

TIDSKRIFT FÖR POLITISK FILOSOFI
NR 2 2010 | ÅRGÅNG 14

Bokförlaget THALES

Karl Persson

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN är en verksamhet med konstant brist på resurser. Ett skäl till detta är att antalet livsstilsrelaterade sjukdomar ständigt ökar i omfattning.¹ Sex av tio faktorer som bidrar till den globala ohälsan är livsstilsrelaterade och en tredjedel av all ohälsa har sin grund här (WHO 2002). Fetma är ett av de tillstånd som har sin grund i vår livsstil och kan betraktas som både ett sjukdomstillstånd och något som orsakar, samt ökar risken för, en mängd andra för vården kostnadskrävande sjukdomar.

En behandling mot fetma är kirurgi. På sjukhus runt om i landet där dessa ingrepp görs hotar de nu att i allt större utsträckning tränga ut annan behandling.² Något som uppmärksammats under senare tid är att det inte gjorts någon strukturerad legal eller moralisk utvärdering av denna kirurgi, varför jag kommer att utföra en sådan här.³ Mer konkret kommer jag i denna artikel att argumentera för att dessa operationer bör ges en hög prioritet. Skälen kommer både att vara lagliga och moraliska där jag redogör för de olika skälen i tur och ordning.

Vad säger lagen om en hög prioritering av obesitaskirurgi?

I SVERIGE SKALL prioriteringsarbetet enligt lag styras av de principer som finns i den etiska plattformen: Människovärdesprincipen, Behovs- eller Solidaritetsprincipen samt Kostandseffektivitetsprincipen.⁴

Enligt Människovärdesprincipen har alla människor i kraft av sitt lika värde samma rätt till hälso- och sjukvårdens resurser oberoende av *personliga egenskaper* och *funktioner i samhället*. Detta exemplifieras med att vi inte får ge en individ hög eller låg prioritet enbart i kraft av att de har en viss etnicitet, livsstil, ålder, eller dylikt. En äldre person får alltså inte prioriteras ner till förmån för en yngre enbart i kraft av att den är äldre. En överviktig person får i och med detta inte heller prioriteras ner för att den är överviktig eller för att den har haft en livsstil som har gjort den överviktig.

Behovs- eller Solidaritetsprincipen är egentligen två principer varav endast behovsprincipen är relevant här. Denna säger att de *individer eller verksamheter* med störst *behov* är de som skall tilldelas hälso- och sjukvårdens resurser. De med störst behov är de med sämst livskvalitet och/eller hälsa.⁵ Vad som menas med livskvalitet är oklart men det har att göra med vår psykiska, fysiska och sociala status.⁶ Att kunna röra sig obehindrat, ha fungerande relationer, ha möjlighet till sexuell aktivitet, och så vidare, är viktigt för en god livskvalitet. Den egna subjektiva bedömningen av den egna livskvaliteten spelar också stor roll. Om en person är helt och hållet nöjd med sitt liv trots att den till exempel inte har några vänner är det inte säkert att frånvaron av vänner sänker dennes livskvalitet.

Vad som menas med hälsa och sjukdom är också oklart och det är svårt att skilja »hälsa och sjukdom» från »livskvalitet». Men det man verkar mena med sjukdom är psykiska, fysiska och sociala tillstånd där till exempel en biologisk rubbning i form av en förändring av organens struktur har inträffat och medfört lägre livskvalitet eftersom den till exempel har givit upphov till lidande eller funktionsnedsättningar av olika slag. Dessa rubbningar kan också ses som ett tecken på dålig hälsa om de leder till en förtidig död eller livskvalitetsrelaterade problem på sikt.⁷ Återigen, vad hälsa/sjukdom och livskvalitet är och hur dessa går att skilja åt är inte helt klart, men det är nog ändå tillräckligt klart för att man skall kunna säga något allmänt om vilken prioritering fetmakirurgi bör ha i vården. Det är vad som är syftet med denna artikel. Behovets storlek får man fram genom en sammanvägning av statusen på hälsan och livskvaliteten.

