

Människovärde i medicinsk etik

Niklas Juth

Introduktion

I den medicinska etiken hänvisas det flitigt till människovärdet. I Sverige är det lagfäst att människovärdesprincipen är den överordnade principen när det gäller prioritering och bemötande av patienter (HSL 2017:30). När Statens medicinsk-etiska råd (Smer) bildades 1985 ingick det från början i uppdraget att särskilt bevaka nya medicinska insatser konsekvenser för människovärdet. Vad människovärde och människovärdesprincipen innebär är dock oklart inom medicinsk etik, som inom andra områden. Människovärdet har tillskrivits olika och oförenliga innebörder i den medicinska etiken. I Smers skrift *Det svår fångade människovärdet* urskildes bland annat innebörder enligt vilka människovärde kan ses som något graderbart eller något som tillkommer alla människor i lika stor utsträckning (Smer 2012). Det graderbara människovärdet tänks då handla om sådant som meritvärde eller livskvalitet, medan det ograderbara människovärdet innefattar vissa grundläggande rättigheter som alla har oavsett förmågor och funktion i samhället. För att göra en lång historia kort kan redan nu sägas att den senare typen av tolkning, som ser människovärde som en ograderbar grund för vissa anspråk på likabehandling och vissa rättigheter, är den som vunnit mest insteg både i akademiska diskussioner och praktisk hälso- och sjukvårdspolitik, åtminstone i Sverige idag (vilket är huvudsakligt fokus för denna artikel). Vi ska naturligtvis återkomma till allt detta i mer detalj. Först några ord om ämnet medicinsk etik.

Medicinsk etik är ett tvärvetenskapligt ämne som analytiskt och empiriskt studerar etiska (norm- och värdemässiga) aspekter av hälso- och sjukvård samt medicinsk forskning.¹ Ibland används termen bioetik för att betona att medicin ska förstås brett, innefattande alla livsvetenskaper, från mikrobiologi till folkhälsovetenskap och annan medicinskt relevant samhällsvetenskap och humaniora. Medicinsk etik är ett uråldrigt ämne med kända rötter tillbaka till Hippokrates (ca

1. Mer om medicinsk etik kan man läsa i exempelvis *Medicinska etikens ABZ* (Lynöe och Juth 2009) samt *Medical Ethics: A Very Short Introduction* (Hope och Dunn 2018).

460–370 f.Kr.). Idag är det ett av den tillämpade etikens största områden med en uppsjö egna tidskrifter och akademiska institutioner. Det beror förmodligen på att ämnet är av både stor praktisk betydelse (det finns exempelvis i stort sett undantagslöst inslag av etik i alla medicinska och vårdvetenskapliga utbildningar) och teoretiskt intresse (det är en vanlig experimentverkstad för att pröva grundläggande normativa positioner). Ämnets storlek och tillväxt beror nog också delvis på dess dubbla natur. Å ena sidan är ämnet en områdesetik med sina egna förhållningssätt och tumregler för olika vårdvetenskapliga och medicinska professioner. Å andra sidan är medicinsk forskning och hälso- och sjukvård en del av samhället och diskussioner i medicinsk etik påverkar och påverkas av näraliggande områden, som politisk filosofi och etik i allmänhet. Vi kommer att se prov på detta i denna text.

Denna artikel fokuserar på två inriktningar i diskussionen om människovärde i medicinsk etik. För det första kommer människovärde i prioriteringar i vården adresseras. Det kommer att exemplifieras av diskussioner om ålder och ansvar för den egna hälsan som prioriteringsgrunder. Slutsatserna där är att det är ifrågasättbart om människovärdet kan utgöra en grund för förbud att prioritera utifrån ålder och ansvar på det sätt som det har varit tänkt. Ytterligare ett prioriterings-exempel diskuteras, nämligen prioritering av behandling för ovanliga sjukdomar (så kallade sällsynta läkemedel) som eventuellt bör prioriteras på grund av (en viss tolkning av) människovärdet. För det andra kommer människovärdet som grund för att ge alla och bara människor vissa rättigheter kort diskuteras, i anslutning till abort och medicinska djurförsök. Diskussionen visar på svårigheterna med att använda ett eventuellt människovärde för att dra slutsatser om mänskliga fosters eller födda människors rättigheter.

