

TIDSKRIFT FÖR POLITISK FILOSOFI
NR 3 2018 | ÅRGÅNG 22

Bokförlaget THALES

Introduktion

EN CENTRAL DEL av riktlinjerna för svensk hälso- och sjukvårdsprioritering utgörs av idéer om behov (Hälso- och sjukvårdslagen 1982: 763; Socialdepartementet 1995; 1996). Men hur behovsbegrepp ska förstås mer specifikt och operationaliseras som en princip för fördelning av vårdens resurser är omdiskuterat (Gustavsson 2018; Juth 2011). Olika tolkningar av behov ger olika svar på hur vårdens resurser bör fördelas. Syftet med den här artikeln är att diskutera hur en behovsprincip bör hantera frågor som rör sammanvägning av olika personers behov.¹

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) så formuleras behovsprincipen på följande sätt: »Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården» (1982: 763, 2 §). En sådan formulering förefaller vid första ögonkastet som rimlig. Men vad innebär principen när den ska tillämpas på flera individer eller grupper som alla kan anses vara i stort behov av hälso- och sjukvård? Innebär den exempelvis att en liten grupp i vilken patienterna är *mycket allvarligt sjuka* bör ges företräde framför en stor grupp i vilken patienterna är *allvarligt sjuka*?

Den svenska etiska plattformen och sammanvägning av behov

I DE DOKUMENT som ligger till grund för den etiska plattformen för prioriteringar (Socialdepartementet 1995; 1996) återfinns man förvånansvärt få skrivningar kring denna viktiga fråga. I prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995: 122) diskuterar man vad utredningen refererar till som »nyttoprincipen» enligt vilken »det är möjligt att lägga ihop nyttan av vård för många människor med små behov på ett sådant sätt att den väger upp en stor nytta för ett fåtal». Utredningen är tydlig med att man »tar avstånd från en nyttoprincip med innebörden att det som gör störst nytta för flest människor skall väljas i prioriteringssituationer». Avståndstagan-

det motiveras med att en sådan princip för prioriteringar exempelvis skulle kunna innebära att »man väljer att lägga resurserna på att hjälpa ett stort antal människor med lindriga höftbesvär i stället för ett fåtal med svåra trafikskador». Man säger vidare att »Nyttoprincipen i denna mening är oförenlig med behovs-solidaritetsprincipen».

Det förefaller som en korrekt bedömning att nyttoprincipen (såsom den karakteriseras av utredningen) är oförenlig med behovs- och solidaritetsprincipen (såsom den karakteriseras av utredningen) eftersom den inte ger tillräckligt med prioritet till de som har störst behov: »de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten» (Socialdepartementet 1995: 118). Här är det viktigt att notera att nyttoprincipen är kontroversiell, särskilt med avseende på prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Notera dock att den andra ytterligheten ter sig lika orimlig. I det fall en absolut prioritet ges till de som har det allra sämst ställt kan det innebära att alla resurser läggs på ett fåtal patienter där vården varken kan gagna, lindra eller trösta patienter i någon större utsträckning (Brock 2002). En rimlig behovsprincip bör därför utgöras av en rimlig medelväg mellan dessa båda extremer.

En rimlig medelväg – första försöket

EN VANLIGT FÖREKOMMANDE samtida strategi för att undkomma det ovan beskrivna problemet har varit att vikta nyttoprincipen i enlighet med prioritarismen enligt vilken det spelar större roll att gagna patienter ju sämre ställt dessa patienter har det (Parfit 1995; 2012; Hirose 2015). Tanken är alltså att förbättringar har en avtagande moralisk vikt. Det innebär till exempel att det föreligger starkare moraliska skäl att förbättra situationen för en person som blivit svårt skadad i en trafikolycka än att se till att en förbättring av samma storlek tillfaller en person med lindriga höftbesvär. En vanlig tolkning av detta i en prioriteringskontext är att en högre kostnad kan accepteras för svårare tillstånd (Svensson m.fl. 2015). Men en sådan viktning löser inte riktigt problemet eftersom även med en sådan viktning åt de som har det sämre ställt så kan det fortfarande inne-

bära att en stor grupp personer med lindriga höftbesvär prioriteras framför en liten grupp personer med mycket allvarliga trafikskador.²

