

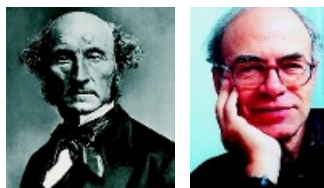
# Etik, prioriteringar och värdegrund

Prioriteringsdiskussioner sker ofta ur ett nyttoperspektiv. Det är en bräcklig grund för etik och prioriteringar. I stället bör en mer sammansatt värdegrund baserad på dygdetik användas, skriver distriktsläkare Göran Waller.

Läkartidningens spalter och i dagspress har de senaste månaderna diskuterats etiska frågeställningar. De har rört läkarassisterat självmord [1-4], avslutad respiratorbehandling hos spädbarn [5] och prioriteringsmodeller i Östergötland och Västerbotten [6, 7]. Statens medicinska råd har kritiserat Prioriteringscentrums (PC) jämfällande av behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen [8].

Ämnena kan tyckas spretiga att kommentera i ett inlägg. Om man emellertid tar ett steg tillbaka och betraktar diskussionen utifrån ett mer distanserat värdeestetiskt perspektiv framträder några intressanta aspekter. Bakom inläggen ligger tydligt åtskilda filosofiska och begreppsskilda etiska system.

**PC:s värderingsgrund** består av ett utilitaristiskt perspektiv. Utilitarismens huvudprincip är största möjliga nytta till störst antal personer. I historisk tid är John Stuart Mill (1806–1873), brittisk filosof och ekonom, förgrundsgestalt i denna moral-filosofiska riktning. I modern har den kontroversielle professorn i praktisk filosofi i Melbourne, Peter Singer, utvecklat utilitarismen ytterligare och betonat att det sammanlagda välbefinnandet hos



John Stuart Mill är förgrundsgestalt för utilitarismen. I nutid har den kontroversielle professorn Peter Singer utvecklat den.

alla kännande varelser bör bli så stort som möjligt.

Utifrån dessa värderingar har han värderat friska djurs rättigheter i förhållande till sjuka och handikappade människors värde. Peter Singer har väckt starka känslor hos handikapporganisationer världen över.

**PC arbetar**, liksom andra utilitaristiskt inriktade hälsoekonomiska instanser, med begreppet QALY (quality adjusted life years). I utilitarismens anda försöker man med hjälp av en matematisk formel kvantifiera kostnaden för en medicinsk behandlingsmetod i form av vunna levnadsår. Levnadsåret som medvetlös anses mindre värt än levnadsåret vid andra grader av medvetandenivå; levnadsåret som handikappad räknas som mindre värt än ett funktionsmässigt ogravverat år. Därmed läggs en grund för att kvantifiera och beskriva kostnadseffektiviteten i olika behandlingsmetoder.

Socialstyrelsens etiska plattform är mer delad, vilket framgår av publikationen »Prioriteringar i hälso- och

sjukvården« [9]. Socialstyrelsen förefaller i förstone vara starkt influerad av den kunskapsyn och värderingsgrund som PC arbetar efter. Det är förstaeligt, eftersom PC:s värderingar och räkneexempel vid en ytlig anblick förefaller rationellt grundade. Emellertid tycker jag mig ana en högre insikt hos Socialstyrelsen. Måhända tillåter inte sjukvårdens komplexa värld och verklighetens sammansatta natur att man frigger sig från andra, visserligen inte lika rationella men dock påtagliga, verkligheter som politik, sjukvårdens på tradition förankrade förhållningssätt och det allmänna värderingsklimatet i samhället? Socialstyrelsen kan inte ge PC fullt godkänt för dess ändringsförslag till prioriteringsordningen.

**Ansvarsprincipen** som PC vill lansera, det vill säga att sjukvårdens arbete med personer med ohälsa orsakad genom ett onödigt och medvetet risktagande bör rangordnas lägre än annan ohälsa, avvissas av Socialstyrelsen. Det visar, menar jag, att Socialstyrelsen står för en mer sammansatt, pragmatisk etisk hållning, visserligen med dragning till rationaliteten och utilitarismen i PC, men där även andra relevanta faktorer läggs i vågskålen.