Att de flesta individer som lider av fetma enligt dessa kriterier har ett stort *behov* av *obesitaskirurgi* verkar självklart. Först och främst leder fetma till dålig hälsa och stora risker för än sämre hälsa i framtiden.⁸ Studier har visat att ett BMI överstigande 32 ger en för kvinnor tre gånger och för män fem gånger ökad risk för att avlida i en hjärt- och kärlsjukdom i jämförelse med en normalviktig. Högt blodtryck är tre gånger så vanligt hos personer med övervikt i jämförelse med normalviktiga, förstoring av vänster hjärtkammare och

hjärtsvikt är också vanligt.⁹ Fetma ökar också risk för typ 2 diabetes (åldersdiabetes). Vid höggradig fetma har man visat att risken är 40 gånger högre i jämförelse med en normalviktig. Diabetes hänger i sin tur samma med ett ökat antal sjukdagar, kontinuerlig insulinbehandling resterande delen av livet, följsjukdomar, med mera.¹⁰

Övervikt orsakar också låg livskvalitet.¹¹ Vi såg ovan att man med livskvalitet menade vår psykiska, fysiska och sociala status. Att kunna röra sig obehindrat, ha fungerande relationer, ha möjlighet till sexuell aktivitet, var viktigt för en god livskvalitet. Den egna subjektiva bedömningen av den egna livskvaliteten spelade också stor roll. Man har till exempel visat i en jämförelse mellan normalviktiga och människor som lider av fetma, där skillnaderna uttrycks i effektstorlekar »trivial och liten» (0 till <0,5), »moderat» (0,5 till <0,8) och »stor» (>0,8), att de obesas psykosociala problem är *stora* i jämförelse med den normalviktiga populationen, att deras totala funktionsnedsättning är *stor*, att nedsättningen av den sociala interaktionen är *moderat*, av hälsan *stor*, av stämningsläget för män *moderat* och för kvinnor *stor*, att förekomsten av depression för män är *moderat* och för kvinnor *stor*, att nedsättningen av den globala skattningen av livskvaliteten hos män är *moderat* och hos kvinnor *stor*, och så vidare.¹²

Man har också visat att människor med grav övervikt har samma psykiska välbefinnande som personer med kroniska sjukdomar, förlamning och i inledningsskedet då människor drabbats av ryggmärgsskador.¹³ Personer med fetma har dessutom ett lägre psykiskt välbefinnande än personer med allvarliga former av cancer, både där man precis har överlevt och i fall där canceren har återkommit, och så vidare. Allt detta understryker förstås den låga nivån av livskvalitet för personer som lider av fetma. Dessa stora skillnader mellan normal- och överviktiga kan vidare förklaras genom att obesa diskrimineras, att de har svårare att hitta en partner, att de har svårt att aktivera sig fysiskt, att olika hormonella system sätts ur spel, att de upplever sig som oattraktiva, och så vidare.¹⁴

Att obesitaskirurgi har extremt god effekt i termer av viktnedgång har bland annat visats i en av de största och längsta longi-

tudinella icke-randomiserade studier på behandling av övervikt som gjorts i världen, vilket är den svenska SOS-studien (Swedish obese subjects). Man utgick från en registergrupp på 2010 överviktiga personer, där BMI hos män var >34 och hos kvinnor >38, vilka kunde tänka sig att genomgå kirurgi. I denna studie har man visat att obesitaskirurgi både på kort och lång sikt leder till betydligt lägre kaloriintag och en kraftig viktminskning (jfr Sjöström et al. 2004, Rydén & Torgeson 2006, Sjöström et al. 2007, Sjöström 2008, Sjöström et al. 2009).¹⁵

De första ett till två åren gick patienten i genomsnitt ner 32% i vikt (Sjöström et al 2007). Efter tio år hade de opererade gått upp något men viktneigången var fortfarande substantiell och låg på 25%, och efter 15 år var viktminskningen ungefär densamma som vid 10 år (Sjöström 2008: 95). Enligt samma studie förbättrades individernas hälsa och livskvalitet markant efter det att man gått ner i vikt och de flesta av dessa öknings har även visat sig hålla i sig på sikt. Ju mer vikt man förlorar, desto starkare blir den positiva effekten på livskvaliteten.¹⁶