Denna text har inte ambitionen att heltäckande presentera tankar om människovärdets inflytande i medicinsk etik. Syftet är snarare att väcka intresse genom att ge några smakprov.²

Människovärdesprincipen i den etiska plattformen

I Sverige har vi en lagstiftning som avser styra prioriteringar i hälso- och

2. I svensk medicinsk rätt förekommer hänvisning till människovärdet (utöver HSL) också i Etikprövningslagen (2003:460) som diskuteras ur etiskt och juridiskt perspektiv av Wahlberg et al 2023. Människovärdet har också haft betydelse för medicinetiska diskussioner om exempelvis organtransplantation (Modra och Hilton 2015), eutanasi (Biggs 2001) och genetik (Segers och Mertens 2020).

sjukvården (hädanefter: vården), den så kallade *etiska plattformen*.³ Den kommer i första hand till uttryck i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt den statliga offentliga utredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) som ledde till propositionen 1996/97:60, antagen i riksdagen 1997. I detta sammanhang kan det vara värt att citera portalparagrafen (kap. 3, § 1; min kursivering): ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för *alla människors lika värde* och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

I den etiska plattformen anges tre principer för hur prioriteringar ska ske i svensk hälso- och sjukvård:

- (1) Människovärdesprincipen, som säger att ”[a]lla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället”.
- (2) Behovs- eller solidaritetsprincipen, som säger att ”[d]en som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Vi ska återkomma till behovsprincipen, men solidaritet i detta sammanhang innebär kortfattat dels att alla ska bidra till den gemensamma vården efter (betalnings)förmåga via skatten, dels att beakta behoven hos dem som inte själva kan driva sina rättigheter, så att inte de med bäst förmåga att tala för sig själva går före (för att undvika den så kallade ”decibelfaktorn” (Lynöe och Juth 2009)).
- (3) Kostnadseffektivitetsprincipen, som säger att ”[v]id val mellan olika åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet, eftersträvas”. I förarbetet SOU 1995:5 betonades att principen enbart skulle tillämpas när flera behandlingar av samma tillstånd jämförs, men detta tonades ner i propositionen och senare lagstiftning; praxis har utökat principens användning till att gälla även jämförelser mellan olika tillstånd och vårdformer (Gustavsson 2019).

Det framgår otvetydigt att dessa principer tänks vara lexikalt ordnade, så att människovärdesprincipen alltid har företräde framför behovs-

3. Här avses prioriteringar i vid mening, dvs. alla beslut som innebär att man väljer någon (eller några) framför andra (som kanske då väljs bort). Det innefattar rangordning av patienter eller patientgrupper, fördelning av vårdens resurser (som leder till en sådan rangordning) och ransonering (att vissa åtgärder väljs bort eller erbjuds mer sällan till exempel). För mer om prioriteringsbegreppet se Liss 2004.

och solidaritetsprincipen och att behovs- och solidaritetsprincipen (hädanefter: behovsprincipen) alltid har företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen vid eventuella konflikter. Människovärdesprincipen ska alltså anses ha företräde och väga tyngst. I den meningen är det den viktigaste av principerna.

Vad säger då människovärdesprincipen närmare bestämt enligt den etiska plattformen? Det är tydligt att principen ska förstås som en *lika-behandlingsprincip* vars mest generella formulering kan skrivas: Lika fall ska behandlas lika. Den är alltså (nästan) liktydig med det som i den internationella litteraturen kallas den formella rättvisepincipen (anledningen till detta "nästan" förklaras snart).⁴ Den formella rättvisepincipen anses helt okontroversiell. Den som är van vid hur mycket oenighet som brukar prägla rättvisediskussioner kan eventuellt tycka att det är skönt att det finns någon idé om rättvisa som är okontroversiell, men den formella rättvisepincipen är okontroversiell till priset av att vara väldigt tunn, gränsande till intetsägande. Den formella rättvisepincipen förstås nog enklast om den formuleras negativt: om man ska göra en skillnad mellan två fall (situationer/patienter/patientgrupper/vadhelst) så måste det finnas en *relevant* skillnad mellan dem. Tunneten i den formella rättvisepincipen beror på att den i sig inte anger vilka skillnader som är relevanta. Den utesluter inte att man menar att kön eller etnicitet är relevanta, dvs. sexistiska eller rasistiska principer. Den formella rättvisepincipen är just formell: den måste kompletteras med en redogörelse för vilka skillnader som är relevanta och inte för att säga något om hur vi ska fördela och prioritera i praktiken. Betraktad för sig är den ju bara uttryck för uppmaningen att inte göra någon skillnad där ingen ur rättvisesynpunkt relevant skillnad finns. Den formulerar alltså enbart ett förbud mot orättmätig diskriminering.

