

VILKEN PATIENT SKALL FÅ ENDA DISPONIBLA ORGANET?

Om två patienter, i desperat behov av transplantation, konkurrerar om ett viktigt organ – vem av dem skall ha det? På vilka grunder bör avgörandet träffas? Mitt svar är att organet bör ges till den patient som har störst nytta av det. Hjärtat eller levern bör ges till den patient som är yngst och, bortsett från sitt behov av ett viktigt organ, friskast.

Mitt resonemang tar sin utgångspunkt i några av de vanligaste filosofiska idéerna om rättvisa: Fördelning enligt nytta, jämlikhet, förtjänst och rättigheter [1].

1. *Nytta.* Knappa resurser skall fördelas så att den samlade nyttan blir så

Författare

TORBJÖRN TÄNNSJÖ

professor i praktisk filosofi, Göteborgs universitet.

ta laboratorier som klarat kraven: Celab och Medilab, för att ta ett par exempel.

Frivilligt – men hur länge?

I dagsläget kan man starta och driva icke-ackrediterade laboratorier. Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet, föreslås i en utredning (»Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården») få utökade befogenheter.

Bl a ska Socialstyrelsen få rätt att göra verksamhets tillsyn. Detta ger i framtiden Socialstyrelsen möjlighet att föreskriva att alla laboratorier ska vara ackrediterade om verket så skulle önska.

Det finns exempel på sådana regler från andra områden. Naturvårdsverket föreskriver att bara ackrediterade laboratorier får göra officiella vattenanalyser, och Livsmedelsverket har samma bindande krav på livsmedelslaboratorierna.

Socialstyrelsen har hittills valt frivil-

lig stor som möjligt. För att läran skall bli så rimlig som möjligt måste nytta ses som en fråga om välfärd. I detta sammanhang håller jag frågan om vad välfärd är öppen. Hur man än besvarar frågan torde man komma till likartade resultat i den diskussion vi nu för.

2. *Jämlikhet.* Knappa resurser skall fördelas så att den som har det sämst ställt får en så hygglig ställning som möjligt. Det är den rimligaste idén om jämlikhet. Resurser bör omfördelas från dem som har det bättre ställt till dem som har det sämre ställt, om de senare kan vinna något på omfördelningen. (Går man längre i utjämning, så att alla förlorar på jämlikheten, går man för långt.)

3. *Förtjänst.* Knappa resurser skall fördelas så att (moralisk) förtjänst premieras. Dygden skall lönas. Den mindre dygdige får stå tillbaka. Hur mycket? I proportion till skillnaden i dygd. Eventuellt bör också negativa moraliska egenskaper bestraffas. (Då talar vi om retributiv rättvisa.)

4. *Rättigheter.* Knappa resurser får inte omfördelas. Var och en skall garan-

ta lighetens väg, men om det visar sig att principen »frihet under ansvar» skulle missbrukas, kan man säkert utgå ifrån att föreskrifterna skärps.

Utvecklingen går mot att också mindre medicinska laboratorier strävar efter en ackreditering. Redan idag har ett antal laboratorier inom primärvården visat intresse. Vårdcentralerna vill gärna visa att de håller bästa tänkbara kvalitet, säger Roland Jonsson.

– Ett intressant exempel har vi också noterat i Linköping, där ett 15-tal mindre laboratorier vid vårdcentralerna har anslutits som filialer till sjukhusets centrallaboratorium – och på det sättet omfattas av ackrediteringen.

Enligt regeringens direktiv ska Swedac vara självförsörjande – men inte gå med överskott. Priset för ackrediteringen har alltså satts därefter.

Det kan variera kraftigt, huvudsakligen beroende på laboratoriets storlek,

DEBATT

”I vissa fall är jämlikhet inte ett medel till största möjliga nytta. Sådana fall uppträder inte sällan inom medicinen. Men då bör vi inte heller eftersträva jämlikhet. Det är inte en legitim uppgift för sjukvården att försöka jämna ut människornas livslängd.”

teras fortsatt innehav av det hon kommit i rättmätig (moralisk) besittning av. För det första äger varje individ sig själv, sin kropp och sina talanger. För det andra äger hon allt hon själv tillverkat eller först ärligt förvärvat.