Som jämförelse kan man använda resultaten man fått i samma studie av de konventionella behandlingsformerna av fetma, där man ger kost och motionsråd samt ibland olika former av beteendeterapi. Första året gick man i gruppen med konventionell behandling maximalt ner med 1% +/- 6% i vikt (Rydén & Torgeson 2006: 552). Efter två år hade vikten stabiliserats och efter tio år hade man istället gått upp med 1,6% +/- 12% i vikt. Konventionell behandling är med andra ord inte på något enkelt sätt ett effektivt åtgärds paket man kan rikta mot patienter som lider av fetma om syftet är att bli av med densamma.¹⁷ De som gått ner i vikt och sedan återvänt till den initiala vikten får dessutom en betydligt lägre livskvalitet än de hade innan behandlingen påbörjades. Detta beror antagligen på att de har förlorat känslan av att ha kontroll, vilket de kunde lura sig själva att de hade innan de försökte gå ner i vikt.

Kostnadseffektivitetsprincipen säger att »vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträ-

vas».¹⁸ Det hela är återigen ganska oklart men en tolkning skulle kunna vara att om vi har att välja att satsa våra resurser på två behov som är lika stora (detta eftersom behovsprincipen måste vara uppfylld) skall vi välja att satsa resurserna där de gör störst nytta i termer av livskvalitet per krona. Om till exempel två behandlingar mot övervikt kostar lika mycket, men den ena har en betydligt mer gynnsam effekt, bör vi välja denna.

Att obesitaskirurgi är en kostnadseffektiv behandlingsform håller de flesta med om. Komplikationerna är få, effekterna av behandlingen är goda och behandlingen är inte särskilt kostnadskrävande.¹⁹ En av de senare studierna som gjorts på detta område bekräftar detta påstående ytterligare (Salem et al. 2008). Resultatet från denna studie beräknas utifrån kostnaderna för operationerna i USA. Enligt beräkningar som gjorts är kostnaderna för operationerna billigare i Sverige vilket gör behandlingen än mer kostnadseffektiv.²⁰ Om man skulle jämföra kostnadseffektiviteten vad gäller obesitaskirurgi med behandling av andra svåra skador såsom ryggmärgsskador skulle det förra många gånger visa sig vara mer kostnadseffektivt i och med att det ger ett så gott resultat för en relativt låg penning.

Slutsats vad gäller lagen

SLUTSATSEN AV ALLT detta är att vi enligt lag i Sverige idag bör ge obesitaskirurgi hög prioritet, antagligen lika hög som behandling av olika former av cancer eller allvarliga skador på nacke och rygg. Eftersom det inte finns någon evidens för att konventionella behandlingar är effektiva på sikt ger detta också vården ett skäl att inte erbjuda dessa behandlingsformer i någon större utsträckning och istället erbjuda kirurgi.

Vad säger moralen om en hög prioritering av obesitaskirurgi?

DET FINNS FÖRSTÅS en mängd olika grundläggande normativa uppfattningar som säger något om vad som är rätt och fel rörande en hög prioritering av operativa ingrepp mot fetma. De vanligaste teorierna som används i prioriteringsdebatten är av vad jag har sett

utilitarism, egalitarianism samt olika idéer om ansvar. Att vi har både egalitära samt utilitaristiska skäl för obesitaskirurgi verkar självklart. Detta eftersom man som överviktig har en väldigt låg livskvalitet i jämförelse med övriga befolkningen samt att livskvaliteten ökar markant av kirurgi. Det finns emellertid åtminstone två invändningar som en utilitarist måste ta hänsyn till.

Den första är att en hög prioritering av obesitaskirurgi skulle ge människor incitament att strunta i att äta sunt och motionera, vilket i sin tur skulle ge fler överviktiga och större absoluta kostnader för vården.²¹ Om vi får fler överviktiga totalt sett blir de totala kostnaderna högre även om den relativa kostnaden för att behandla de som finns fortfarande är noll. Såvitt jag vet finns emellertid inte några data som tyder på att denna hypotes skulle vara korrekt. Det som skapar övervikt är i hög utsträckning materiell ojämlikhet, tillgång till socker- och fettrik föda i kombination med ekonomiska medel att köpa dessa, sociala nätverk, och så vidare (jfr till exempel Marmot 2004, Wilkinson 2005).²²

