

TIDSKRIFT FÖR POLITISK FILOSOFI  
NR 2 2020 | ÅRGÅNG 24

*Bokförlaget* THALES

Hej Niklas, kan du berätta lite om dig själv för tidskriftens läsare?

JAVISST, JAG ÄR docent och lektor i medicinsk etik vid Karolinska Institutet (KI), ett medicinskt universitet med bara en fakultet, den medicinska fakulteten. Här undervisar jag en del på yrkesinriktade program, bland annat läkarprogrammet, logopedprogrammet, fysioterapeutprogram, och en hel del för yrkesverksamma, t. ex. ST-läkare. Dessutom undervisar jag i forskningsetik för doktorander på KI. Så det är ganska mycket undervisning med väldigt tillämpad etik; vi bygger nästan all undervisning på fall som vi diskuterar. Utöver det har jag lite tid för forskning (mer eller mindre beroende på hur mycket externa medel jag har) och då är det medicinetiska frågor som jag ägnar mig åt. De senaste åren har jag främst varit intresserad av screening, när man bestämmer sig för att testa en hel population eller ett helt segment av en population, exempelvis alla kvinnor över 45 för att undersöka deras risk för bröstcancer.

Kan du berätta om din bakgrund, hur hamnade du här?

JAG BÖRjade LÄSA filosofi i början av 90-talet, och det gjorde jag för att jag var intresserad av politik. Därför läste jag praktisk filosofi med inriktning mot politisk filosofi, som fanns som en särskild inriktning i Stockholm. Ganska snabbt fastnade jag för de här frågorna. Jag har också jobbat många år i vården, bland annat som personlig assistent och vårdbiträde, så jag har alltid varit intresserad av etiska frågor med tillämpning på hälso- och sjukvården. I slutet av 90-talet blev jag rekryterad som doktorand i Göteborg av Christian Munthe, som är en av de mer inflytelserika medicinetikerna i Sverige. Han sa att »du som är intresserad av politisk filosofi, ska veta att den medicinska etiken är en arena för att få diskutera alla spännande politiska-filosofiska frågor». Väldigt mycket inom medicine-

tik kretsar till exempel kring frågor om autonomi, om patientens rätt att bestämma själv och gränserna för den rätten. Ett exempel är tvångsvård: vad har samhället eller vården rätt att göra mot medborgaren/patientens vilja? Ett annat exempel är fördelning av resurser. Det finns ett inbyggt släktskap mellan den politiska filosofin och den medicinska etiken som lockade mig. Därför var jag mer än villig att nappa på Christian Munthes erbjudande och gå den vägen och fokusera på medicinsk etik, och då hamnade jag till slut på KI, som av naturliga skäl är intresserade av ämnet.

Du arbetar med frågor som berör rättvisa inom vården, vilken sorts frågor handlar det om?

RÄTTVISE- ELLER FÖRDELNINGSPRÅGOR kallas för prioriteringsfrågor i hälso- och sjukvårdskontexten, och de finns på så många nivåer och på så många olika sätt att det nästan är överblickbart. Dels finns frågan om vad hälso- och sjukvården ska tilldelas jämfört med andra områden som till exempel skola och polis och dels finns frågor om hur vi ska prioritera inom hälso- och sjukvården. Vad gäller det så sträcker det sig från det mer storskaliga om hur mycket vi ska ge till somatisk vård jämfört med psykiatrisk vård. Det gäller också exempelvis hur mycket vi ska ge till cancervård jämfört med reumatism. Frågorna sträcker sig sen ända ner till golvet där de handlar om vem som ska få träffa läkaren först, vem som ska få det egna rummet på sjukhuset när inte alla kan få det, och vem som ska få organ i organdonationskön. Det är spännande för att prioriteringsfrågorna tränger igenom hela verksamheten, och det är ofta en fråga om liv och död. Det är på riktigt; man måste ta ställning till de här frågorna och den ställning man intar har betydelse för vilken vård människor får. I slutändan kan det påverka hur länge de lever, så det känns angeläget och viktigt. Själv har jag framför allt fokuserat på ›mellannivån›, d.v.s. horisontella prioriteringar mellan olika vårdformer. De senaste åren har fokus legat på huruvida man ska göra som vi gör i Sverige, vilket innebär att prioritera sällsynta tillstånd och ge dessa mer

resurser per hälsovinst än andra mindre sällsynta tillstånd. Sverige har en sådan policy och jag har varit kritisk till det.

Vilka är de största teoretiska och praktiska utmaningarna du har identifierat?