Det individen äger kan hon fritt förfoga över, sälja, ge bort, förstöra osv, men ingen kan i någon annans intresse påtvingas en omfördelning av äganderätter. Ju mer som godkänns som individers egendom, desto mer kontroversiell blir denna lära. Låt oss här betrakta en mycket snäv tolkning, där individer en-

från 25 000 kr som billigast, men kostnader på 75 000 kr förekommer också för stora laboratorier. Kostnaderna offeras i förväg.

– Vi har fått ett gott gensvar, sammanfattar Roland Jonsson. Laboratorierna har varit otroligt ambitiösa och energiska. Och visst gör ackrediteringen nytta.

Bengt Norbrink

Fotnot

I kommande reportage och artiklar kommer Läkartidningen att belysa fler sidor av kvalitetskontroll och certifiering inom hälso- och sjukvården. Bl a avses att ge exempel på hur Swedacs arbete går till i praktiken, beskriva hur kvalitetsorganet Seqla arbetar, samt illustrera verksamheten inom Hälso- och sjukvårdsstandardiseringen (HSS).

Red

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

dast kan äga sig själva, sina kroppar och talanger.

Vilken av dessa läror är rimligast? Fördelning bör ske enligt nyttoprincipen. Det ger en presumtion för att den individ som kan förväntas leva längst och lyckligast med det nya hjärtat eller den nya levern får företräde i transplantationskön. Det skulle innebära slöseri med resurser, om vi följde någon av de andra läror. Och allvarliga problem vidlåder de andra läror.

PROBLEM MED JÄMLIKHETEN

Varför skall t ex den som är äldre behöva stå tillbaka för den som är yngre, brukar anhängare av jämlikhetstanken invända. De brukar inte sällan gå vidare och påstå att organ snarare bör fördelas genom något slags lotteri, som ger varje behövande patient samma chans. Om organet är av vitalt intresse för patienterna har de samma intresse av det.

Resonemanget bygger på ett felslut. När vi inser det blir vi nog också mindre benägna att anamma jämlikhetstanken (i dess principiella utformning).

Vem är det som, enligt jämlikhetstanken, skall ha företräde då knappa resurser fördelas? Den som är sämst ställd. Vem är sämst ställd? Är det den som för tillfället är sjukast, den som för tillfället plågas mest, eller åtnjuter den lägsta graden av välfärd? Så kan inte läran rimligen uppfattas. Vi måste se till individens hela liv.

Men tar vi den insikten på allvar tvingas vi också medge, att den som hotas mest av en allvarlig sjukdom är den som drabbas i unga år. Om sjuttioåringens liv ändas av hans hjärtbesvär är det långt mindre allvarligt än om fyrtioåringens liv ändas på samma sätt. Den förre förlorar kanske tio år av det liv hon (med hjälp av sjukvården) kunde leva medan den senare förlorar halva sitt!

Långtgående konsekvenser

Också den som vurmar för jämlikhet måste alltså lägga vikt vid ålder (liksom nyttomoralen gör). Ja, jämlikhetsläran går längre än nyttomoralen i åldersfixering, *med krav att hjälpa ett barn till endast marginellt längre liv, även om det kostar livet för äldre patienter, som om de fick hjälp skulle leva länge till.* Då vi reflekterar över denna konsekvens av jämlikhetstanken blir vi nog lite till mans benägna att ge upp den.

Av insikten att jämlikhetstanken inte duger som en fundamental lära om distributiv rättvisa följer inte att jämlikhet skulle vara något dåligt. Jämlikhet är ofta bra som medel till största möjliga välfärd för alla, t ex när ekonomiska resurser skall fördelas i ett samhälle. En fattig människa kan dra större nytta av

