

TIDSKRIFT FÖR POLITISK FILOSOFI
NR 3 2017 | ÅRGÅNG 21

Bokförlaget THALES

INNAN ETT NYTT läkemedel eller annan behandling introduceras i vården måste det genomgå kliniska prövningar. Detta innebär att behandlingens verkan och eventuella bieffekter studeras hos mänskliga forskningspersoner, först i små grupper av friska frivilliga och sedan i större grupper patienter med det tillstånd som behandlingen är ämnad för. Normalt fördelas forskningspersonerna slumpmässigt mellan en grupp som får den nya behandlingen och en eller flera grupper som får en etablerad behandling för det aktuella tillståndet, placebo (en farmakologiskt verkningslös behandling) eller ingen behandling alls. Detta möjliggör jämförelser mellan grupperna.

Prövningar av detta slag utförs allt oftare i låg- och medelinkomstländer. Läkemedel avsedda för patienter i exempelvis Sverige testas alltså i ökande utsträckning på människor i exempelvis Kina, Indien och Ukraina. Det finns flera skäl till varför läkemedelsföretag och andra forskningsfinansiärer flyttar forskningen till sådana länder. Kostnaderna för att bedriva studier är lägre. Det finns fler potentiella forskningspersoner, och de tar i mindre utsträckning andra läkemedel som kan interagera med den testade behandlingen och grumla studiens resultat. Vidare kräver den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA att nya läkemedel testas mot placebo, ett krav som är lättare att efterleva i länder där deltagarna i lägre grad går på andra behandlingar som måste sättas ut för att en placebo-kontrollerad studie ska vara möjlig.

Denna så kallade »offshoring» av kliniska studier är kontroversiell och föremål för en omfattande etisk debatt (Macklin 2004, Hawkins & Emanuel 2008, Wertheimer 2011). Den empiriska forskningen kring fenomenet är dock sparsam. Särskilt begränsad är kunskapen om vem som deltar i dessa studier och varför de ställer upp. Nyligen har det emellertid utkommit ett fåtal akademiska arbeten och rapporter från människorättsorganisationer som kastar

ljus över detta (Sama 2013, Cooper & Waldby 2014). Enligt dessa källor är två kategorier av forskningspersoner vanliga. Den första utgörs av fattiga människor – exempelvis studenter och arbetslösa – som deltar i forskning i utbyte mot ekonomisk ersättning. Den andra utgörs av sjuka människor som deltar eftersom de saknar andra möjligheter att få sin sjukdom behandlad eller komma i kontakt med en läkare. Dessa grupper tycks vara viktiga för forskningen eftersom de är mer benägna att ställa upp än ekonomiskt starkare grupper med bättre tillgång till vård.

Att använda sig av dessa grupper i forskning beskrivs ofta som etiskt problematiskt, eller antyds så vara (Macklin 2004, Sama 2003, Cooper & Waldby 2014). Denna oro är dock sällan särskilt välartikulerad. Varför bekymra sig över att fattiga människor med bristfällig tillgång till vård deltar i forskning i utbyte mot pengar eller behandlingar som de behöver? Vad är problemet med att rekrytera just dessa grupper? Detta är vad jag ska diskutera i denna text.

Mitt resonemang har två huvudsakliga delar. För det första ska jag argumentera för att de etiska problem som vanligen diskuteras i anslutning till forskning i låg- och medelinkomstländer – problem kring risker, samtycke och exploatering – egentligen inte är specifika för detta sammanhang, trots att det är lätt att få ett sådant intryck av den befintliga debatten. De är snarare generella etiska problem med klinisk forskning som ställs på sin spets när fattiga människor utan tillgång till vård rekryteras. För det andra ska jag argumentera för att det finns ett annat, förbiset problem som är specifikt för forskning på dessa grupper. Sådan forskning riskerar att ge såväl forskare och deras sponsorer som medborgare och regeringar i rika länder incitament att bevara de moraliskt oacceptabla bakgrundsvillkor som motiverar dessa grupper att delta. Avslutningsvis skisserar jag några praktiska implikationer av detta resonemang.