Därför är många formuleringar av människovärdesprincipen (snudd på) missvisande, inklusive den ovan nämnda: "Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället". Den formuleringen kan ju tolkas så att den säger något omfattande om människors substantiella rättigheter till exempelvis vård. Vidare kan man ju tro att "personlig egenskap" betyder vilken beskrivning av en person som helst. I så fall kan man få för sig att människovärdesprincipen medför att precis alla har precis samma rätt till precis all

4. Rawls kallar den formella rättvisepincipen rättvisebegreppet (*the concept of justice*), alltså den minimala begreppsliga betydelselikhet som alla skilda uppfattningar om rättvisa (*conceptions of justice*) ändå kan enas om (Rawls 1972).

vård och alla vårdinsatser. Det skulle vara en fullständig vettlös tolkning som ingen vid närmare eftertanke ställer upp på. Att ens rätt till vårdinsatser exempelvis skulle vara oberoende av om man faktiskt är sjuk eller inte har ingen egentligen menat och inte heller den etiska plattformen: där framgår det ju klart att den med större behov ska äga företräde till vården. Att exempelvis någon med och någon annan utan diabetes skulle ha samma rätt att kräva insulinbehandling har förstås ingen hävdats.

När man läser plattformen noggrannare framgår också att människovärdesprincipen i svensk vård ska ges en mer specifik tolkning: den ger uttryck för den formella rättvisepincipen *i kombination* med en uppräknig av ett antal faktorer som ska anses vara irrelevanta för hur man ska prioritera i vården. (Därav brasklappen ovan att den *nästan* är liktydig med den formella rättvisepincipen.) Några av de faktorer som nämns som irrelevanta är de vanliga diskrimineringsgrunderna: etnicitet, kön, könsidentitet, sexuell läggning, religiös tillhörighet osv. Det är svårt att hitta exempel på någon som argumenterar för att dessa faktorer ska spela roll för prioriteringar i vården, så de torde vara helt okontroversiella. Men dessutom nämns följande faktorer i den etiska plattformen: ekonomisk och social ställning, (kronologisk) ålder samt tidigare livsstil. Dessa anges vanligtvis inte som diskrimineringsgrunder och anses inte sällan utgöra grund för försvarbara beslut om resurstilldelning i vårt samhälle. De förtjänar därför sina egna diskussioner.

Jag kommer endast mycket kortfattat beröra ekonomisk och social ställning. Av den etiska plattformen framgår att tanken inte enbart är att exempelvis Sveriges konung och en uteliggare med samma medicinska behov och prognos ska prioriteras lika högt, utan också att ingen marknadsprincip ska gälla tillgång till vård: förmåga och villighet att betala som individ ska inte påverka hur man prioriteras i vården. Det finns flera goda skäl för att anse att behovs- och jämlikhetsprinciper bör styra tillgång till vård snarare än tillgång och efterfrågan på en marknad (vård är och bör anses vara något annat än Beatlesskivor och golfklubbor, som rimligen ska fördelas på en marknad) (Juth 2005, kap. 7). Det finns också omfattande belägg för att nuvarande trend med ökat inslag av vårdval, privata sjukförsäkringar och privata vårdgivare som vänder sig direkt till konsumenter (exempelvis Kry) slår undan fötterna för vård fördelat efter behov till förmån för en marknadsbaserad fördelning (att tro något annat vore märkligt – det ligger i sakens natur att marknadsmissig fördelning leder till, ja, marknadsmissig fördelning) (Lapidus 2022). Båda dessa omständigheter (den första moralisk och

den andra saklig) har utretts grundligt på annat håll. Det är därmed tveklöst så att marknadsprincipen och behovsprincipen är oförenliga och att marknadsprincipen därmed står i strid med den etiska plattformen. Det betyder inte att marknadsprincipen är oförenlig med människovärdesprincipen. I själva verket framgår det ingenstans i den etiska plattformen varför dessa principer ska anses vara oförenliga. Frågan om huruvida olika former av resursmässig och ekonomisk ojämlikhet är oförenlig med någon variant av människovärdesprincipen generellt är inget som kan utredas här. En sådan fråga är alltför omfattande och knappast enbart medicinetisk. I det följande fokuserar vi därför på ålder och ansvar för ohälsa.

Människovärdesprincipen och ålder

I den etiska plattformen framgår det uttryckligen att prioritering efter kronologisk ålder anses vara i strid med människovärdesprincipen (SOU 1995:5, s. 24). På liknande sätt framhålls att fasta åldersgränser inte ska användas för att avgöra vilka som ska få tillgång till behandling eller inte. I stället är utgångspunkten att en individuell bedömning av patientens medicinska behov och effekt av behandling ska avgöra prioriteringar. En sådan bedömning kan då leda till att en äldre patient med större behov eller effekt av en behandling ska prioriteras framför en yngre. Att inte göra så och gå direkt på patienternas kronologiska ålder vid prioriteringar ses i plattformen som illegitim åldersdiskriminering (*ageism* i den internationella litteraturen).