Den andra tänkbara invändningen är att allmänheten inte skulle acceptera denna sortens prioritering och att förtroendet för sjukvården på grund av det skulle sjunka. Detta är förstås möjligt men med en tydlig beskrivning av den livskvalitet de obesa har samt den svårighet de har att bli av med övervikten är det mycket möjligt att förtroendet tvärtom blir högre. Vidare verkar det rimligt att frågan om obesitaskirurgi inte skulle ha en så stor effekt på förtroendet för hälso- och sjukvården i det stora hela, vilket gör att denna invändning inte borde ha någon relevans för hur prioriteringarna i detta fall bör göras.²³ Slutsatsen av allt det som sagts är att givet den kunskap vi har idag bör vi ge obesitaskirurgi hög prioritet om vi vill maximera nyttan.

Diskussionen kring det egna ansvaret och dess betydelse för resursfördelning inom hälso- och sjukvården samt mellan samhälle och individ har under senare år varit omfattande.²⁴ Tanken är att de som är ansvariga för sin ohälsa bör hållas ansvariga för detta, vilket lämpligen görs genom att de får lägre prioritet än de som inte är ansvariga för sin ohälsa, alternativt att de får betala för sin vård helt själva. För att vara moraliskt ansvarig krävs enligt de flesta filoso-

fer något i stil med att vi är hyggligt rationella, har en relativt god impuls kontroll samt att vi inte är radikalt felinformerade (Dennett 2003: 284).²⁵ Jag kommer här att argumentera för att personer som lider av fetma, samt inte kan bli av med densamma, i allmänhet är ursäktade därför att de saknar impuls kontroll och på olika sätt varit radikalt felinformerade.

Ett skäl till varför vår impuls kontroll kraftigt försämras hänger ihop med hur vår hjärna är konstruerad. När vi upplever en behaglig känsla, genom att äta fet mat, dricka alkohol, äta socker, läsa filosofi, eller vad vi nu upplever som behagligt, utsöndras dopamin i hjärnan, vilket aktiverar belöningssystemet. När belöningssystemet är aktiverat stärks de nervbanor i hjärnan som var aktiva vid samma tidpunkt, vilket ökar sannolikheten för att personen skall upprepa beteendet även i framtiden. Med tiden blir belöningscentret allt mer känsligt just för den specifika sak man upplever som behaglig, vilket gör att just denna blir allt mer belönande, vilket medför att beteendet blir allt mer sannolikt.²⁶

Hos personer med övervikt finns förstås i allmänhet denna sort konfigurationer i hjärnan eftersom ätandet av fett och socker pågått under en längre tid, vilket gör att personerna får en stark tendens att vilja äta fet- och sockerrik föda, vilket undergräver deras förmåga till impuls kontroll, vilket gör att de som lider av fetma i hög grad är ursäktade. Att många som lider av fetma redan har blivit överviktiga som barn stärker förstås denna ursäkt eftersom få, om någon, tror att dessa individer är ansvariga för skapandet av konfigurationerna.²⁷

Här kan man fortfarande invända att de som lider av fetma har tillräcklig impuls kontroll för att vara ansvariga. Man har visat att drogmissbrukare av olika slag har slutat med sitt missbruk när de har funderat över vad de vill med sina liv, när de har fått andra värden i livet, t.ex. när de har fått barn eller ett jobb de upplever som meningsfullt, när de har blivit äldre, och så vidare.²⁸ Detta gör att missbrukare, bara för att de är missbrukare, inte på något automatiskt sätt är ursäktade, vilket i sin tur skulle kunna betyda att »matmissbrukare» inte heller på något enkelt sätt är ursäktade.

Det finns emellertid åtminstone två problem med detta resonemang. Ett är att vi måste äta föda innehållande socker och fett för att överleva, vilket i sin tur gör att en missbrukare ständigt måste vara i nära kontakt med de ämnen hon missbrukar, vilket förstås lättare leder till återfall. Ett annat problem med detta resonemang är att det finns ett starkt socialt tryck mot att äta onyttigheter även om man precis har gått ner en hel del i vikt, vilket inte finns i fallet med drog- eller alkoholmissbruk. Att bjuda en alkoholist på alkohol (»du kan väl ta *ett* glas») är inte kutym, medan att bjuda en person som har gått ner vikt i många fall är det (»du kan väl unna dig en kaka nu när du gått ner så mycket och varit så duktig»). Utöver detta är sockerrik föda något man alltid måste konfronteras med i butiker och överallt annars, vilket inte på samma sätt är fallet med vare sig alkohol eller andra droger.