Är den rationalistiska, utilitaristiska vägen den enda? Är nyttoetik och konsekvensetik de enda vägar som står till buds för att föra en diskussion om etik och prioriteringar?

I debatten om läkarassisterat självmord och palliativ

**»Är nyttoetik och konsekvensetik de enda vägar som står till buds för att föra en diskussion om etik och prioriteringar?«**

**»Den viktigaste komponenten i ett prioriteringsarbete är det förhållningssätt och de dygder vi skapar tillsammans.«**

vård för Jan-Otto Ottosson, professor i psykiatri, i en annan etisk värdegrund. Han för ett logiskt, på erfarenhet byggt resonemang om dödsönskan, suicidnära personligheter, cancersjukdom och depressivitet. »Varje människa har rätt att ta sitt liv, men enligt den medicinska yrkes-etiken ska vården stå i livets tjänst«, säger Jan-Otto Ottosson, och fortsätter: »Det blir motsägelsefullt om vården samtidigt vill både minska och öka självmorden ... « [1].

Det är med andra ord inte förenligt med läkares eller sjukvårdens förhållningssätt att tillhandahålla läkarassisterat självmord som utväg för att lösa sjukvårdsproblem, enskildas dödsönskan eller terapeutisk uppgivenhet.

Den plattform som Ottosson tycks basera sitt synsätt på är ett inövat och av ålder och livserfarenhet baserat förhållningssätt, det vill säga snarast en dygdetik.

**Här ovan har jag gett** exempel på två olika etiska värdegrunder som är väl identifierade i klassisk etisk-filosofisk reflektion. Den etik som bygger på av tradition och erfarenhet inövade förhållningssätt/dygder är den äldsta. Redan de gamla grekerna med stoikerna i spetsen identifierade en dygdetik. Resonemanget bakom är att världen i sin komplexitet är så svåröverskådlig att den enda rimliga etiken är att inöva vissa grundläggande sätt att vara – dygder – till livet och existensen.

»Enligt dygdetiken är tillvaron så komplicerad att det



GÖRAN WALLER  
distriktsläkare,  
Grytnäs vårdcentral  
goran.waller@nll.se

inte är möjligt eller lämpligt att låta vårt handlande vägledas av några enkla moraliska principer. Målet för den etiska fostran bör i stället vara att hos individen uppamma olika dygder, det vill säga benägenheter att i situationer av olika typer handla på ett moraliskt oklanderligt eller riktigt sätt« [10].

Detta sätt att etiskt värdera och reflektera är sannolikt väl förankrat även i ett samhälle som det nutida svenska. Sjukvårdens dygdetik framhålls, menar jag, i orden »Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det



Det dygdetiska tänkesättet har fått förnyad aktualitet genom Alasdair MacIntyre.

främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud« [11]. Det dygdetiska tänkesättet har fått förnyad aktualitet inom universitetsämnet etik genom Alasdair MacIntyre [12].

**Det nyttoetiska eller** utilitaristiska tänkesättet fick sin främste företrädare i John Stuart Mill. Det uppkom under upplysningstiden samtidigt med en stark tilltro till förnuftet.

De som genom åren riktat kritik mot utilitarismen invänder att det är utsiktslöst att tro att man skulle kunna få kontroll och överblick över framtida konsekvenser av nutida handlingar. Den konsekvensetiska ekvationen är helt enkelt för komplex för att kunna lösas. Den är dessutom för endimensionell för att accepteras.

Det visar sig också, menar jag, i det mottagande som utilitaristen Peter Singers ställningstaganden fått, eller i de diskussioner som utbryter kring vår svenske exponent för samma riktning, professorn i praktisk filosofi, Torbjörn Tännsjö.

Måhända är det samma insikt som fick läkarföreningens ordförande i Östergötland, Stig-Eric Åström, att offentligt uttrycka sin skepsis kring prioriteringsförslagen år 2003 [13]?