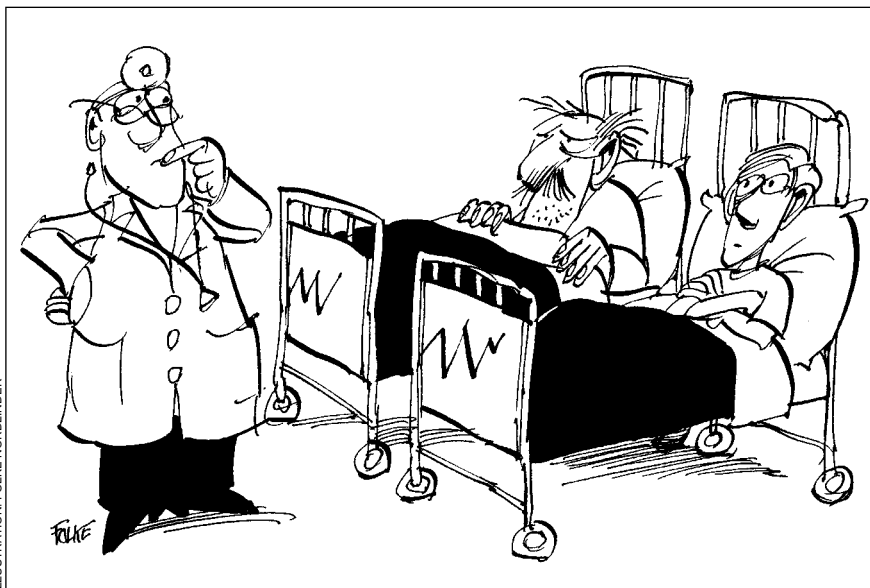


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLANDER

förbättring av sin ekonomiska situation än en rik.

I vissa fall är jämlikhet inte ett medel till största möjliga nytta. Sådana fall uppträder inte sällan inom medicinen. Men då bör vi inte heller eftersträva jämlikhet. Det är inte en legitim uppgift för sjukvården att försöka jämna ut människornas livslängd.

PROBLEM MED FÖRTJÄNSTTANKEN

Det är orimligt att den som t ex själv vållat sin sjukdom (genom osedligt leverne) skall kunna gå före den som är ett oskyldigt offer för sin sjukdom, brukar anhängarna av förtjänstläran hävda. Fördelningen skall ske enligt förtjänst. Resonemanget bygger på ett felslut.

Vad är det som säger att inte individen som vållat sin sjukdom i övrigt är en mera högtstående individ än den som levt sunt? Moralisk förtjänst kan inte rimligen vara något vi (i första hand) uppnår genom att måna om vår egen hälsa och vårt eget välbefinnande.

Moralindex?

Bör då organen fördelas enligt ett slags moraliskt index, som åsätts varje patient? Tanken faller både på moraliska grunder (som en primitiv uppfattning om rättvisa) och på praktiska. De praktiska är tämligen uppenbara. Hur skulle man kunna upprätta ett sådant index över medborgarna? Vem skulle göra det? Hur skulle det »uppdateras»?

Måste anhängarna av tanken om förtjänst helt och hållet kapitulera inför detta argument? De måste medge att den knappast kan tillämpas vid prioritering på klinisk nivå. Vill de realisera något av den får de söka andra vägar. En vore att moralisera, inte över personer, utan över aktiviteter.

»Omoralka» eller »otillbörligt riskfyllda» aktiviteter kunde beskattas (bilismen kunde tvingas bära också de sjukvårdskostnader den vållar osv). En sådan beskattning skulle för övrigt i många fall kunna motiveras både med hänsyn till läran om fördelning efter förtjänst och med hänvisning till nyttoprincipen.

PROBLEM MED RÄTTIGHETS-LÄRAN

Idén om att samhället skall »fördela» organ i syfte att åstadkomma något bestämt resultat är i grunden felaktig, hävdar anhängare av rättighetsläran. Det innebär att människors äganderätt kränks. Organ är ägodelar – ingen annan än ägaren av dem har rätt att bestämma hur de skall fördelas.

De som behöver organ får se till att skaffa dem själva, t ex genom något försäkringssystem. Blir de sjuka får organen hämtas från exempelvis någon bank, till vilken människor medan de var i livet sålt sina kvarlevor för ett av marknaden fastställt pris.

Tanken att organ för transplantationsändamål skulle kunna köpas och säljas har svagt stöd i svensk rättsuppfattning.

Det bedöms vanligen som ett problem, när marknader för organ spontant uppkommer i andra länder, och då vårt land dras in i kommersen.

Det är en mycket svårare intellektuell uppgift att försvara denna marknadsnegativa inställning än vad människor normalt är medvetna om. Då vi förbjuder en fattig individ att sälja organ till en rik, i vems intresse gör vi det? Hjälper förbudet den fattige? Knappast. Hjälper det den rike? Uppenbarligen inte. Hjälper det några andra individer? Kanske – och det är väl med hänvisning till dessa

som ett förbud mot organtransaktioner måste motiveras.