Oavsett hur prioritarismen viktas så kan den alltså fortfarande innebära att små förbättringar som tillfaller en stor grupp som besväras av lindriga åkommor prioriteras framför en mindre grupp som lider av allvarliga tillstånd där stora förbättringar kan göras. Prioritarismen tycks således inte ge tillräckligt med vikt åt de som har det sämst ställt. Precis som i fallet med nyttoprincipen så uppstår detta problem på grund av sättet på vilket prioritarismen väger samman förbättringar för olika personer.

En rimlig medelväg – andra försöket

EFTERSOM ARBETSHYPOTESEN FÖR den här artikeln är att en behovsprincip värd namnet inte bör tillåta att de som har det bäst ställt gagnas på bekostnad av de som har det sämst ställt så ter sig sufficientarismen som nästa tänkbara kandidat. Sufficientaristiska teorier säger att det som spelar roll ur moralisk synvinkel är att människor har det tillräckligt gott ställt. Gränsen för vad som är tillräckligt gott bestäms av en tröskel som avser någon sorts nivå av vad som utgör en minimal nivå av det som är gott. Sufficientarismen kan vidare förstås i termer av två teser: (a) den positiva tesen, enligt vilken personer som befinner sig under tröskeln bör lyftas upp ovanför den och (b) den negativa tesen, enligt vilken det inte finns några moraliska skäl (eller åtminstone svagare moraliska skäl) att gagna personer som befinner sig ovanför tröskeln ytterligare (se t.ex. Casal 2007; Benbaji 2005 för utmärkta diskussioner om sufficientarismen).

Även om sufficientarismen undviker det ovan beskrivna problemet så har sådana principer sina egna tillkortakommanden. Ett problem är att de inte ger något rimligt svar på frågan hur man ska prioritera bland personer under tröskeln (se Gustavsson & Juth 2017). Det förefaller alltså som om sufficientarismen bör kombineras med någon annan fördelningsprincip för att ge ett rimligt svar på den frågan. Roger Crisp (2003) har skisserat en sådan version där prioritarismen används för att prioritera bland de personer som befinner sig under tröskeln och utilitarismen över tröskeln. Perso-

ner som befinner sig under tröskeln ges en absolut prioritet över personer som befinner sig över tröskeln (om de potentiella förbättringarna som står till buds inte är triviala).

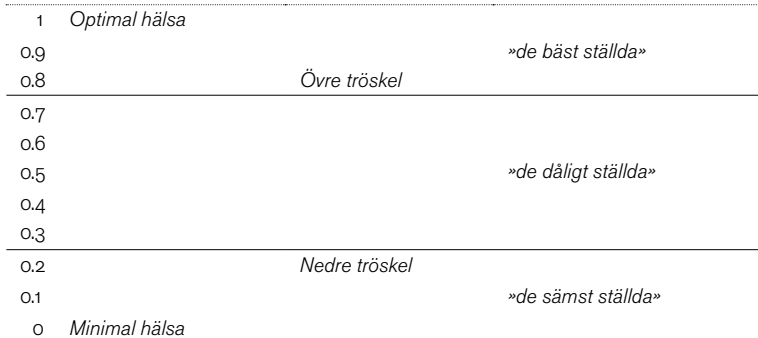
Crisps teori tillåter alltså sammanvägning av förbättringar inom de båda separata sfärerna men inte mellan dem. Teorin ger alltså personer precis under tröskeln en absolut prioritet över de som är precis över tröskeln. Detta problem tycks kvarstå oavsett var tröskeln placeras mer exakt. En sådan absolut prioritet skulle till exempel kunna innebära att en person som befinner sig strax under tröskeln får tillgång till en mycket dyr men livräddande behandling medan personen strax över tröskeln inte får det. Det förefaller svårt att acceptera en teori som behandlar personer som har det så lika så olika. I nästa sektion kommer jag att skissera en möjlig lösning på de ovan diskuterade problemen.