Däremot får man ta hänsyn till det som kallas biologisk ålder, vilket ungefär betyder det allmänna biologiska skick en person är i (SOU 1995:5, s. 24). Så en 70-åring som spelar tennis varje dag kan ha en lägre biologisk ålder än en 50-åring som trots sin diabetes ligger på sofflocket dagarna i ända och dricker åtta starköl varje kväll. Skälet till att vården får ta hänsyn till biologisk ålder är att denna kan påverka ens förmåga att tillgodogöra sig behandling och därmed behandlingseffekt: allt annat lika tenderar en person med bättre allmänkondition ha större effekt av medicinska behandlingar än en person med sämre allmänkondition. Det är därmed inte egentligen biologisk ålder i sig man ska lägga i vågskålen, utan den biologiska ålderns påverkan på behandlingseffekt. Till syvende och sist så är det behandlingseffekten som är relevant.

Vissa har menat att redan hänsynstagande till biologisk ålder är diskriminerande; människor som redan är illa däran och skröpliga utan

egen förskyllan kan då nedprioriteras jämfört med friskare medmänniskor. Denna synpunkt fördes fram i offentlig debatt under coronapandemin: det argumenterades för att otillbörlig vikt vid biologisk ålder riskerade att leda till åldersdiskriminering på exempelvis intensivvårdsavdelningen vid Karolinska universitetssjukhuset.⁵

Andra har menat att det gränsar till vansinne att inte bry sig om effekten av behandling – om detta helt ignoreras kan det sluta med att vi kastar alla vårdens resurser där de inte gör någon nytta alls (den så kallade bottenlösa hålet-invändningen (Brook 2002)). Då ter sig vården som en meningslös symbolverksamhet. De flesta ser bottenlösa hålet-invändningen som ett *reductio ad absurdum* av att inte beakta behandlingseffekt (och de faktorer som påverkar denna, som biologisk ålder).

På liknande grunder accepterar många att ålder kan spela en *indirekt* roll vid prioriteringar, särskilt på storskalig nivå när vi avgör vilka behandlingar samhället ska subventionera från början. Vi tenderar generellt att få sämre behandlingseffekt i termer av (kvalitetsjusterade) levnadsår för behandlingar som riktar in sig mot sjukdomar som debuterar senare i livet jämfört med tidigare (även om detta är just en tendens snarare än en allmän sanning – det finns gott om exempel på motsatsen). Ju äldre vi blir, desto närmare kommer vi ett genomsnittligt livsspann och desto färre år kan vi förvänta oss att ha kvar. Detta påverkar hur mycket behandlingar ger i termer av levnadsår och därmed behandlingseffekt. De behandlingar som riktar sig mot äldre kommer därmed ofta ges en lägre prioritet. Men, återigen, det är då inte åldern i sig utan behandlingseffekten som spelar roll (även om det sistnämnda då delvis beror på det förstnämnda). Det finns, som sagt, gott om exempel på behandlingar som riktar sig mot tidigt debuterande sjukdomar (som vissa genetiska sjukdomar, exempelvis Hunters) som har betydligt sämre effekt än behandlingar som typiskt riktar sig mot äldre personer (som blodtryckssänkande behandlingar, med god genomsnittlig effekt och kostnadseffektivitet) (Juth 2017).

De finns dock de som argumenterat för att det inte alls är orättvist att mer direkt bry sig om ålder, utan tvärtom (Daniels 1988). Faktum är att länder som Norge och Nederländerna tillåter detta med direkt hänvisning till rättvisöverbäganden. Resonemanget är som följer. När vi

5. Se t.ex. Joakim Andersson i *Läkartidningen* (<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/12/karolinska-kritiseras-for-brister-kring-prioriteringar-pa-iva/>) samt Olof Svensson i *Aftonbladet*, 9 april 2020 (<https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/1AyePy/dokument- visar-de-prioriteras-bort-fran-intensivvard>).

ser till vem som har störst behov av vård ska vi se till vem som drabbas hårdast av sin sjukdom. Men då ska vi inte bara se till vem som drabbas hårdast här och nu, utan sett till hur det påverkar hela livet. Allt annat lika är det värre att drabbas av en allvarlig sjukdom med fem förväntade överlevnadsår när man är 20 år jämfört med när man är 80 år. 80-åringen har ju redan haft 60 fler (antar vi) tillräckligt goda år. Resonemanget är tillämpligt oavsett om vi bryr oss om allvarlighet eller jämlikhet. Från resonemanget följer närmast prioriteringsprincipen ”yngre först” eftersom den yngre fått mindre av något grundläggande gott: (goda) levnadsår. Detta har vissa ansett vara motsatsen till diskriminering, till skillnad från prioritering utifrån exempelvis social ställning eller etnicitet: ”Eftersom [alla människor] åldras, så innebär att behandla olika åldrar olika inte att vi behandlar olika människor ojämnt” (Daniels 1988, min översättning). Låt oss kalla denna rättvisetanke för livstidsegalitarism.

