

REPLIK TILL NILS-ERIC SAHLIN:

## Fortsatt analys behövs av förslaget till reviderade riktlinjer för prioriteringar

Tvärtemot vad Nils-Eric Sahlin hävdar kräver en mer flexibel ordning mellan etiska principer mer av etisk reflektion. Vårt förslag är en vidareutveckling av den tidigare etiska plattformen, som i vissa avseenden innehöll brister i etisk reflektion och koppling av denna till praktiken.

**N**ils-Eric Sahlin diskuterar i Läkartidningen 37/2008 (sidorna 2465-6) ett förslag från PrioriteringsCentrum i Linköping som bl a efterlyser en översyn av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar från 1997. Vi välkomnar en livaktig diskussion kring hur arbetet med öppna prioriteringar ska kunna realiseras i vårt land.

Sahlin tycker att vårt förslag är tankestimulerande, men är också kritisk till att det saknas en fullständig etisk analys av förslaget konsekvenser. Bakgrunden till vårt förslag är ett uppdrag från regeringen till Socialstyrelsen att genomföra en kartläggning av på vilket sätt hälso- och sjukvårdens huvudmän

### PER CARLSSON

professor i hälsoekonomi, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Linköpings universitet samt centrumchef PrioriteringsCentrum, Linköping

### PER-ERIK LISS

professor i medicinsk filosofi och etik samt tidigare etisk rådgivare PrioriteringsCentrum, Linköping.

### LARS SANDMAN

fil dr, universitetslektor, institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås samt etisk rådgivare PrioriteringsCentrum, Linköping  
lars.sandman@hb.se

och andra centrala aktörer arbetar med prioriteringar samt att utvärdera hur deras arbete överensstämmer med intentionerna i riksdagens beslut om prioriteringar. Om det fanns problem i tillämpningen av riksdagens riktlinjer skulle förändringar och förtydliganden av riktlinjerna föreslås. PrioriteringsCentrum fick i början av 2006 ett likalydande uppdrag från Socialstyrelsen att ta fram ett underlagsmaterial.

**Vår kartläggning bygger på** över 150 intervjuer i landsting och kommuner, litteraturgenomgång samt diskussioner och seminarier med företrädare för centrala myndigheter, organisationer och en panel av personer med goda kunskaper i medicinsk etik. Resultatet presenteras i rapporten »Vårdens alltför svåra val?« [1]. Dessa undersökningar visar att det finns problem i förståelsen och tillämpningen av riksdagens principer och riktlinjer, och vi föreslår en rad olika åtgärder för att hantera dessa problem.

En revidering av prioriteringsprinciperna utgör en mindre men viktig del av problemkomplexet. Det framgår dock klart i vår rapport att de förslag vi presenterat inte ska betraktas som slutgiltiga eller fullständiga. Sahlins påstående att man »lätt får intryck

av att förslaget är den nya prioriteringsplattformen« är därför svårt att förstå. Vi skriver bl a: »Även om det återstår många frågor, diskussioner och beslut innan eventuella förändringar av den nuvarande etiska plattformen skulle kunna bli aktuell tror vi att det är värdefullt att diskutera olika principers roll och deras inbördes rangordning« [1, s II-III; våra kursiveringar]. I Socialstyrelsens slutliga rapport till regeringen föreslås »att en genomgripande översyn och omarbetning av rådande principer för prioritering inom hälso- och sjukvården görs«.

**Vi vill redan nu nämna** att vi utgår från en situation av knapphet, dvs tillgängliga resurser tillåter inte en tillräcklig grad av behovstillfredsställelse för alla personer med relevanta hälso- och sjukvårdsbehov. I en sådan situation blir det väsentligt utifrån rättvisesynpunkt hur de tillgängliga resurserna fördelas. En annan viktig ståndpunkt är att beslut om prioriteringar och ransoneringar så långt möjligt bör vara öppna, dvs besluten, grunderna och resonemangen bör vara tillgängliga för den som önskar och kan ta del av dem.