En rimlig medelväg – tredje försöket

LÅT OSS TÄNKA oss en behovsprincip som prioriterar emellan patienter på basis av hur dåligt ställt de har det och hur mycket de kan gagnas av behandlingen. I enlighet med prioritarismen så viktat principen förbättringar så att det spelar större roll att gagna patienter ju sämre ställt dessa patienter har det. Men principen utgörs också av två trösklar vars syfte är att justera vilka avvägningar som tillåts mellan olika nivåer av hälsa. Trösklarna kategoriserar patienter inom ett hälso- och sjukvårdssystem i tre grupper.

I en svensk kontext är det viktigt att notera att detta skiljer sig från de prioriteringsgrupper som skisserades i utredningen (Socialdepartementet 1995). Tanken här är snarare att patienter tillfaller respektive grupp på basis av hur dåligt ställt de har det, inte vilken specifik diagnos de har. Den första gruppen utgörs av patienter under den nedre tröskeln i vilken patienter lider av mycket svåra tillstånd. Exempel kan utgöra svår livshotande cancer, psykos och andra psykiatriska tillstånd med stor påverkan på livskvaliteten. Låt oss kalla den gruppen »de sämst ställda». Den andra gruppen utgörs av patienter emellan de båda trösklarna i vilken patienterna lider av måttligt svåra tillstånd. Det gäller sannolikt majoriteten av

patienterna, exempelvis personer med reumatism eller vissa typer av diabetes. Låt oss kalla den här gruppen »de dåligt ställda». Den tredje gruppen utgörs av patienter över den övre tröskeln. Exempel kan utgöra nageltrång eller hösnuva. Vi kan kalla den gruppen »de bäst ställda» (se figur 1).



Figur 1

Siffrorna är tagna som exempel, men kan i princip fastställas efter till exempel standardmått inom hälsoekonomin, som kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) (se t.ex. Bernfort 2012). Eftersom principen viktat tillstånd i enlighet med dess svårighetsgrad så spelar det större roll att gagna patienter ju sämre ställt de har det. Det innebär också att avvägningar emellan olika personers behov är tillåtna inom respektive grupp. Syftet med trösklarna är att undvika vissa avvägningar. Kärnan i det som utgör det etiska problemet i exemplet med att ställa lindriga höftbesvär mot svåra trafikskador är att de som har det *bäst ställt* kan gagnas på bekostnad av de som har det *sämst ställt*. Det förefaller som att en rimlig behovsprincip inte kan ha sådana implikationer.

Den här diskuterade behovsprincipen hanterar frågor om sammanvägning av behov på följande sätt. Avvägningar får göras emellan de som har det *sämst ställt* och de som har det *dåligt ställt*. Det innebär att förbättringar som tillfaller några få patienter bland de som har det sämst ställt kan vägas av emot ett större antal stora

förbättringar bland de som har det *dåligt ställt* och vice versa. På ett liknande sätt så kan avvägningar göras mellan de som har det *dåligt ställt* och de som har det *bäst ställt*. Vidare så kan förbättringar som tillfaller de som har det *bäst ställt* vägas av emot förbättringar som tillfaller de som har det *sämst ställt*. Men, och det här är det viktiga, förbättringar som tillfaller de som har det *sämst ställt* kan inte vägas av emot förbättringar som skulle ha kunnat tillfalla de som har det *bäst ställt*. Den ovan skisserade behovsprincipen förbjuder sådana avvägningar och ger på så vis en absolut prioritet till de *sämst ställda* över de som har det *bäst ställt*.

Notera skillnaden på det sätt som den ovan skisserade behovsprincipen ger absolut prioritet till de som har det *sämst ställt* och sättet på vilket det som Crisp (2003) refererar till som »absolut prioritarism» gör det. Antag att det fanns en patient på hälsonivå 0.15 bland de som har det *sämst ställt* som inte kan gagnas särskilt mycket och en stor grupp patienter på hälsonivå 0.16 men i vilken samtliga kan gagnas avsevärt mer. I en sådan situation skulle absolut prioritarism implicera att alla resurser gick till den enskilda personen på hälsonivå 0.15 snarare än den grupp som har det nästan lika illa ställt.