FÖRDELNING ÄR INTRESSANT på det sättet att de teoretiska och praktiska utmaningarna sammanfaller och du får hålla på med filosofi på en gång när du håller på med de praktiska frågorna. Om vi frågar oss vem som ska få ett hjärta först så måste du motivera varför du tycker att en patient bör komma framför en annan. Du kan argumentera att den ena patienten har en bättre diagnos, vilket är en konsekvensetisk idé förstås, eller att den här patienten är mer illa däran, och då förespråkar du en behovsbaserad, jämlikhetsbaserad idé. De praktiska och teoretiska frågorna är samma frågor på det här området, och de finns på alla de här nivåerna. Det är därför enkelt för en filosof att vara tillämpad, och det är väldigt tät koppling mellan det teoretiska och praktiska. I Sverige har vi till och med en lagstiftning som utgår ifrån ett antal principer som säger hur man ska prioritera inom sjukvården. Samhället har alltså satt ner foten och sagt att människovärdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, i den ordningen, är det som gäller. Men de här idéerna är föremål för tolkning och diskussion så även om man accepterar dem så är de inte helt enkla att tillämpa rakt av. Därför får jag vara med i spännande sammanhang som Karolinska Universitetssjukhusets etikråd och diskutera sådana här frågor direkt.

Det låter inspirerande!

JAG HAR OFTAST roligt på jobbet.

På tal om prioriteringar, under våren var du med och tog fram nationella principer för prioriteringar inom intensivvården, kan du berätta lite om det?

SOM JAG NÄMNDE så finns det i Sverige något som kallas för den etiska plattformen, som egentligen är en del av hälso- och sjukvårdslagen, där det anges hur man ska prioritera inom hälso- och sjukvården i enlighet med de tre principerna (människovärdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen). Det vi som skrev det här principdokumentet gjorde var helt enkelt att försöka tillämpa plattformen så rimligt som möjligt på den rådande situationen. Principdokumentet är ju tänkt att tillämpas under extraordinära omständigheter, där resursbristen är större än vanligt och ibland är så stor att det handlar om liv mot liv. Då kan man säga att behovsprincipen har slagit i taket: allas behov är maximalt, om de inte får intensivvård så går de bort ganska snart, och då är frågan hur man ska resonera. Socialstyrelsen tog fram det här uppdraget eftersom det fanns en efterfrågan från verksamheten, som ville ha tydlighet från samhällets håll på hur man skulle se på prioriteringar i de svåra omständigheterna. Tack och lov finns det ett prioriteringscentrum vid Linköpings universitet som håller på med de här frågorna hela tiden, och jag jobbar ju nära dem, så det var vi som satte oss ner och funderade på hur man ska tänka om man ska tillämpa den här plattformen under den rådande situationen. Det vi kom fram till är att om man utgår från plattformen och inte ifrågasätter den, så ser man att när behovsprincipen har slagit i taket så blir prognos väldigt viktigt. Det handlar alltså om effekt och kostnadseffekt: vad får man för de insatta resurserna? Naturligtvis får man inte diskriminera patienter, man får ju inte välja bort någon som till exempel har en intellektuell funktionsnedsättning, men bortsett från de där uppenbara sakerna så får man ta hänsyn till ens bästa gissningar om hur man tror det kommer gå för en patient. Om du väljer mellan en patient som du tror att du kan köpa tio förväntade livsår, och en patient som du tror att du bara kan få ett förväntat livsår med maximala insatser, då väljer du den första. Det blev ju i praktiken ett dokument som Torbjörn Tännsjö och andra utilitarister borde vara nöjda med, men det var de inte ändå. Vi tänker att det är helt i enlighet med plattformen, d.v.s. att du får och ska ta hänsyn till effekt när behovsprincipen är uttömd och behoven är lika stora.

Vad var de missnöjda med?

OLIKA GRUPPER VAR missnöjda med olika saker. Till vår glädje var de flesta intensivvårdsläkare nöjda med dokumentet (det fanns naturligtvis även intensivvårdsläkare som var inblandade i arbetet med att ta fram det). De tyckte det var till hjälp och de tyckte, till vår lättnad, att det var föga förvånande vad vi kom fram till. Och det var ju poängen. Vi skulle inte revolutionera verksamheten utan vi skulle utgå från de principer som faktiskt gäller. De som ändå var missnöjda var missnöjda med olika saker. Vissa menade att det var diskriminerande att vi brydde oss för mycket om effekt och att det kunde drabba redan sårbara grupper. Och sedan var Tännsjö missnöjd med att vi brydde oss *för mycket* om gamla. Han har ju en egen tolkning av behovsprincipen, som inte är den tolkning som gäller i svensk rätt, men som han tycker är den rimligaste, där behov avgörs utav storlek på förlust. Så ju större förlust, desto större behov om inte insatsen sätts in, och då medför det nästan alltid att man ska prioritera den som är yngre. De yngre har ju inte heller fått så mycket, en 20-åring har fått 20 år men en 70-åring har fått 70 år. Så med den typen av resonemang menade Tännsjö att vi var för lite åldersdiskriminerande.