**Sahlin påpekar** att den nuvarande *människovärdesprincipen* framför allt utesluter sådant som inte ska ligga till grund för prioritering. Det gör även vårt förslag. Vi menar dock att det i prioriteringssammanhang också finns anledning att fundera över vad det är man ska ha rätt till. Vårt förslag är en formulering där det framgår att alla människor har *samma rätt* till vad som är *nödvändigt* för ett gott liv samt respekt för sin vär-

dighet. Även denna princip deklarerar eller implicerar att sådant som inte är moraliskt relevant inte ska spela roll för bedömningen, men till skillnad från dagens formulering säger förslaget också något substantiellt om vad man har rätt till. Likaså ger förslaget utrymme för att den som behöver mer för att kunna få möjlighet till ett gott liv också ska få det (dvs behovsprincipen kan till viss del härledas från människovärdesprincipen). Förslaget till omformulering ger dock inte uttryck för en nyttomaximeringsidé utan säger endast något om vilken typ av värde som ska fördelas (dvs gott liv) och att detta värde ska fördelas rättvist.

**Vad gott liv är** bör naturligtvis bli föremål för vidare analys. Vi har föreslagit att det skulle kunna handla om en kombination av välfärd och välbefinnande och att hälso- och sjukvårdens operationella mål är att bekämpa ohälsa eller låg livskvalitet. Vi har också föreslagit ett tydligare hälsobegrepp [1, s 116-8]. Problem rörande hälso- och sjukvårdens mål återfinns även i den nuvarande etiska plattformen, t ex vid formuleringen av behovsprincipen. För att på ett tillräckligt precist och icke godtyckligt sätt kunna bedöma vårdbehov måste vi ha klarhet i vad vården behövs för.

**Att förslaget** till omformulering skulle innebära en blandning av konsekvensetik och pliktetik skulle ändå knappast vara ett argument mot den, om man inte har ett förnekligt förhållningssätt till etiska teorier. De flesta moderna plikt-etiska teorier innehåller konsekvensetiska överväganden

(se exempelvis Kamm [3] angående prioriteringar), och en konsekvensetisk teori kan mycket väl omgärdas av plikt-etiska sidorestriktioner (t ex en rättviserestriktion [3, 4]).

**Sahlin ägnar en del utrymme** åt att kritisera hur vi använder begreppet värdighet. Begreppet värdighet är ju mångtydligt, och vi har valt att förtydliga användningen i texten i enlighet med en sådan möjlig användning. Begreppet står i förslaget till ny etisk plattform för ett förhållnings-sätt som innebär att människor i utgångsläget betraktas som autonoma individer utifrån individuella förutsättningar. Individer betraktas som fria och kapabla människor som har att ta ansvar för konsekvenserna av sitt handlande utifrån individuella förutsättningar. Sahlin väljer tyvärr att ignorera det förtydligandet och fokuserar i stället på andra möjliga tolkningar av begreppet som vi *inte* använder oss av.

**Vidare undrar Sahlin** om vårt förslag utesluter en kommersialisering av människan. Vi menar att det gör det. I dag donerar människor frivilligt sina organ, och vi uppfattar inte att detta strider mot den nuvarande människovärdesprincipen eller att deras lika värde därmed ifrågasätts. Den nya formuleringens idé om respekt för värdigheten ställer samma krav på självbestämmande. Det innebär även fortsättningsvis att man inte kan använda sig av personer som organdonatorer om de inte frivilligt ställer upp på detta. Kants formulering är ju för övrigt att vi inte endast får använda människor som medel utan måste också se dem som mål i sig. Kant verkade själv inte se någon motsättning mellan att respektera »värdighet« respektive »lika värde« och samtidigt använda människor som medel i vissa fall. Vidare implicerar formuleringen angående samma rätt att ingen grupp kan användas som ett medel för and-

Kritik mot PrioriteringsCentrums förslag till ny prioriteringsplattform:

## Från allas lika värde till hälsoekonomisk kalkyl

»Det som en gång var en etisk plattform har förvandlats till en hälsoekonomisk kalkyl.« Det skriver Nils-Eric

heten respekteras? Vad betyder het? Moralfilosofen kan invändningsprincipen försöker blanda olika o

I LT 37/2008 kritiserade Nils-Eric Sahlin PrioriteringsCentrums förslag till revidering av hälso- och sjukvårdens prioriteringsprinciper.

ra människors goda liv utan att själva ha samma rätt – i detta fall till organ.

