

# HUR FÖRDELAR MAN ORGAN RÄTTVIST?

**Principen om största möjliga nytta för patienten är en klok princip men överensstämmer inte med utilitarismen eller nyttoetiken. Enligt denna bör alla berördas nytta vägas in. Därmed begränsas utilitarismens anspråk på att tillhandahålla svaren på vårdens etiska frågor.**

I Läkartidningen 3/96 diskuterar Torbjörn Tännsjö på vilka grunder man bör fördela organ. Hur man skall fördela då tillgången är begränsad är en stor och viktig fråga som rätt länge har diskuterats inom vården – och då har det förvisso inte bara gällt resursknapphet i fråga om organ [1]. En viktig etisk aspekt på prioriteringsfrågorna är problemet vad som utgör en rättvis fördelning [2].

Tännsjö diskuterar fyra olika tänkbara rättvisepprinciper: *nytta, jämlikhet, förtjänst och rättigheter*. Som den nyttoetiker (utilitarist) han är, rekommenderar han inte oväntat nyttoprincipen.

## Rätten till organ

Det Tännsjö har att säga om fördelning efter rättigheter förefaller mig besynnerligt. Enligt honom innebär rättighetsprincipen att individen äger sin kropp och sina organ, och det individen äger kan hon »förfoga över, sälja, ge bort» osv, men »ingen kan i någon annans intresse påtvingas en omfördelning av äganderätter». Denna rättighetsprincip avvisar Tännsjö. Till detta finns flera kritiska frågor att ställa.

För det första. Anser Tännsjö verkligen att människor *skall* kunna påtvingas omfördelningar av sina organ? Skall staten ha rätt att omfördela organ mot individens vilja? Så långt tror jag de allra flesta av oss skulle acceptera rättighetstanken, att vi menar att varje individ

själv måste få bestämma om hon i livet eller efter döden vill lämna ifrån sig organ.

För det andra. Om utgångspunkten för resonemanget är att det finns ett disponibelt organ att fördela – då förstår jag inte vad rättighetstanken har att säga om hur det skall fördelas.

Rättighetstanken kommer däremot in då det gäller frågan hur organ blir disponibla. Rättighetstanken är, så vitt jag förstår, en restriktion (och en ganska rimlig sådan) på hur vi kan komma åt organ. Men den är knappast en fördelningsprincip.

## Fördelning efter nytta

Tännsjö förordar att man skall fördela så att det ger största möjliga nytta för patienten själv. Det tror jag är en klok princip som är väl förankrad i läkaretiken. Men det är ingalunda en princip som stämmer överens med utilitarismen eller nyttoetiken. Enligt den bör man se till alla berördas nytta.

Det skulle innebära att man ser till nyttan för stat och kommun, firma och arbetsplats, nytta i form av produktionsförmåga och skattekraft och så vidare. Dvs vad man skulle kunna kalla sidoeffekter i förhållande till effekterna för patienten själv.

En sådan nyttokalkyl tror jag är främmande för den traditionella läkaretiken. Tännsjö anser att »i princip är det inget som utesluter att vi också bedömer nyttan av organet för andra än patienten». Men det är en »lämplighetsfråga», och det är »kontroversiellt» vad som är samhällsnytta.

Jag förstår Torbjörn Tännsjös tvekan, och jag tycker den belyser mycket väl nyttoetikens stora begränsning inom vården. Utilitarismens anspråk på att tillhandahålla svar på vårdens alla etiska problem håller inte.

## Ålder som prioriteringsgrund

Är ålder en moraliskt relevant grund för fördelning av organ, eller av vård i allmänhet? Tännsjö menar det, och jag är beredd att hålla med honom. »Allt annat lika», som det heter, finns det vis-a-vis skäl att ge den yngre företräde. Det kan handla om att den äldre levtt sitt liv

## DEBATT

*”Ålder är bara en faktor bland många andra som har moralisk relevans för fördelningsbeslut. I den verkliga beslutssituationen väger läkaren in en mängd individuella faktorer.”*

och fullföljt sina livsplaner [3] och att den äldre har chans till färre återstående goda levnadsår [4].