Ett annat skäl till att de som lider av fetma inte är ansvariga för detta är att de är, eller har varit, radikalt felinformerade. Människor kan vara felaktigt informerade på flera sätt. Ett sätt handlar om hur man bör äta för att hålla vikten eller gå ner i vikt.²⁹ Man tror till exempel att en diet på juice gör att man går ner i vikt när det motsatta är fallet. Människor som lider av fetma är dessutom extremt dåliga på att uppskatta hur mycket de äter, särskilt av fet- och sockerrik föda (Lissner 2002). Detta gör det förstås än svårare att hålla sig välinformerad på ett sätt som krävs för att man skall vara ansvarig.

Vidare verkar det ytterst rimligt att säga att de flesta människor i Sverige idag inte känner till att det är extremt svårt att gå ner i vikt med hjälp av konventionella metoder, så svårt att även människor med extremt hög motivation, som de som sökt sig till hälso- och sjukvården för att få hjälp, nästan aldrig lyckas. De flesta tror nog att det krävs en del arbete men att man själv skall klara av det eftersom man är en person som brukar klara av det man förutsätter sig, vilket gör att man tillåter sig själv att bli överviktig. Detta eftersom man tror att fet och sockerrik mat kommer att öka ens livskvalitet, något verkar vara en felaktig trosföreställning.

En invändning mot dessa resonemang skulle kunna vara att man inte alltid är ursäktad för sin okunskap, utan ibland är i besitt-

ning av klandervärd okunskap och i dessa fall är ansvarig för denna okunskap och därmed också härlett ansvarig för denna okunskaps konsekvenser.³⁰ Ett exempel på sådan okunskap är när man vid ett tidigare tillfälle har vetat att man borde fördjupa sig i något men av viljesvaghet inte gjorde det och på grund av detta är felinformerad (FitzPatrick 2007: 591–593).

Jag ser åtminstone ett problem med denna invändning. Det är i högsta grad oklart huruvida individer som har haft en period av viljesvaghet faktiskt skulle ha fått rätt information om hur de bör äta för att gå ner i vikt eller hålla vikten, eller om att det är extremt få som klarar att gå ner i vikt. Det finns en rad felkällor som olika dagstidningar, livsstilsmagasin, viktcoacher, med mera, som kommer med en rad olika bud om hur man bör äta. Detta gör att det inte är helt otroligt att man, efter att ha tagit till sig den information man tror är relevant, fortfarande skulle vara felinformerad. Det verkar inte heller särskilt klart att dessa personer skulle ha insett att de kanske borde ha letat information på andra ställen men av viljesvaghet inte gjorde detta. I vissa fall kan detta säkert vara fallet men i många fall är det nog det inte.³¹

Slutsatsen man kan dra av diskussionen rörande impuls kontroll och felaktig information är att det verkar troligt att många individer som lider av övervikt inte är ansvariga för detta, vilket i sin tur gör att de inte bör hållas ansvariga på dessa grunder.

Slutsats

ALLT TALAR ALLTSÅ för att vi bör ge obesitaskirurgi hög prioritet. I Sverige finns både lagliga och moraliska skäl för att göra detta. Steg har nyligen tagits mot att också göra detta i praktiken. Samtidigt är det långt kvar innan de som har behov får den vår de behöver. Den som lever får se.³²

→

Karl Persson är doktorand i praktisk filosofi vid Göteborgs universitet.

Noter

1 Andra skäl är att hälso- och sjukvård är ett obegränsat gott, att befolkningen i västvärlden bli allt äldre samt att en ständig teknikutveckling ger oss nya behandlingsmetoder (jfr till exempel Arrow 1973, Ubel 2001, Daniels & Sabin 2008).