**När det gäller rangordningen** kan den lexikala rangordningen av principerna redan i nuläget ifrågasättas utifrån hur de tolkats och tillämpats i reella prioriteringsarbeten i Läkemedelsförmånsnämnden (som numera är en del av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV) samt hos Socialstyrelsen. Behandling av allvarliga tillstånd som kan ge en marginell chans till överlevnad till en hög kostnad (= låg kostnadseffektivitet) kan prioriteras lägre än mindre angelägna behov men där vården kan göra stor nytta för patienterna.

En strikt tillämpning av riktlinjerna skulle innebära att vi enbart skulle se till det största behovet, oberoende av om vården kan göra endast mycket lite åt det och oberoende av hur stor kostnaden för detta skulle vara. Detta skulle då ske på bekostnad av möjligheten att tillfredsställa andra behov. Här kan man antingen sträva efter en bättre följsamhet och uppföljning av att dagens riktlinjer verkligen efterlevs (vilket även omfattar myndigheters prioriteringsarbete) eller att en förändring av riktlinjerna som kan avspegla dessa ställningstaganden öppet diskuteras.

**Screening kan utgöra** ett praktiskt exempel där behovsprincipen får stå tillbaka. Alla vuxna kvinnor blir inte kallade till mammografi – endast kvinnor inom ett visst åldersintervall (t ex 40–70 år). Men det finns säkerligen kvinnor utanför detta inter-

vall som också skulle ha nytta av tidig upptäckt. Screening för bukaortaaneurysm riktas huvudsakligen till enbart män som fyllt 65 år. Anledningen till begränsningen till personer av ett visst kön och inom ett visst åldersintervall är att det skulle kosta för mycket (uttryckt i både ekonomiska och psykologiska termer) för att upptäcka fall utanför intervallet.

**Vi är osäkra på** vad Sahlin menar med godtycke, men det vore naturligtvis olyckligt om olika aktörers egna intressen skulle påverka prioriteringsbeslut. Vi menar dock att denna risk kan minimeras i en situation av öppna prioriteringar där grunderna för besluten redovisas öppet. Återigen kan vi hänvisa till den överordnade människovärdesprincipens formulering angående samma rätt som implicerar att man inte kan göra olika tolkningar över landet som leder till att medborgarna inte får samma rätt till det de har behov av och som kan erbjudas till en rimlig kostnad per hälsovinst.

**Eftersom den föreslagna** omformulerade människovärdesprincipen trots allt ses som lexikaliskt överordnad de andra, och behovsprincipen kan sägas följa ur den, får även behovsprincipen en tung roll i en eventuell rangordning. Vi menar att inga principer i praktiken kan garantera att beslut fattas på ett enhetligt sätt över tiden och i olika delar av landet. Genom en flexibel etisk plattform av den typ vi föreslagit i kombination med kravet på öppna prioriteringar är chansen större för

ett ärligare beslutsfattande, jämfört med att vi ger intryck av att en lexikalisk ordning mellan samliga ingående principer förenklar och omvandlar prioriteringen till något mekaniskt i en komplicerad verklighet.

**Naturligtvis innehåller** det nya förslaget till plattform idéer som resulterar i vissa värdeförskjutningar som måste diskuteras vidare. Att grundvalarna för den etiska plattformen skulle rubbas med det nya förslaget håller vi inte med om. Sahlin framför inte heller några övertygande argument som talar för det.

Vårt förslag handlar inte om att endast föra in hälsoekonomiska överväganden på bekostnad av etisk reflektion. Tvärtom kräver en mer flexibel ordning mellan etiska principer mer av etisk reflektion. Vi vill hävda att förslaget är ett steg vidare i relation till den tidigare plattformen som, i vissa avseenden, innehåller brist på etisk reflektion och koppling av denna till den konkreta verklighet som den ska hantera.

Sahlin visar i sin artikel på områden i relation till den etiska plattformen som bör analyseras vidare (t ex hälso- och sjukvårdens mål). Han ger därmed ett indirekt stöd för tanken på en förnyad och fortsatt analys av den etiska plattformen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. PrioriteringsCentrum. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping: PrioriteringsCentrum 2007:2.
2. Kamm FM. Morality, mortality. Death and whom to save from it. Volume 1. New York: Oxford University Press; 1993.
3. Savulescu J. Consequentialism, reasons, value and justice. Bioethics. 1998;12:212-35.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2001.