Jag håller med Tännsjö i princip. Men nu är det viktigt att skilja mellan principiella moraliska kriterier och verkliga moraliska beslut.

Ålder är ett moraliskt relevant kriterium. Dvs allt annat lika är ålder avgörande. Men går vi från kriterieplanet till beslutsplanet blir slutsatsen en helt annan. Här är några av skälen till detta.

1. Ålder är ett mångtydigt begrepp. När vi talar om ålder och åldrande tänker vi i regel inte bara på kronologisk ålder utan också på biologisk, social och subjektivt upplevd ålder.

2. Håller vi oss till begreppet rent kronologisk ålder, så är det ett mycket trubbigt mätinstrument. Det finns förstås bara statistiska samband mellan kronologisk ålder och biologisk och social status. I det individuella fallet på vårdgolvet blir det bara fråga om en grov tumregel.

3. Ålder är bara en faktor bland många andra som har moralisk relevans för fördelningsbeslut. I den verkliga beslutssituationen väger läkaren in en mängd individuella faktorer.

4. Den vägningen sker förmodligen på ett intuitivt, men därför inte reflekterat sätt. Det grundar sig på lång erfarenhet, »klinisk blick», inövning i läkaryrkets etik – och läkaretiken sådan den lever i kåren idag stämmer inte helt och hållet överens med nyttoetiken [5].

5. Beslutet sker i dialog mellan läkare och patient.

Min slutsats av detta blir, att ålder i princip är en moraliskt relevant prioriteringsgrund, men att ålder måste användas med största försiktighet som grund

## Författare

GÖRAN LANTZ

föreståndare för Ersta vårdetiska institut; adjungerad professor i vårdetik.

Replik:

## Moraliska rättigheter går längre än juridiska

Göran Lantz röjer i sitt svar på min artikel okunnighet om en tanketradition, som spelat stor roll både internationellt och i vår svenska debatt, under de senaste två decennierna.

Man kunde kanske tycka att det är något charmerande med denna okunnighet, då det rör sig om en mycket obehaglig tanketradition, men jag tror det är viktigt att ta också obehagliga tankar på allvar. Därför ska jag kort utveckla mitt resonemang.

Den lära Lantz förklarar sig inte förstå, eller åtminstone inte förstå hur den spelar roll i sammanhanget, är en lära om moraliska rättigheter. Vad går den ut på?

Det är uppenbart att vi alla har vissa *juridiska* rättigheter, garanterade i lag. De flesta vill nog också medge att vi kan ha rättigheter i meningen att vi bör åtnjuta visst skydd av lagen.

Jag håller t ex med Göran Lantz om att lagen bör skydda oss så att våra organ inte kan tas till vara för transplantationsändamål, utan vårt samtycke. Men detta har intet med någon lära om moraliska rättigheter att skaffa. Enkla nyttskäl talar för en sådan lagstiftning.

### Inget självklart förkastande

Vad kännetecknar då en lära om moraliska rättigheter? Jo, den ser rättighetsbegreppet som fundamentalt. Det är *därför* att vi har vissa moraliska rättigheter, t ex till vår kropp och egendom, som lagen bör garantera vår fysiska säkerhet och vår egendom. En sådan lära

för faktiska beslut. Den lämpar sig knappast ens som grov tumregel, än mindre som fastlagd princip för prioriteringar på vårdgolvet.

### Litteratur

1. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. SOU 1995:5.
2. Lantz G. Rättviseargumentet är viktigt i vårdpolitiken. Prioriteringar och etik inom vården. Umeå: Västerbottens läns landsting, 1991.
3. Callahan D. Setting limits; medical goals in an aging society. New York: Schuster, 1987.
4. Persson I. Människovärde. Filosofisk Tidskrift 1986:1.
5. Lantz G. Två slags etik. Mot en caritativ värdeetik (utg Katie Eriksson). Reports from the Department of Caring Science 1995:5. Åbo: Åbo Akademi 1995.

förkastade jag i min artikel. Men förkastandet är inte självklart.