2 Rörande den totala kostnaden för ett ingrepp kan HTA-rapporten om obesitaskirurgi hittas här: <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA%20Obesitaskirurgi%202008-05-27.pdf>

3 Detta är för övrigt något som uppmärksammats i en rad tidningar och tidskrifter under senare tid. Se t.ex.: <http://www.dn.se/ledare/huvudledare/sjuk-som-sjuk-1.1083062>
<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=13931>

<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/03/10/samarbete-ska-korta-fetmak/index.xml>

4 Se SOU 1995:5, kapitel 10, Prop. 1996/97:60.

5 Se SOU 1995:5, s. 109–111, om behovets grad.

6 Om begreppsutredning av hälsa/sjukdom och livskvalitet se SOU 1995:5 kapitel 9. För en mer grundläggande diskussion kring »hälsa» och »sjukdom» se Brülde & Tengland 2003 och »livskvalitet» se Brülde 2003.

7 Se SOU 1995:5, s.106–109 för en diskussion kring hälsa och sjukdom.

8 Se SBU (2002), Karlsson et al. (2007), Sjöström et al. (2004), Lindroos & Rössner (2007), Sullivan et al. (1993), Rydén et al. (2006), Sjöström et al. (2009).

9 För referenser se till exempel SBU (2002: 34–35).

10 Det finns ytterligare än en mängd andra, och möjligen mindre kända, hälsoproblem som orsakas av fetma. Risken ökar till exempel för en mängd sorters cancer som i livmoder, bröst, äggstockar, bukspottskörtel, lever, njurar och prostata (SBU 2002: 33f).

11 Se SBU (2002: kapitel 6), Sullivan, Karlsson, Rydén i Lindros & Rössner (2007: kapitel 20), Rydén & Torgesson (2006), Karlsson et al. (2007).

12 Se SBU (2002: 39f). Se också Oswald & Powdthavee (2007).

13 Se Sjöström et al. (1993).

14 Se SBU (2002: kapitel 1 och 6), Lindroos & Rössner (2007).

15 Det finns också en mängd andra studier gjorda som visar på samma resultat som SOS-studien, se till exempel Fobi (1993). För en större litteraturoversikt se SBU (2002: 4.6) och Cochrane (Colquitt et al. 2005).

16 För mer om fetma, dess inverkan på vår livskvalitet samt effekterna på livskvaliteten av kirurgi se till exempel Karlsson (2003).

17 Det skulle förstås kunna finnas enskilda konventionella metoder som på längre sikt är effektiva. Problemet är att de flesta studier är nedslående och gjorda på kort sikt. Jfr till exempel SBU (2002).

18 Prop. 1996/97, s.18.

19 Komplikationerna av operationerna beror av klinik men är i Sverige i regel är ganska få, allvarliga komplikationer är på omkring 1–2 %, och risken att avlida till följd av ett kirurgiskt ingrepp är än lägre, omkring 0,15–0,25 % (Sjöström 2008: 596).

20 Se HTA-rapporten från Sahlgrenska i fotnot 2.

21 Mitt resonemang tidigare kring att obesitaskirurgin inte kostade något tog för givet att antalet överviktiga höll sig på en konstant nivå.

22 Man har dessutom observerat att fett smittar (Christakis & Fowler 2007) i meningen att det är betydligt större risk att gå upp i vikt om de runtomkring går upp i vikt. Stämmer detta kan det kanske också vara så att en persons viktnedgång kan skapa en

OBESITASKIRURGI BÖR PRIORITERAS

motsatt spiral, att andra runtomkring går ner i vikt, vilket i så fall skulle tyda på en gynnsam effekt av obesitaskirurgi på omgivningen istället för en negativ som argumentet ovan menade att den skulle kunna ge.

23 Man kan också tänka sig att detta är en fråga rörande öppna kontra slutna prioriteringar, dvs. en fråga om huruvida allmänheten bör få insyn i prioriteringsarbetet eller ej. Om den inte får det kan frågan om prioritering av en enskild behandling inte heller få några effekter på förtroendet hos allmänheten.