Ett inledande förtydligande: mitt resonemang är egentligen tillämpligt på all forskning där deltagarna (i) är fattiga och/eller (ii) saknar adekvat tillgång till vård, inklusive läkemedel.¹ Sådana forskningspersoner återfinns inte enbart i låg- och

medelinkomstländer utan även bland grupper i rikare länder som inte omfattas av det sociala skyddsnetet, exempelvis papperslösa migranter. Vidare finns det förstås forskningspersoner i låg- och medelinkomstländer som varken uppfyller (i) eller (ii). Men eftersom det torde vara vanligare att dessa villkor är uppfyllda när forskning förläggs i dessa länder så kommer jag att fokusera på sådan forskning.

Risker

I VISSA UPPMÄRKSAMMADE fall tycks forskningspersoner i fattiga länder ha utsatts för stora risker och skadats eller till och med avlidit som följd. Ett dramatiskt exempel är Pfizers studie av antibiotikan Trovan under en meningokock-epidemi i Nigeria 1996. I denna studie fick 100 sjuka barn det experimentella läkemedlet och 100 en annan antibiotika i en lägre dos än rekommenderat. Om de inte hade deltagit i studien skulle de istället ha fått gängse antibiotika-behandling av hjälporganisationer på plats. I en påföljande rättsprocess hävdades det att den underlägsna behandling som kontrollgruppen fick ledde till att flera barn skadades och dog under studien (vilket Pfizer dock förnekade) (Macklin 2004).

Upprördheten över fall som detta är onekligen berättigad. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att kliniska prövningar är experiment. Det ligger i deras natur att utfallet är osäkert. De medför alltid en risk för skada (ibland även död) för forskningspersonerna, även när de utförs i rika länder med god tillgång till vård.

Förvisso tillämpar rika länder normalt noggrann forskningsetisk prövning (i Sverige i Etikprövningsnämnders regi), bland annat avseende de risker som forskningspersoner utsätts för, medan sådan kontroll inte sällan tycks bristfällig i låg- och medelinkomstländer. Detta är en viktig skillnad. Valfungerande etikprövning utesluter forskning där riskerna för deltagarna är orimliga i förhållande till de vinster för dem och andra som forskningen förväntas leda till. Trovan-studien skulle därför exempelvis knappast ha tillåtits i Sverige. Men skillnaden ska inte överdrivas. Forskningens experimentella natur innebär att inte ens den mest rigorösa etikprövning i

världen kan garantera att inga deltagare kommer till skada. Risker tillhör forskningens grundvillkor, även om förmågan att hantera dessa risker naturligtvis skiljer sig åt mellan rika och fattiga länder.

Samtycke

ENLIGT GÄNGSE FORSKNINGSETISKA normer måste normalt ett giltigt samtycke inhämtas från forskningspersonerna för att en studie ska vara legitim. Ett giltigt samtycke antas vanligen förutsätta att (åtminstone) tre villkor är uppfyllda: forskningspersonerna ska (i) vara beslutskompetenta, (ii) förse med och förstå all relevant information om studien i fråga samt (iii) frivilligt besluta sig för att delta (Faden & Beauchamp 1986). Det kan vara svårt att säkerställa att fattiga människor utan tillgång till vård uppfyller dessa villkor. Delvis har svårigheterna att göra med information och förståelse (det andra villkoret ovan). Forskningspersonerna kan exempelvis sakna kännedom om medicinsk forskning eller om naturvetenskap i allmänhet och därför ha svårt att begripa centrala aspekter av forskningen, såsom randomisering eller användning av placebo. Det kan också finnas språkhinder som gör det svårt för forskare att förklara dessa aspekter på ett begripligt sätt.

Problem med förståelse är dock vanliga även när mer välbeställda människor med god tillgång till vård deltar i forskning. Det finns en väldokumenterad psykologisk tendens bland forskningspersoner att blanda ihop forskning, som syftar till att skapa generaliserbar kunskap, med vård, som syftar till att gynna den enskilde patienten. Denna tendens förekommer bland forskningspersoner från olika samhällsklasser och med olika utbildningsnivå, och den har visat sig vara påfallande svår att bekämpa genom informationsinsatser.² Bristande förståelse är alltså ett viktigt hinder för samtycke i klinisk forskning generellt, inte bara när det gäller forskning på fattiga människor utan tillgång till vård.