Men trots kritiken står du fast vid vad ni kom fram till?

JA, JAG MENAR inte att det alltid är så att mitten har rätt, men missnöjet kom ju från båda håll, så då har vi förmodligen hamnat ganska rätt tänker jag mig. Dessutom var det väldigt få, om ens någon, som förnekade att det här var en rimlig uttolkning av den etiska plattformen, så om man har kritik så ska den egentligen riktas mot svensk lag. Vi var nöjda på det sättet att vi skrev riktlinjerna i enlighet med hur den etiska plattformen har tänkt sig saker och ting.

Däremot så har väldigt mycket av kritiken att göra med att riktlinjerna har tillämpats på ett felaktigt sätt. Detta har framförallt att göra med det här med ›biologisk ålder›, vilket är ett indirekt sätt att prata om prognos, alltså effekt. Biologisk ålder grundas på

den allmänkondition man har och det skick man är i. Vi får ju inte ta hänsyn till ålder i sig, så om en 70-åring har en bättre prognos än en 20-åring så ska 70-åringen gå före. Däremot får man ta hänsyn till biologisk ålder, och då kan en vältränad 60-åring ha en bättre diagnos än en neddedad 30-åring. Problemet är att det blev ett väldigt fokus i vissa lokala riktlinjer, som använde våra riktlinjer för att utforma egna riktlinjer, på biologisk ålder. Dessutom angav man på vissa ställen exakta år, vilket ju är snudd på nonsens när man pratar om biologisk ålder; man är inte exakt 80 i biologisk ålder eller exakt 75 och ett halvt utan möjligtvis kan man prata om spann. Så då tolkades det i verksamheten som det man egentligen pratade om var ålder och ingenting annat. Och då blev ju folk med rätta upprörda för det är olagligt, det är åldersdiskriminering på ett sätt som är förbjudet i Sverige. Så det är misslyckade tillämpningar som blev mest kritiserade snarare än det vi tog fram.

Utöver detta specifika arbete, vad ser du som filosofins roll i denna märkliga situation som pandemin utgör mer generellt?

DET ÄR FRÄMST att bidra till den offentliga diskussionen, och jag tycker svenska filosofer nuförtiden är ganska bra på det. Det är många som har bidragit till den på ett förtjänstfullt sätt: t. ex. Bengt Brülde och Kalle Grill som skrev om vilken måttenhet eller ›currency› som ska användas för liv och livskvalitet i olika områden, när vi jämför ekonomiska förluster med förluster i hälso- och sjukvården. Deras förslag var att vi ska använda ›kvali-måttstocken› (kvalitetsjusterade livsår). Det är ett bra exempel på vad jag tycker filosofer och andra som håller på med politisk filosofi ska göra: informera den offentliga diskussionen i de här frågorna och komma med fruktbara förslag som går att använda sig av på olika sätt. I min miljö handlar en annan roll om forskningsetik. Nu under pandemin tillsatte rektorn på KI en resursgrupp för forskningsetik där jag och Gert Helgesson, som är min filosofikollega på KI, sitter med och försöker få forskare att förstå etikprövningslagen. Vi har nästan ägnat oss åt polisiär verksamhet, då det har varit många forskare som har varit sugna att göra saker på en gång. Ibland kan det bli

lite för bråttom, som Macchiarini-fallet visar, och man tänker sig att man kan strunta i vanliga regler för att det är extraordinära omständigheter. I den kontexten har vi hjälpt KI med att diskutera forskningsetiska och forskningsjuridiska frågor med olika forskningsgrupper som har velat göra olika, ibland bra och ibland mindre genomtänkta, saker.

Pandemin har ju också aktualiserat ett av dina andra forskningsområden, nämligen moralisk stress, kan du berätta lite om det konceptet och ditt arbete med det?