24 I den stora utredningen som gjordes på uppdrag av Socialstyrelsen rörande prioriteringsarbetet, Vårdens alltför svåra val (2007), lyftes det personliga ansvaret fram som en möjlig princip. Bland filosofer har så kallade »tur-egalitarianer» drivit linjen att de som är ansvariga för sin ohälsa borde få, åtminstone så länge resurserna är begränsade, betala för denna själva, alternativt får en lägre prioritet (Dworkin 1981, Rakowski 1991, Scruton 2000a, 2000b, Segall 2009). Vanliga människor verkar dessutom anse att huruvida människor är ansvariga eller ej bör ha betydelse i prioriteringsarbetet (Bråkenhielm 1990, Bowling 1996, Dolan et al 1999).

25 Se till exempel Wallace (1994), Fischer och Ravizza (1998) och Persson (2005) för liknande idéer.

26 För en mer specifik diskussion av detta fenomen se Foddy & Savulsecu (kommande). Att hjärnan fungerar på detta sätt även vad gäller »skräpmat» har fått kraftigt stöd i en kommande artikel i Nature (Johnson & Kenny: kommande)

27 Se SBU (2002).

28 Se Foddy & Savulsecu (kommande) för utförliga referenser.

29 Detta är anekdotisk information jag har erhållit från ett flertal som arbetar inom fältet, bland annat som kostrådgivare för människor som lider av fetma.

30 För en diskussion kring denna sorts klandervärdighet se till exempel Zimmerman (1998), Rosén (2003), FitzPatrick (2007), Sher (2009).

31 Det finns förstås andra idéer om klandervärd okunskap men åtminstone de mer kända av dessa, som George Sher (2009), leder fram till samma resultat.

32 Jag skulle vilja tacka det politiska seminariet vid statsvetenskapliga institutionen vid Göteborgs universitet, och särskilt min opponent, Göran Duus-Otterström, samt redaktören för Tidskrift för politisk filosofi, Magnus Jedenheim-Edling, för värdefulla kommentarer på ett tidigare utkast.

Referenser

- ARROW, KENNETH (1973) Some ordinalist-utilitarian notes on Rawls's theory of justice, *The journal of philosophy* 70, (9), s. 245–263.
- BOWLING, ANN (1996) Health care rationing: the public debate. *British medical journal*, 312, s. 670–674.
- BRÛLDE, BENGT (2003) *Teorier om livskvalitet*, Lund: Studentlitteratur.
- BRÛLDE, BENGT & TENGLAND, PER-ANDERS (2003) *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*, Lund: Studentlitteratur.
- BRÅKENHIELM, CARL REINHOLD (1990) *Vård på lika villkor i Vårdens pris*, Stockholm: Verbum förlag.
- CHRISTAKIS, NICHOLAS A. & FOWLER, J. H. (2007) The Spread of Obesity in a Large