Forskning på dessa grupper kan emellertid tyckas särskilt problematisk utifrån det tredje villkoret ovan, frivillighet. Det skulle kunna hävdas detta villkor inte är uppfyllt när fattiga eller sjuka människor deltar i forskning därför att de saknar andra möjlighet

att få sitt behov av pengar eller läkemedel tillgodosett, eftersom en handling inte kan vara frivillig om den som utför den inte har något annat acceptabelt alternativ. Dessa forskningspersoner har ju, som det heter i vardagsspråket, inget val. Forskningsdeltagande är givet omständigheterna det enda rimliga. Deras samtycke kan därför förefalla ofrivilligt.

Kräver frivillighet att en har ett val i denna mening? Det är omstritt. Somliga filosofer anser att en kan ge ett frivilligt samtycke även i frånvaro av acceptabla alternativ. Som Martin Wilkinson och Andrew Moore (1997) påpekar verkar det exempelvis rimligt att säga att en patient frivilligt kan samtycka till en livräddande behandling trots att det enda alternativet är att dö. Och om en frånvaro av acceptabla alternativ inte underminerar frivillighet hos patienter så gör den rimligtvis inte heller det hos forskningspersoner.

Men även om vi antar att ett frivilligt samtycke faktiskt kräver acceptabla alternativ så förklarar inte detta vad som är speciellt med att forska på fattiga människor utan tillgång till vård. Även andra forskningspersoner kan nämligen sakna acceptabla alternativ. Detta gäller exempelvis cancerpatienter som efter att utan framgång ha provat alla etablerade behandlingar ställer upp i en studie av en experimentell behandling som en sista utväg. Inte heller dessa forskningspersoner förefaller ha något val. Och om en måste ha ett val för att kunna ge ett giltigt samtycke så är inte heller de förmögna till detta. Inte heller i detta avseende är alltså forskning på fattiga människor utan tillgång till vård speciell.

Exploatering

DEN MEST UTBREDDA kritiken mot kliniska prövningar i låg- och medelinkomstländer är att de innebär att människor exploateras (eller utnyttjas – jag betraktar termerna som synonymer) (Macklin 2004, Hawkins & Emanuel 2008). Tanken här är att forskare och/eller läkemedelsföretag på ett moraliskt oacceptabelt sätt drar nytta av individer och/eller samhällen i fattiga delar av världen i sin jakt på ekonomisk vinning, akademisk prestige och/eller läkemedel och kunskap som främst kommer människor i rikare länder till del.

Detta är en viktig kritik, men den fångar ändå inte riktigt vad som är speciellt med att forska på fattiga människor utan tillgång till vård. För att förklara varför behöver jag säga något kort om exploateringsbegreppet.

Enligt Alan Wertheimer (1996) – vars exploateringsteori är den överlägset mest inflytelserika i forskningsetiska sammanhang – föreligger exploatering när nyttorna och bördorna som skapas i ett utbyte eller en relation är orättvist fördelade. Alltså, A exploaterar B när A tjänar orättvist mycket på deras mellanhavanden i förhållande till vad B tjänar eller till de bördor som B får bära. Exploatering kan därför särskiljas från de problem med skada och samtycke som vi var inne på tidigare. Även utbyten som är frivilliga och gynnar båda parter kan fördela nyttor och bördor orättvist.

Fattiga människor utan tillgång till vård är sårbara för exploatering i denna mening. Deras brist på vitala resurser innebär ett svagt förhandlingsläge. De är benägna att acceptera stora uppoffringar i utbyte mot även mycket begränsade vinster av dessa resurser. De har inte »råd» tacka nej till utbyten där dessa resurser står på spel, även om villkoren för utbytena är orättvisa. Det är enkelt för forskare och företag att dra nytta av denna omständighet genom att förmå dem att delta i studier där betalningen oacceptabelt låg eller tillgången till vård eller läkemedel orimligt begränsad.