**Skulle då ett dygdetiskt synsätt kunna användas inom**

**»Det verkliga prioriteringsarbetet måste ske i ständiga diskussioner och utifrån sjukvårdens praktik och verklighet.«**

sjukvården? Det gör det redan, menar jag, men vi är kanske inte vana att se det så och att använda de termerna. Men en ökad teoretisk och etikhistorisk insikt skulle kunna hjälpa oss att se den bräckliga grund som de till synes rationella utilitaristiska resonemangen vilar på.

Om konsekvensetik och nyttoetik är en omöjlig ekvation att få ihop på livets och samhällets andra områden, varför skulle den fungera på sjukvårdens område? Etik och förhållningssätt är något som vi tillsammans skapar och upprätthåller i ett komplext samspel mellan vad vi vill, våra visioner, det möjliga, och det praktiska uppnåbara.

Jag tycker det är bra att PC gör sitt arbete. Utilitaristiska argument är viktiga i debatten, men är inte de enda giltiga aspekterna på prioriteringar eller värderingar.

Håll  
ögonen  
öppna  
i oktober ...

Den viktigaste komponenten i ett prioriteringsarbete är det förhållningssätt och de dygder vi skapar tillsammans. Nyttoberäkningar av olika behandlingsmetoder kan, om de är välgjorda, hjälpa oss att avgöra vilken behandlingsmetod vi i första hand ska välja vid en viss åkomma. De kan aldrig ut-

göra grund för prioriteringar i vidare bemärkelse. Frågan är om PC vill betrakta sin insats på detta mer anspråkslösa sätt.

**Det verkliga** prioriteringsarbetet måste ske i ständiga diskussioner och utifrån sjukvårdens praktik och verklighet. Så sker redan i

dag. Argument byggda på QALY, formaliserat tänk- arbete i kommittéer där patienter av kött och blod inte finns med, måste ses för vad de är: blygsamma inlägg i en viktig och spännande diskussion.

Den diskussionen handlar framför allt om förhållningssätt till oss själva, till

sjuka och funktionshindrade människor, och till samhället. Alla har rätt att göra sin röst hörd. Folkvalda församlingar anslår skattemedel till sjukvårdssektorn utifrån gemensamt fattade beslut. Därför handlar diskussionen också om vårt förhållande till vårt demokratiska styrelseskick.



Foto: Riksdagen/Melker Dahlstrand

Diskussionen om prioriteringar handlar också om vårt förhållande till våra folkvalda, till vårt demokratiska styrelseskick.

**REFERENSER**

1. Ottosson JO. Läkarsisterat självmord – risk för avhumaniserad vård. Läkartidningen. 2009; 106:9-10.
4. Engqvist M, Hultling C. Borde läkare ha avkortat våra liv? Svenska Dagbladet (14 december 2008) [http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/artikel\\_2198911.svd](http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/artikel_2198911.svd)
5. Läkare häktad för dråp. Dagens Nyheter (6 mars 2009) <http://www.dn.se/sthlm/lakare-haktad-for-drap-1.814676>
6. Ohlin E. Vårdprioritering. »Svart lista« politiskt tabu. Läkartidningen. 2008;105: 1160-2.
8. Lövttrup M. Även SMER kritiserar förslag till nya vårdprioriteringar. Läkartidningen. 2009;106:571.
9. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten »Vårdens alltför svåra val«. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
10. Dygdetik. Nationalencyklopedin (11 mars 2009). • Lång\* <http://www.ne.se/artikel/157751> \*Kan endast nås av inloggande abonnenter.
11. Läkarens etiska regler. Sveriges Läkarförbund; 2007.
12. MacIntyre A. Whose justice? Which rationality? Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1988.
13. Hedbäck S. Läkarföreningen i Östergötland tveksam till prioriteringslistan. Läkartidningen. 2003;100:3578.

... för då kommer det en ny tidning

Hälsa&Vetenskap

– ett populärvetenskapligt magasin från Läkartidningens förlag