Den ovan skisserade behovsprincipen ger prioritet till de som har det *sämst ställt* på följande sätt. Genom att operera med två trösklar skapas en klar och tydlig skillnad mellan de som har det *sämst ställt* och de som har det *bäst ställt*. Notera att detta inte implicerar att förbättringar för de som har det *bäst ställt* är irrelevanta på något sätt. Principen säger att de som har det *bäst ställt* inte under några omständigheter får gagnas på bekostnad av de som har det *sämst ställt*. Detta innebär dock att förbättringar för de som har det *bäst ställt* bara kan vara rättfärdigade när det inte längre finns några behov bland de som har det *sämst ställt* som kan tillfredsställas mer.

Frågor som reses av den ovan skisserade behovsprincipen

Godtyckligheten i placeringen av trösklarna

Sufficientarismen kritiseras ofta på grund av att det i någon utsträckning tycks godtyckligt precis var dessa trösklar placeras (Casal 2007; Hirose 2015). Det omnämns dock sällan i detta samman-

hang att samma typ av kritik kan riktas emot prioritarismen. I dess standardformulering så säger prioritarismen att det spelar större roll att gagna personer ju sämre ställt dessa personer har det.

Det tycks lätt att acceptera att det spelar större roll att gagna patienter ju sämre ställt dessa patienter har det men att säga något mera precist om exakt hur mycket mer roll det spelar tycks i någon mening godtyckligt. Om 2 gånger mer, så varför 2 gånger mer och inte 4 gånger mer och så vidare. Oavsett vilken metod som man anser rimlig för att besvara den frågan så kan samma metod användas för att, grovt sett, hitta rimliga nivåer för de trösklar som skisserats ovan. Det tycks uppenbart att en patient som lider av terminal cancer har det sämre ställt än en person som lider av lindrig astma. På samma sätt tycks det uppenbart att personen med terminal cancer är bland de som har det *sämst ställt* och personen med lindrig astma är bland de som har det *bäst ställt* men mer exakt var de båda trösklarna bör placeras är mindre uppenbart.

Vidare så framstår det förbud som den ovan skisserade behovsprincipen etablerar mot vissa avvägningar inte särskilt godtycklig. Även om det kan vara vagt och i någon utsträckning godtyckligt exakt var tröskeln ska gå mellan de som har det *sämst ställt* och de som har det *dåligt ställt* såväl som mellan de som har det *dåligt ställt* och de som har det *bäst ställt* så är skillnaden som trösklarna etablerar mellan de som har det *sämst ställt* och de som har det *bäst ställt* relevant och tydlig.

Godtyckligheten av antalet trösklar

Det ter sig naturligt att mot bakgrund av det ovan förda resonemanget fråga sig vad som avgör antalet trösklar. För det första så tycks det finnas en intuitiv rimlighet i idén om att det är något väldigt annorlunda mellan de tillstånd som är mycket allvarliga och de tillstånd som är lindriga och att den här skillnaden bör tas på allvar. Det är väl också något liknande som utredningen önskade uttrycka med fallet som innefattade lindriga höftbesvär och svåra trafikskador. Den ovan skisserade behovsprincipen kan göra reda för denna skillnad eftersom den utgörs av två trösklar och på så vis

undviker utfall som inte rimligen kan vara resultatet av en behovsprincip värd namnet.

Även om det i princip inte finns några problem med att lägga till fler trösklar så skulle en sådan reduktion i avstånd emellan trösklarna underminera den moraliska intuition som principen konstruerad med två trösklar kan göra reda för. Fördelen med att använda sig av två trösklar och inte fler är att principen på så vis kan göra reda för den moraliska skillnaden mellan det lidande som återfinns bland de som har det *sämst ställt* och de som har det *bäst ställt*. I takt med att man ökar antalet trösklar så minskar man utsträckningen i vilken principen rimligen kan göra reda för den moraliska tyngden av en sådan skillnad.