Men dessa grupper är inte unika i detta avseende. Alla som befinner sig i ett svagt förhandlingsläge är sårbara för exploatering. Detta gäller exempelvis den typ av förhållandevis mer privilegierade forskningspersoner som jag nämnde tidigare, alltså patienter som deltar i prövningar av nya behandlingar eftersom inga etablerade behandlingar visat sig fungera för dem. Även dessa patienter låter sig lätt utnyttjas av forskare, och av samma skäl som tidigare. De är benägna att gå med på orättvist stora uppoffringar i utbyte mot en möjlighet att tillgodose ett behov som de inte kan tillgodose på annat sätt. Även när det gäller exploatering har vi alltså att göra med ett problem av allmän forskningsetisk karaktär.

Återigen kan rika länders forskningsetiska prövning förstås göra skillnad. Etikprövning kan ses som ett verktyg för att sälla bort stu-

dier som människor skulle vara benägna att delta i trots att fördelningen av nyttor och bördor är orättvis, och därmed som ett skydd mot exploatering. Men återigen bör etikprövning betraktas som ett sätt att hantera ett problem som tillhör forskningens grundvillkor, oavsett vilka grupper som rekryteras.

Bortom risker, samtycke och exploatering

LÅT MIG REKAPITULERA. Jag förnekar inte att kliniska studier i låg- och medelinkomstländer kan medföra allvarliga problem med risker, samtycke och exploatering. Min poäng så här långt är endast att dessa problem tillhör forskningsetikens generella utmaningar. De behöver alltid uppmärksammas och åtgärdas – även om denna uppgift mycket väl kan vara särskilt eftersatt, och samtidigt särskilt angelägen, när det gäller forskning där fattiga människor utan tillgång till vård rekryteras.

Jag övergår därmed till den andra delen av mitt argument. Det jag nu vill visa är att det finns ett särskilt problem med att använda dessa grupper i forskning, ett problem som inte uppstår när andra grupper rekryteras. Detta är ett problem av mer strukturell art än de som vanligen diskuteras inom forskningsetiken.

Min utgångspunkt är att svår fattigdom och brist på tillgång till grundläggande vård och vitala läkemedel i låg- och medelinkomstländer, i den mån dessa omständigheter är åtgärdbara, är djupt moraliskt oacceptabla. Som medborgare i rika länder har vi en förpliktelse att bidra, individuellt eller kollektivt (eller kanske både och), till att förbättra dessa omständigheter, förutsatt att vi kan göra detta effektivt och utan alltför stora uppoffringar för egen del. Formulerad i sådana allmänna termer är denna utgångspunkt inte särskilt kontroversiell. Filosofer som intresserar sig för global rättvisa är förvisso oeniga om hur krävande, sträng och omfattande denna plikt är, samt hur den i slutändan ska rättfärdigas.³ Men mitt argument kräver inte att vi tar ställning i dessa frågor.

När medicinsk forskning exporteras till fattiga delar av världen förvandlas denna moraliskt oacceptabla situation till en potentiell tillgång. Som jag nämnde inledningsvis tycks fattigdom och brist

på tillgång till vård spela stor roll för hur snabbt, enkelt och billigt kliniska studier i låg- och medelinkomstländer kan bedrivas. Om människor i exempelvis Kina och Indien vore mindre fattiga och hade bättre tillgång till vård skulle de sannolikt vara mindre benägna att delta i studier. De skulle helt enkelt kunna tillfredsställa sina grundläggande behov på andra sätt. En viktig anledning till att läkemedelsindustrin flyttar studier till länder som dessa är just svårigheten att förmå mer välbeställda människor med adekvat tillgång till vård att ställa upp (Cooper & Waldby 2014).