MORALISK STRESS ÄR stress som uppstår för att man befinner sig i en svår moralisk situation eller står inför ett svårt moraliskt beslut. Alltså, det som vi som håller på med etik och beslätade ämnen älskar mest av allt, nämligen värdekonflikter. När det är sant att vad man än gör så kommer någonting som man tycker är viktigt stå tillbaka eller stryka på foten. När man blir stressad av att vara i en sådan situation så är det moralisk stress. Stress låter kanske dåligt, men det är inte entydigt dåligt att man ibland upplever moralisk stress. Det visar ju att man har någon form av moralisk sensibilitet, att man faktiskt kan identifiera att det föreligger en värdekonflikt och att det är viktigt. Men det finns ju yrken, exempelvis läkaryrket och sköterskeyrket, där man drabbas av det i så stor utsträckning (och särskilt nu i samband med pandemin) att det tär på en, man kanske till och med blir sjuk, utbränd eller arbetsoförmögen. Då är det viktigt att dels känna igen det man står inför, men också ha någon idé om hur man kan hantera det, och även här tror jag filosofin kan vara till hjälp. Dels genom att sätta ord på företeelsen, vilket jag tror har en terapeutisk effekt, men också genom att dela ut ›moralfilosofiska snuttefilar›. ›Bör implicera kan› är en snuttefil som många i verksamheten blir lättade av att höra talas om: om det är omöjligt för en att göra någonting, då kan man inte heller ha en plikt att göra det. Det har jag alltid tyckt varit en rimlig idé. Jag vet att det finns moralfilosofer som är kritiska till den idén men jag tycker nästan det är ett rationalitetskriterium på en



moraluppfattning: om en inte klarar av ›bör implicerar kan›-testet så måste det vara en misslyckad moraluppfattning.

Jag har ett forskningsprojekt tillsammans med en katastrofmedicinare som heter Johan von Schreeb, som startade Läkare Utan Gränser i Sverige, och en psykolog, Filip Arnberg där vi tittar på moralisk stress från våra olika utgångspunkter. Det är även en doktorand, Martina Gustavsson, som skriver sin avhandling om ämnet. Det jag som etiker eller moralfilosof är mest intresserad av är hur man ska förhålla sig till katastrofsituationer eller väldigt pressade situationer, som den som intensivvårdsavdelningar har haft under pandemin. Det är något med den typen av situationer som kittlar våra konsekvensetiska nerver: man får en tendens att bli mer utilitaristisk. Det finns faktiskt en del belägg för att vi blir det när situationen sätter press och det är uppenbar resursknapphet. Då är det spännande att fråga sig om vi i vanliga fall bör tänka lite mer som i katastrofsituationer, alltså bör vi vara mer utilitaristiska i vanliga fall? Eller ska vi i katastrofsituationen lägga band på våra utilitaristiska reflexer och tänka lite mer som i vanliga fall på behov och jämlikhet? Eller är det okej med den här dubbelmoralen och i så fall varför? Är det okej att vi är mer utilitaristiska i vissa situationer och i så fall när går det att motivera? Det är den typen av frågeställningar jag vill ägna mig åt.

Hur långt har du kommit i den tanken? Lutar du åt något av alternativen?

JAG ÄR NOG inne på att vi bör vara konsistenta, och en lite mer konsekvensetisk inriktad hållning är rimlig i vanliga fall. Norge gjorde samma som Sverige på 90-talet, de bestämde sig för olika prioriteringsregler, men nu under 10-talet har de gjort om och landat i en lösning om jag är väldigt förtjust i. Den norska modellen tillåter en lite större grad av konsekvensetiskt tänkande, och man bryr sig lite mer om effekten av det som man gör. De skulle inte heller prioritera upp tillstånd bara för att de är sällsynta, vilket jag tycker är en rimlig hållning.

I början av oktober meddelades att gensaxen Crispr/Cas9 kommer tilldelas Nobelpriset. Du är även expert på etiken kring genteknik. Vilka filosofiska frågor aktualiseras av teknik som denna? Vilken tycker du är viktigast eller mest intressant?