- Social Network over 32 Years, *The new england journal of medicine* 357, s. 370–379.
- COLQUITT, JILL L, PICOT, JOANNA, LOVEMAN, EMMA, CLEGG, ANDREW J. (2005) *Surgery for obesity – The Cochrane collaboration*.
- DANIELS, NORMAN & SABIN, JAMES E. (2008) *Setting the limits fairly*, Oxford: Oxford University Press.
- DENNETT, DANIEL (2003) *Freedom Evolves*, New York: Penguin group.
- DOLAN, PAUL, COOKSON, RICHARD, FERGUSON, BRIAN (1999) Effect of discussion and deliberation on the public's view of priority setting in health care: focus group study, *British medical journal* 318, s. 916–919.
- DWORKIN, RONALD (1981) What is equality? Part 2: equality of resources, *Philosophy and public affairs* 10 (4), s. 283–345.
- FÖBI, MATTHIAS A. (1993) Vertical banded gastroplasty vs gastric bypass: 10 years follow-up, *Obesity Surgery*, s. 161–164.
- FODDY, BENNETT & SAVULSECU, JULIAN (kommande) A Liberal Account of Addiction, *Philosophy, Psychiatry and Psychology*.
- FISCHER, JOHN MARTIN & RAVIZZA, MARK (1998) *Responsibility and control: a theory of moral responsibility*, Cambridge: Cambridge University Press.
- FITZPATRICK, WILLIAM J. (2008) Moral responsibility and normative ignorance: answering a new skeptical challenge, *Ethics* 118, s. 589–613.
- JOHNSON, PAUL & KENNY, PAUL J (kommande) Dopamine D2 receptors in addiction like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats, *Nature neuroscience*.
- KARLSSON, JAN (2003) *Health-related quality of life in obesity*, Akademisk avhandling vid Göteborgs Universitet.
- KARLSSON, JAN, TAFT, CHARLES, RYDÉN, ANNA, SJÖSTRÖM, LARS, SULLIVAN, MARIANNE (2007) Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention, *International journal of obesity* 31, s. 1248–1261.
- LINDROOS, ANNA-KARIN & RÖSSNER, STEPHAN (2007) *Från gen- till samhällspåverkan*, Lund: Studentlitteratur.
- LISSNER, LAUREN (2002) New approaches to assessing diets of diverse populations measuring food intake in studies of obesity, *Public health nutrition* 5, s. 889–892.
- MARMOT, MICHAEL (2004) *The status syndrome – How social standing affects our health and longevity*, New York: Henry Holt and Company.
- OSWALD, ANDREW & POWDHAVEE, NATTAVUDH (2007) Obesity, Unhappiness, and the Challenge of Affluence: Theory and Evidence, *Economic Journal* 117 (521), s. 441–454.
- PEREBOOM, DERK (2001) *Living without free will*, Cambridge: Cambridge University Press.
- PERSSON, INGMAR (2005) *Retreat of reason – a dilemma in philosophy of life*, New York: Oxford University Press.
- Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- RAKOWSKI, ERIC (1991) *Equal Justice*, Oxford: Clarendon press.
- ROSEN, GIDEON (2004) Scepticism about moral responsibility, *Philosophical perspectives* 18, s. 295–313.
- RYDÉN, ANNA & TORGESSON, JARL S. (2006) The swedish obese subjects – what has been accomplished to date?, *Surgery for obesity and related diseases* 2, s. 549–560.
- SALEM, LEON, DEVLIN, ALLISON, SULLIVAN, SEAN D., FLUM, DAVID R. (2008) Cost-effectiveness analysis of laparoscopic gastric bypass, adjustable gastric banding, and

OBESITASKIRURGI BÖR PRIORITERAS

- nonoperative weight loss interventions, *Surgery for Obesity and Related Diseases* 4(1), s. 26–32.
- SBU (2002) *Fetma – problem och åtgärder*: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>.
- SBU (2004) *Förebyggande åtgärder mot fetma*: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Forebyggande-atgarder-mot-fetma/>.
- SCRUTON, ROGER (2000a) The risks of being free, *Wall Street Journal Europe*, 7 januari.
- SCRUTON, ROGER (2000b) WHO, WHAT, and WHY: trans-national government, legitimacy, and the world health organisation, *Occasional Paper* 113, London institute of economic affairs.
- SEGALL, SHLOMI (2009) *Health, luck and justice*, Princeton: Princeton University Press.
- SHER, GEORGE (2009) *Who Knew?: Responsibility Without Awareness*, Oxford: Oxford University Press.
- SJÖSTRÖM, LARS et. al. (2004) Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery, *The new England journal of medicine* 351 (26) s. 2683–2693.
- SJÖSTRÖM, LARS et. al. (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects, *The new England journal of medicine* 357 (8), s. 741–752.
- SJÖSTRÖM, LARS (2008) Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study, *International journal of obesity* 32, s. 593–597.
- SJÖSTRÖM, LARS et. al. (2009) Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial, *The Lancet* 10 (7), s. 653–662.
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* (slutbetänkande).
- SULLIVAN, MARIANNE et. al. (1993) Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity: Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined, *International journal of Obesity* 17 (9), s. 503–512.
- UBEL, PETER (2000) *Pricing life*, Cambridge: The MIT press.
- Vårdens alltför svåra val? (2007): <http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/V%C3%A5rdens%20alltf%C3%B6r%20sv%C3%A5ra%20val%200703%20plus%20namn.pdf>.
- WALLACE, R. JAY (1994) *Responsibility and moral sentiments*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- WHO (2002) *The world health report: reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organization.
- WILKINSON, RICHARD (2005) *The impact of inequality – How to make sick societies healthier*, New York: New Press.
- ZIMMERMAN, MICHAEL (1998) Moral responsibility and ignorance, *Ethics* 107 (3), s. 410–426.