I vissa uppmärksammade fall kan forskare och deras sponsorer rätteligen anklagas för att dra nytta av moraliskt oacceptabel fattigdom och brist på vård i låg- och medelinkomstländer. Detta sker när de villkor som forskningspersonerna erbjuds inte skulle ha accepterats om de befann sig i moraliskt godtagbara omständigheter. Ett exempel är randomiserade studier där deltagarna har 50 % chans att få ett aktivt läkemedel och 50 % chans att få placebo, men där de har ett rättmätigt men otillfredsställt anspråk på det aktiva läkemedlet eller annan behandling för sin sjukdom utanför studien. Om omständigheterna vore moraliskt godtagbara, alltså om forskningspersonernas anspråk på behandling vore tillfredsställt, så skulle ett sådant upplägg inte vara möjligt. Istället skulle både experimentgruppen och kontrollgruppen behöva erbjudas olika aktiva behandlingar, vilket skulle innebära en dyrare och långsammare studie.

Problemet i sådana fall är inte bara att forskare och sponsorer exploaterar sjuka och fattiga människor, utan också att de gör sig beroende av den fattigdom och den otillräckliga tillgång till vård och läkemedel som gör det rationellt för dessa människor att delta. De skaffar sig ett intresse av att bevara dessa oacceptabla förhållanden eftersom de möjliggör studier som är mer lönsamma för dem än de studier som de annars skulle kunna bedriva. Detta intresse är problematiskt med tanke på att läkemedelsföretag visat sig ha stora möjligheter att påverka tillgången till läkemedel i låg- och medelinkomstländer genom prissättning, lobbying och på rättslig väg (Angell 2004).⁴

Läkemedelsföretag är måhända lätta måltavlor för kritik. Det bör dock poängteras att vi som individuella medborgare i rika länder delar deras moraliskt problematiska intresse. Vi har också skäl att föredra att fattigdom och bristfällig tillgång till vård består eftersom dessa omständigheter underlättar utvecklingen av läkemedel som vi kan komma att behöva om vi blir sjuka. Detta kan kanske förefalla relativt oproblemiskt. En enskild individ har ju normalt mycket begränsade möjligheter att påverka dessa omständigheter. Men det bör påpekas att detta är ett intresse som vi alla delar i någon mån. Vi löper alla risk att bli sjuka. Vidare delar även våra regeringar detta intresse i den mån de har till uppgift att tillgodose befolkningens framtida hälsobehov. Och rika länders regeringar har rimligen betydande möjligheter att påverka materiell levnadsstandard och tillgång till vård i fattigare delar av världen.

När jordens fattiga rekryteras till medicinska experiment så riskerar alltså inte bara forskare och läkemedelsbolag utan också medborgare och regeringar i rika länder att bli beroende av en moraliskt oacceptabel situation. Detta ger oss ett incitament att underlåta att uppfylla en av våra viktigaste moraliska plikter, nämligen att bidra till att förbättra denna situation. Det är detta problem som jag menar tenderar att förbises när de etiska utmaningarna med internationell klinisk forskning diskuteras.

Det skulle kunna invändas att klinisk forskning inte är speciell i detta avseende. Som konsument i en global ekonomi är vi beroende av moraliskt oacceptabel fattigdom för billig tillgång till alla möjliga varor och tjänster – från kaffe och choklad till mobiltelefoner och kundsupport. Dessa varor och tjänster skulle säkerligen vara dyrare om de som producerar dem vore mindre fattiga och därmed hade en starkare position för att förhandla om löner och arbetsvillkor. Vårt intresse av att bevara fattigdom förefaller alltså vara ett mycket mer allmänt fenomen än vad jag låtit påskina.

Jag medger att vi i viss utsträckning har ett sådant mycket allmänt intresse. Ändå förefaller problemet särskilt påtagligt när det gäller just klinisk forskning. Det finns en skillnad mellan lägre priser på konsumtionsvaror och snabbare tillgång till läkemedel som kan förlänga liv och höja livskvalitet. För att illustrera: jämför att

behöva betala dubbelt så mycket för en ny mobiltelefon med att vänta dubbelt så länge på en ny medicin som låter dig hantera din diabetes bättre än tillgängliga alternativ. Du skulle förmodligen uppleva det senare som en större uppoffring. Vårt intresse av läkemedel har sannolikt en starkare motiverande kraft än vårt intresse av billiga konsumtionsvaror, och ett beroende av fattigdom för tillgång till läkemedel är därför mer oroväckande.⁵

