bedöma om ett mycket för tidigt fött barn – om det räddas till livet räddas till ett liv värt att leva eller inte, bör *föräldrarna* ha beslutsrätt i frågan. Läkarens ansvar bör här begränsas till att vara den som tillhandahåller information om relevanta fakta. (*Ibid.*: 107)

Jag antar att Tännsjö snarare avser fall där man har goda skäl för

att tro att det extremt underburna barnet kommer att få ett svårt liv med mycket lidande och mycket lite livskvalitet och inte endast att det är svårbedömt huruvida barnet kommer att få ett liv värt att leva. Givet Tännsjös utilitaristiska grundhållning är det ganska oklart varför han så hårt driver tesen om att föräldrarna bör bestämma. Intensivvård av extremt underburna barn är komplicerad med konsekvenser som är svåra att överblicka. Dessutom kan beslutstillfället uppstå mycket snabbt och föräldrarna befinner sig förstås i en mycket svår situation. Även om vissa studier inte visar på några negativa effekter på föräldrar som fattar sådana beslut, så finns det en studie som tyder på ökat lidande för föräldrar som har haft beslutsansvaret. I en jämförelse mellan amerikanska och franska mödrar till extremt underburna barn som avlidit efter beslut om avbruten behandling så lider de amerikanska mödrarna (som själva har fattat besluten) mer av ånger, ilska och skuld samt har svårare att hantera sorgen än de franska. Det är nästan självklart att föräldrarna bör få vara med och fatta beslutet (vilket majoriteten av föräldrarna vill) men inte att det i varje fall är föräldrarna som *ska* fatta beslutet.

Tännsjö säger vidare att han inte kan tro att ett system med spädbarnsdödande eller där nyfödda barn som behöver livsuppehållande vård för att överleva får dö, är rimligt eller någonsin kommer att mötas med allmänt gillande i ett samhälle som vårt, oavsett hur det skulle motiveras. Ett sådant system finns dock i bruk och accepteras i Nederländerna; det kallas för *The Groningen Protocol*. Det är en handfull kriterier och åtgärder som ska vara uppfyllda respektive utförda för att läkare som aktivt avslutat livet på mycket svårt sjuka nyfödda barn ska få åttelseftergift. Förutom att föräldrarna ska ge sitt informerade samtycke, att diagnos och prognos ska vara säkra, att en annan läkare ska bekräfta diagnos och prognos och hela proceduren i enlighet med medicinsk praxis, så ska barnet ha ett hopplöst och outhärdligt lidande. Barnet behöver inte vara döende eller i behov av livsuppehållande vård för att det enligt denna regel ska vara acceptabelt att ge barnet aktiv dödshjälp. Detta har väckt kraftfulla reaktioner i den etiska debat-

ten men i Nederländerna är systemet inte speciellt kontroversiellt. Men Nederländerna är ett speciellt land där husläkarnas relationer till sina patienter och sjukvårdens generella ställning i samhället har varit av avgörande betydelse för att systemet med eutanasi har accepterats.

Tännsjös metod för att driva egna teser kan sägas vara att utifrån en grundläggande idé om vad som gör livet värt att leva och ett konsekventialistiskt synsätt diskutera den moraliska statusen hos ett antal mycket generella handlingstyper med relevans för vård i livets slutskede och bemöta andra liknande idéer. Ett problem med denna metod är dess i vissa stycken bristande kliniska relevans. Det är gissningsvis få som möter ett moraliskt problem med en enda universell normativ idé tillhands. För Tännsjö är det åtminstone i teorin annorlunda. Det antyds också av att han säger sig hoppas att den korta och avslutande novellen kan »kasta ett visst ljus över den psykologiska komplikation som ligger under det slags frågor jag här i övrigt avhandlar mera torrt och sakligt» (*ibid.*: 8). Det finns också goda grunder för att se moraliskt problematiska situationer som inte endast psykologiskt komplexa; de har även en genuint etisk komplexitet på det sättet att de utmärks av att olika normativa krav riktas mot den som ställs inför dem. Att uppfatta komplexiteten endast av psykologisk eller empirisk art innebär en förenkling som utesluter viktiga etiska frågor som kliniskt verksamma rimligtvis inte kan undvika. Ett undantag från denna frånvaro av klinisk förankring är när Tännsjö för fram den mycket viktiga synpunkten att det måste finnas självklara rutiner för att föra svåra samtal om avbrytande av behandlingar med patienter och att läkarutbildningen i ökad grad bör innehålla träning för sådana samtal. Det är i högsta grad anmärkningsvärt hur varierande, personberoende och i många fall dåliga möjligheter patienter har att samtala med sina läkare om beslutet att avbryta behandling i livets slutskede. Läkarutbildningen innehåller oftast inte heller någon förberedelse för detta. Det är nog inte långsökt att hävda att på grund av detta så hamnar patienter, anhöriga och vårdpersonal (inklusive läkare) lättare i etiskt svåra situationer.



TORBJÖRN TÄNNSJÖ, »DÖDEN ÄR FÖRHANDLINGSBAR»

Till sist rekommenderas intresserade och personer inom vården att läsa boken – mycket kritiskt.

→

*Ulrik Kihlbom*