Vad är samhällsnytta

Då två individer i behov av transplantation konkurrerar om ett vitalt organ bör organet ges till den som kan dra störst nytta av det. Rimligen är det – allt annat lika – den som är yngst och (i övrigt) friskast. Då allt annat inte är lika uppkommer ytterligare problem. Bör hänsyn tas också till välfärden hos andra än patienten själv? Bör den »samhällsnyttige» gå före den mindre nyttige?

Detta är en lämplighetsfråga. I princip är det inget som utesluter att vi också bedömer nyttan av organet för andra än patienten. Men vi bör vara mycket försiktiga på den här punkten. Det är ju ytterst kontroversiellt vari »samhällsnytta» verkligen består.

Det en individ bedömer som ett synnerligen nyttigt liv ser andra som ett skadligt. Hur skall vi t ex värdera reklamannans liv mot prästens? Eller byggnadsarbetarens mot kärnfysikerns? Vi gör nog klokast i att avstå från sådana bedömningar. De skulle involvera sjukvården i omöjliga diskussioner och riskera allmänhetens förtroende.

Ändå kan viss hänsyn tas, i tämligen okontroversiella fall, till andras intressen än patientens egna. Det är försvarligt att låta småbarnsföräldern gå före den barnlöse, om båda för egen del har samma nytta av organet – ja, kanske till och med att ge småbarnsföräldern företräde framför en individ med *aning*en bättre prognos med det nya organet.

Kan vi undvika att prioritera?

Skall vi då alls behöva komma i den typ av valsituationer som nu har diskuterats? Man kan tycka att det är oundvikligt. Tillgången på organ för transplantationsändamål är tämligen konstant, men i och med vetenskapens utveckling blir transplantation ett möjligt alternativ i allt fler fall. Allt äldre och allt sjukare individer kan hjälpas till fortsatt liv (med hygglig hälsa) genom transplantation. Vad vi står inför måste rimligen vara ett växande problem.

Resonemanget bygger på en otillåten förenkling. Det förutsätter att var och en som skulle kunna hjälpas till fortsatt liv genom transplantation skall inkluderas på väntelistan. En sådan hållning är oförsvarlig. Då inte alla kan komma i åtnjutande av transplantation innebär det bara att människor inges falska förhoppningar. Slutfasen av deras liv förstörs.

I stället för att förbereda sig för en ofrånkomlig död tvingas människor in i en desperat och fåfång jakt på mera liv. Och den enskilda kliniken tvingas göra den typ av prioriteringar, som här har

diskuterats. Man tvingas förklara för patienter varför deras väntan är så fåfång.

Använd nyttoprincipen

Vilka skall då inkluderas på väntelistan? De som har störst nytta av transplantation. Det är från alla synpunkter rimligare om äldre och sjukare patienter – som i och för sig kunde hjälpts till fortsatt liv, men som inte kommer att hjälpas eftersom tillgången på organ är begränsad – redan på förhand meddelas att de inte kan komma ifråga för transplantation.

En sådan hållning från sjukvårdens sida kan hålla antalet fall av prioritering på klinikinivå mellan individer som efterfrågar samma vitala organ nere. Helt kan emellertid sådana fall inte elimineras. Så fint justerade kan inte inklusionskriterierna vara vid våra transplantationskliniker.

I de fall prioriteringar måste komma till stånd bör de alltså ske med hänvisning till *nyttoprincipen*. Att sådana prioriteringar kan komma att göras bör patienter informeras om då de sätts upp på väntelistan för transplantation, lika väl som de som inte sätts upp på listan har rätt att få veta varför.

Öppenhet enda utvägen

Är en sådan öppenhet försvarlig? Varje annan hållning är oförsvarlig. Det fanns en tid då patienternas förtroende för sjukvården (i den mån de hyste ett sådant) byggde på en oinskränkt tillit till doktorn. Denne kände patientens behov bättre än patienten och förväntades handla med patientens bästa för ögonen.

Den tiden är förbi. Dagens patient är kritisk och anser sig i många avseenden (på goda grunder) veta bättre än doktorn vad som är bra för henne. Hon är också medveten om att alla hennes behov inte kan tillgodoses inom sjukvården.

Då är det inte möjligt att lita blint på doktorn. En förtroendekris för sjukvården blir följd. Utvägen ur denna är just öppenhet. Varje beslut skall motiveras, så att grunderna för det kan ifrågasättas.

Litteratur

1. Tännsjö T. Vårdetik. (2:a reviderade och utvidgade upplagan). Kapitel 5. Stockholm: Thales, 1993.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19