DET ÄR SÅ många frågor som aktualiseras: allt från de stora allmänfilosofiska frågorna om att ändra sin egen natur på det sättet man kan göra med Crispr/Cas9 och genmodifikation, till väldigt konkreta politiska frågor som försäkringsbarhet och allt däremellan. Dessutom har du också de sjukvårdsinterna moralfilosofiska frågorna: vad ska hälsosjukvården hålla på med och varför? Här har det skett en värdeförskjutning, och detta var en av huvudteserna i min avhandling som jag skrev på ämnet. Traditionellt har man sett patientens självbestämmande, eller autonomiprincipen som den heter på medicinsketiska, som en rättighet till patienten att säga nej till erbjuden vård. Den är egentligen ett förbud mot tvångsvård. Hälso- och sjukvården bestämmer alltså vilka erbjudanden som den ska ge, och även om patienten inte kan komma och peka på vad den vill ha, så har patienten i alla fall en ganska absolut rätt (i alla fall om man är vuxen och beslutskapabel) att säga tack, men nej tack. Traditionellt sett har målet med hälso- och sjukvården varit att förbättra människors hälsa, men det har hänt någonting i vissa vårdområden, där hälsa inte kan vara målet. Fosterdiagnostik är ett exempel, nästan alla tillstånd som man kan upptäcka med hjälp av fosterdiagnostisk analys kan man inte göra ett smack åt rent medicinskt. »Behandlingen» är, ursäkta språket, abort, att avbryta graviditeten. Och när man frågar folk som håller på med fosterdiagnostik om varför vi ska hålla på med det, då är det absolut vanligaste svaret att »vi tillhandahåller ett beslutsunderlag för föräldrar så de kan planera sin familjebildning i enlighet med deras önskemål och värderingar». Alltså, man gör någonting inte för att respektera en rättighet, vilket man förstås måste göra, utan syftet med verksamheten är att gynna autonomi, att göra folk mer autonoma. Och då kan man fråga sig, ska hälso- och sjukvården ägna sig åt att gynna folks autonomi, är det ett nytt mål som vi ska lägga till det uppenbara att gynna folks hälsa, och i så fall hur gör

man med alla värdekonflikter som uppstår? Den typen av frågor tycker jag är spännande: vad är poängen eller syftet med det hela? Ibland är hälsa ett bra svar och då är det inte så kontroversiellt, i alla fall med vetenskap på fötterna, men ibland är det något annat som är svaret och då blir det väldigt kontroversiellt.

Du har även närmat dig frågan om aktiv dödshjälp som återigen har hamnat i ropet. Kan du berätta hur du resonerar kring den?

JAG HAR HAFT en doktorand som skrev sin avhandling om frågan och där har vi hållit på en del med s.k. empirisk etik, alltså inte resonerat i första hand om vad man bör anse utan vad folk faktiskt anser, bland annat genom att skicka ut enkäter. Vi har tittat på befolkningen i stort och läkarkårens inställning till olika beslut i livets slutskede som påverkar livets längd. En åtgärd är att avbryta livsuppehållande vård, och en annan är palliativ sedering i livets slutskede. I den sistnämnda söver man ned en patient och i samband med det avslutar alla former av behandling inklusive näring och vätska. Den kan också påverka dödsögonblicket då sederingen ofta är andningshämmande, så egentligen är det en aktiv åtgärd som kan förkorta patientens liv, som är fullt tillåten. Utöver det finns det de här åtgärderna som ännu inte är tillåtna i Sverige: läkarassisterat suicid, och det som ibland kallas eutanasi eller aktiv dödshjälp som är tillåtet i Nederländerna och Kanada, där en läkare på patientens begäran injicerar en dödlig dos läkemedel och därmed avslutar patientens liv. Det är inte alls kontroversiellt längre att avbryta livsuppehållande vård, det får patienten själv bestämma, det är inte heller kontroversiellt med palliativ sedering, utan det är assisterat suicid och eutanasi som är kontroversiella, särskilt i läkarkåren. Det vi upptäckte när vi gjorde de här undersökningarna för tio år sen – vi hoppas göra om den i år – är att det finns ett massivt stöd för alla åtgärderna bland befolkningen. Uppåt 70–80 % av befolkningen tycker det borde vara tillåtet men i läkarkåren är man mer kluven, där var det en tredjedel som var emot, en tredjedel för och en tredjedel som inte kunde bestämma sig.

Kommer läkarna behöva finna sig ett majoritetens tyranni-scenario?

JAG TROR ATT det här kommer förr eller senare. Det fanns ju motstånd mot abort inom läkarkåren på 60-70-talen men sen när det kom var det tillräckligt många som var beredda att jobba med det. Det blev inget problem. Jag tror att vi kommer få läkarassisterat döende, antingen läkarassisterat suicid eller eutanasi, eller både och innan jag hinner gå bort, och jag tror också en tillräckligt stor del av läkarkåren kommer tycka att det är okej. Det vi har gjort under tiden är att titta på läkarstudenter och det är tydligt att en tillräckligt stor andel tycker det ska vara tillåtet och det tycker nog jag också.

Slutligen, vad har du för tips att ge unga filosofer med intresse för medicinetiska frågor?

BARA FORTSÄTT! VI lever i en era av tilltagande intresse. Det är få områden där arbetsmarknaden ser så ljus ut för filosofer som medicinsk etik och angränsade områden. Det finns ett jättestort sug i hälso- och sjukvården och i samhället efter de här frågorna. Det finns all anledning att tro att man kan leva på sin filosofi om man tar den här inriktningen. Så jag vill uppmuntra unga människor att bli mina kollegor.

→

*Anna Wedin*