Små skillnader med stora moraliska konsekvenser

Den ovan skisserade behovsprincipen tillåter att en person A som befinner sig strax ovanför den nedre tröskeln kan missgynnas till förmån för en person B bland de *bäst ställda*. Men detta gäller inte en person C som befinner sig strax under den nedre tröskeln. Den ovan skisserade behovsprincipen tillåter alltså att A och C, som har det väldigt lika, behandlas väldigt olika. Det förefaller således som om den ovan skisserade behovsprincipen har ett problem som liknar det som Crisps teori har.

Notera dock att detta scenario endast uppstår under mycket speciella omständigheter. Den ovan skisserade behovsprincipen föreskriver att alla (inklusive C) bland de som har det *sämst ställt* ska behandlas före det att behandling av B kan vara ett alternativ. Detta scenario är således endast möjligt när C är den sista individen bland de som har det *sämst ställt* med ett otillfredsställt behov.

Notera också att den ovan skisserade behovsprincipen inte är ensam om att under mycket speciella omständigheter låta små skillnader spela en avgörande roll för beslut om prioriteringar. Låt oss återigen jämföra med prioritarismen. Antag att vi har tillskrivit en viss moralisk vikt till förbättringar som tillfaller personer ju sämre ställt dessa personer har det. Antag igen scenariot som innefattade A, B och C. Givet att prioritarismen är viktad på ett visst sätt så

tillåter teorin att C har det precis tillräckligt dåligt ställt för att få prioritet över B medan A är strax under marginalen att göra det. Under mycket speciella omständigheter skulle alltså även prioritarismen kunna medföra att två personer som har det mycket lika behandlas mycket olika. Återigen verkar inte den ovan skisserade behovsprincipen vara i en sämre position att svara en sådan invändning än vad prioritarismen är.³

→

Erik Gustavsson är utredare med inriktning medicinsk etik, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet.

Noter

1 Föreliggande text tar sin utgångspunkt i Gustavsson & Juth (2017) men syftar särskilt till att knyta diskussionen till svenska riktlinjer för hälso- och sjukvårdsprioriteringar.

2 Se även Crisp (2003) för en mer allmänt hållen kritik av prioritarismen på denna grund.

3 Jag vill tacka Niklas Juth för flera värdefulla diskussioner kring den ovan skisserade behovsprincipen.

Referenser

- BENBAJI, Y. (2005) »The doctrine of sufficiency: A defence», *Utilitas* 17: ss. 310–332.
- BERNFORT, L. (red.) (2012) *QALY som effektmått inom vården – Möjligheter och begränsningar*, Linköpings universitet: CMT Rapport 2012:2.
- BROCK, D.W. (2002) »Priority to the worse off in health-care resource prioritization», i: R. Rosamond, M.P. Battin & M. Silvers (red.) *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, New York: Oxford University Press ss. 362–372.
- CASAL, P. (2007) »Why sufficiency is not enough», *Ethics*, 117, ss. 296–326.
- CRISP, R. (2003) »Equality, priority, and compassion», *Ethics* 113(4): ss. 745–763.
- GUSTAVSSON, E. & JUTH, N. (2017) »Principles of Needs and the Aggregation Thesis», *Health Care Analysis*, doi: 10.1007/s10728-017-0346-6.
- GUSTAVSSON, E. (2018) *Characterising Needs in Health Care Priority Setting* (avhandling), Linköping: Linköpings universitet.
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763), 2 §.
- HIROSE, I. (2015) *Egalitarianism*, New York: Routledge.
- JUTH, N. (2011) »Behovsprincipen i vården», *Tidskrift för politisk filosofi* 15(2): ss. 7–30.

HUR SKA OLIKA PATIENTERS VÅRDBEHOV VÄGAS SAMMAN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPRIORITERINGAR?

PARFIT, D. (1995) »Equality and priority», *Ratio* 10(3): ss. 202–221.

PARFIT, D. (2012) »Another defence of the priority view», *Utilitas* 24(3): ss. 399–440.

Socialdepartementet (1995) *Vårdens svåra val*, Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5.

Socialdepartementet (1996/97) *Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Prop 1996/97:60.

SVENSSON, M., NILSSON, FO. & ARNBERG, K. (2015) »Reimbursement decisions for pharmaceuticals in Sweden: the impact of disease severity and cost effectiveness», *Pharmacoeconomics* 33(11): ss. 1229–36.