Lantz tror inte att en lära om moraliska rättigheter kan tillhandahålla en fördelningsprincip. Men om min fysiska integritet ska skyddas av lagen *därför att jag äger mig själv och min kropp*, så måste skyddet – om det ska ha någon substans – tillåta mig att göra vad jag vill med mig själv och min kropp (så länge jag inte aktivt skadar andra).

Jag måste ha rätt att t ex sälja mina organ, medan jag lever, till ett försäkringsbolag, som förmedlar dem till högstbjudande, för den händelse jag skulle drabbas av hjärndöd.

Vad är felet med denna lära? Min främsta invändning mot den är moralisk. Läran ger oss moralisk tillåtelse att låta bli att hjälpa andra i nöd, också då det skulle kosta oss väldigt lite (ja, inget alls) att hjälpa dem. En sådan lära kan inte vara riktig.

### Goda konsekvenser

Anhängarna av läran brukar emellertid, paradoxalt nog, hävda att efterlevnaden av läran faktiskt får riktigt bra konsekvenser (som om de brydde sig om konsekvenserna!). Får vi t ex en marknad för organ för transplantationsändamål (vilket vi är på väg att få, internationellt sett) får vi ett större utbud. Marknadens osynliga hand ser till att behoven tillgodoses på bästa sätt.

Det spelar ingen roll, skulle jag säga. Läran är ändå moraliskt förkastlig. Och stämmer det, för övrigt? Jag tror inte det. Studier av det amerikanska respektive det brittiska systemet för hantering av blod för transplantationsändamål har antytt att marknadslösningar knappast leder till ett större utbud.

Marknaden medför att vissa, som inte ville ge sitt blod, säljer det, men samtidigt slutar andra, som var beredda att ge sitt blod, att bidra. Kvaliteten på blodet blir också sämre om det köps från dem som är i desperat behov av att sälja. Något liknande torde kunna komma att hända om en marknad för organ blir en verklighet.

### Komplex fråga värd att diskutera

Det finns också risk att marknadslösningar, i ett samhälle som präglas av stora ojämlikheter och orättvisor, inte alls leder till att de som har det starkaste behovet också får det tillfredsställt. När det gäller hanteringen av organ för

transplantationsändamål tror jag risken är överhängande att marknadslösningar medför slöseri med organ.

Vi bör alltså säga nej till marknadslösningar, trots att vårt nej inte (direkt) kan sägas gynna vare sig dem som vill sälja sina organ eller dem som vill köpa dem. Men frågan är komplex. Diskussionen bör gå vidare.

Torbjörn Tännsjö

## Tännsjö, etik och verkligheten

I Läkartidningen 3/96 redogör Torbjörn Tännsjö för en del synnerligen teoretiska resonemang kring transplantationsetik. Det mest anmärkningsvärda är att Tännsjö helt bortser från transplantationsimmunologiska överväganden och inte heller försöker beskriva praxis ur ett etiskt perspektiv.

Något tillspetsat skulle rådande praxis kunna beskrivas som att den behövande individ som erbjuder transplantatet bäst överlevnadsmöjligheter, och därmed också möjligheten att vara till störst nytta, erbjudes detta. Idealt kan därför praxis ses som resultatet av konsekvensetiska bedömningar som åtminstone här bör överensstämja med Tännsjöns nyttomoral.

Att utfallet blir delvis slumpberoende är ofrånkomligt om tillgängliga organ skall bli till största möjliga nytta. Huruvida denna slumpens roll i våra liv kan ses som orättvis eller oetisk är nog främst en lägningsfråga.

Göran Bolin

överläkare,  
psykiatriska kliniken  
Härnösands sjukhus