Praktiska konsekvenser

DET BLOTTA FAKTUM att vi har ett incitament att bevara fattigdom och brist på tillgång till vård är måhända inte i sig något som vi bör klandras för. Men vår plikt att förbättra dessa omständigheter ger oss skäl att försöka minska detta incitament. Vad innebär då detta i praktiken? Att eftersträva ett förbud mot att förlägga kliniska prövningar i låg- och medelinkomstländer vore alltför drastiskt. För det första syftar en del av dessa prövningar till att utveckla åtgärder som är speciellt anpassade till dessa länders behov. Att förhindra dem vore uppenbarligen att göra människor i dessa länder en otjänst. För det andra, även när det gäller studier vars resultat inte kommer dessa länder till del bör vi inte glömma att en del av forskningspersonerna tycks ställa upp därför att de saknar bättre sätt att förtjäna ett uppehälle eller få vård eller läkemedel som de behöver. För dem är forskningsdeltagande det bästa bland en rad dåliga alternativ. Att ta bort detta alternativ skulle sannolikt göra mer skada än nytta.

En rimligare slutsats är att vi bör verka för att forskning på fattiga människor med bristande tillgång till vård bedrivs på ett sätt som inte drar nytta av deras moraliskt oacceptabla bakgrundsvillkor. Detta innebär att studier bör utformas på ett sådant sätt att forskningspersonerna rimligen skulle kunna acceptera att delta även om de hade en adekvat nivå av ekonomisk trygghet och adekvat tillgång till vård. Sådana studier skapar inga incitament att underlåta att reducera fattigdom och förbättra sjukvård och tillgång till läkemedel i låg- och medelinkomstländer.⁶

Avslutningsvis vill jag påpeka att en sådan princip kan åberopas till stöd för två omstridda etiska krav på internationell klinisk

forskning. Det första kravet är att läkemedel och andra behandlingar inte (annat än under mycket speciella omständigheter) får testas mot placebo när en effektiv behandling existerar men är otillgänglig där studien bedrivs. Det andra kravet är att forskningspersoner ska garanteras tillgång till behandlingar som visat sig effektiva i en studie även efter att studien avslutats. Båda kraven ingår i inflytelserika forskningsetiska riktlinjer, exempelvis Helsingforsdeklarationen (WMA 2013). Samtidigt kan de förefalla förbryllande. Människor som helt saknar tillgång till läkemedel skulle gynnas av att delta även i placebo-kontrollerade studier, där de åtminstone har en chans att få en verkningsfull behandling, och i studier där de endast får tillgång till behandling under studiens gång (Wertheimer 2011). Varför då utesluta sådana studier?

De båda kraven är mindre förbryllande om de betraktas som grundade i principen att forskning inte bör dra nytta av moraliskt oacceptabla bakgrundsvillkor. Enligt denna princip är det inte tillräckligt att människor i fattiga länder gynnas av forskningsdeltagande i den meningen att de får det bättre än de, under rådande omständigheter, annars skulle ha haft det. Nivån på de nyttor de som erbjuds i utbyte för sitt deltagande bör istället vara så hög att det skulle vara attraktivt för dem att delta även om omständigheterna vore acceptabla, alltså även om deras legitima anspråk på materiell levnadsstandard och tillgång till vård och läkemedel vore tillfredsställda.⁷ Endast då kan det säkerställas att forskningen inte skapar incitament att motverka tillfredsställandet av dessa anspråk.

Jag hoppas således att min analys kan bidra till att göra rådande internationell forskningsetik mindre förbryllande och mer koherent än dess kritiker gör gällande.⁸

→

Erik Malmqvist är docent i medicinsk etik och universitetslektor vid enheten för filosofi och tillämpad etik, Linköpings universitet.

Noter

1 Två ord är medvetet vaga här, nämligen »fattig» och »adekvat». Som jag senare

ska förklara avser jag den brist på ekonomisk trygghet och vårdtillgång som det finns en uppfylld moralisk plikt att åtgärda. Exakt var gränsen går för människors rättmätiga anspråk på dessa resurser lämnar jag därhän i syfte att lämna öppet för olika uppfattningar i denna fråga. Mitt argument förutsätter dock att åtminstone somliga sådana anspråk är legitima.

2 Litteraturen kring detta fenomen är omfattande; se exempelvis Lidz et al. (2015).

3 För olika ståndpunkter gällande dessa frågor, se exempelvis Singer (1972) och Risese (2012).

4 Jag har utvecklat resonemanget i detta stycke och det närmast ovanstående på annat håll och presenterar endast en sammanfattning här (Malmqvist 2017).

5 Det ska erkännas att denna distinktion är förenklad. Många nya läkemedel, inklusive de som testas i fattiga länder, ger inga större fördelar för patienter jämfört med etablerade läkemedel utan speglar snarast läkemedelsföretags strävanden att tillskansa sig marknadsandelar. Omvänt har vi kanske också starka egenintresserade skäl att fördra låga priser på vissa konsumtionsvaror (exempelvis de som tillfredsställer särskilda behov). Ändå tror jag att distinktionen grovt sett är korrekt.

6 Exakt hur sådan forskning bör främjas lämnar jag öppet. Det finns strategiska överväganden att göra. Att förbjuda forskning som inte följer den princip jag skisserar är sannolikt inte det bästa sättet eftersom det (precis som ett generellt förbud mot forskning i fattiga länder) kan medföra att potentiella forskningspersoner berövas det bästa bland en rad dåliga alternativ.

7 Jag använder mig här av en mer generell analys av vad det innebär att dra nytta respektive undvika att dra nytta av orättvisor som jag presenterat i ett tidigare arbete (Malmqvist 2013).

8 Jag tackar medlemmar av Centrum för hälso- och sjukvårdsetik i Stockholm samt en anonym granskare för denna tidskrift för värdefulla kommentarer på tidigare versioner av denna text.

Referenser

- ANGELL, MARCIA (2004) *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*, New York: Random House.
- COOPER, MELINDA & CATHERINE WALDBY (2014) *Clinical Labor: Tissue Donors and Research Subjects in the Global Bioeconomy*, Durham: Duke University Press.
- FADEN, RUTH R. & TOM L. BEAUCHAMP (1986) *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford: Oxford University Press.
- HAWKINS, JENNIFER S. & EZEKIEL J. EMANUEL (2008) *Exploitation and Developing Countries: The Ethics of Clinical Research*, Princeton: Princeton University Press.
- LIDZ, CHARLES W., KAREN ALBERT, PAUL APPELBAUM, LAURA B. DUNN, EVE OVERTON & EKATERINA PIVOVAROVA (2015) »Why is therapeutic misconception so prevalent?«, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 24, ss. 231–241.
- MACKLIN, RUTH (2004), *Double Standards in Medical Research in Developing Countries*, Cambridge: Cambridge University Press.
- MALMQVIST, ERIK (2013) »Taking advantage of injustice«, *Social Theory and Practice* 39, ss. 557–580.
- MALMQVIST, ERIK (2017) »Better to exploit than to neglect? International clinical research and the non-worseness claim«, *Journal of Applied Philosophy* 34, ss. 474–488.

- RISSE, MATHIAS (2012) *On Global Justice*, Princeton: Princeton University Press.
- Sama – Resource Group for Women and Health (2013) *Trials and Travails: Perceptions and Experiences of Clinical Trial Participants in India*, New Dehli: Sama.
- SINGER, PETER (1972) »Famine, affluence, and morality», *Philosophy and Public Affairs* 1(1), ss. 229–243.
- WERTHEIMER, ALAN (1996) *Exploitation*, Princeton: Princeton University Press.
- WERTHEIMER, ALAN (2011) *Rethinking the Ethics of Clinical Research: Widening the Lens*, Oxford: Oxford University Press.
- WILKINSON, MARTIN & ANDREW MOORE (1997) »Inducement in Research», *Bioethics* 11, ss. 373–389.
- WMA (World Medical Association) (2013) *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Research Involving Human Subjects*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.