Det som i den etiska plattformen ses som illegitim åldersdiskriminering i direkt strid med människovärdet anses alltså av andra (exempelvis lagstiftare i vårt grannland Norge) vara en direkt följd av rättvisegrundade behovs- och jämlikhetsöverväganden. Nu menar förstås inte de som försvarar livstidsegalitarism att endast jämlikhet mellan liv spelar roll: även exempelvis behandlingseffekt ses som viktigt, vilket alltså ibland kan tala för att satsa på behandling av äldre. Det är dock intressant att notera att den etiska plattformen inte över huvud taget tar upp och diskuterar livstidsegalitarism. Därmed framförs heller inga argument för att större hänsynstagande till ålder vid prioriteringar skulle vara i strid med människovärdesprincipen.

Människovärdesprincipen och ansvar⁶

Det finns en del empiri som stöder uppfattningen att en andel av befolkningen menar att patienter med självförvållad ohälsa bör nedprioriteras. Den uppfattningen står alltså i strid med människovärdesprincipen som den formuleras i den etiska plattformen. Där står uttryckligen att tidigare livsstil inte ska användas som övervägande vid prioritering av patienter. Närmare bestämt så är det inte tillåtet att beakta patienters (eventuellt) självvalda livsstil i det förflutna. Däremot kan det vara tillåtet att ta hänsyn till patienters förväntade framtida livsstil genom att ställa krav på att patienter ändrar sitt beteende för att få tillgång till vis-

6. Det som står i detta avsnitt angående ansvar som prioriteringsgrund utvecklas mer utförligt i Björk 2021.

sa vårdinsatser (vi återkommer till det). Det som alltså anses oförenligt med människovärdesprincipen är tillbakablickande ansvarsutkrävande för ohälsa, vilket brukar kallas för förtjänst- eller ansvarsprincipen.

I den internationella medicinetiska diskussionen hade ansvarsprincipen få försvarare innan 2000-talet. Om det alls skrevs om principen var det till mesta del kritiskt. Behovsprincipen och andra jämlikhetsprinciper om fördelning av just vård har alltid haft starkt stöd; vissa moralfilosofer har till och med hävdad att den som förnekar att vård ska fördelas efter behov har missförstått den gemensamma innebörden av vård i vårt samhälle (Walzer 1983). Sedan femton år ungefär är dock bilden mer splittrad och fler kvalificerade försvar av ansvarsprincipen har presenterats. En viktig bidragande förklaring är att teorin om rättvisa som kallas tur-egalitarism (*luck egalitarianism*) uppmärksammas och försvarats i större utsträckning de senaste decennierna. Tur-egalitarismen säger att vi ska eftersträva jämlikhet vad gäller fördelning av samhällets viktigaste resurser i allmänhet och att ojämlikhet egentligen endast kan försvaras om den beror på individens egna val (och inte ren otur). Vi ska alltså utjämna för allt som individen inte själv kan lastas för, men där går också gränsen för vilka utjämningar vi kan kräva i rättvisans namn: om våra egna val gör att vi hamnar i en sämre ställd position än andra så utgör det ingen grund för rättmätig kompensation.

Den tanken har alltså importerats i den medicinetiska diskussionen om rättvisa prioriteringar i vården. Det är lätt att se hur den kan användas för att stödja tanken på att de som frivilligt misskött sin hälsa kan få finna sig i att bli lägre prioriterade än de som skött sin hälsa men ändå haft oturen att drabbas av ohälsa (exempelvis på grund av olyckor eller otur i de samhälleliga eller genetiska lotterierna).

Även i Sverige har ansvarsprincipen diskuterats i större utsträckning de senaste decennierna. I början av 2000-talet tillsatte regeringen ett prioriteringscentrum med uppdraget att bevaka och utveckla prioriteringsfrågor i Sverige och den etiska plattformens tillämpning i synnerhet. Prioriteringscentrum, som numera tillhör Linköpings universitet, publicerar bland annat forskningsbaserade rapporter. Rapporten *Vårdens alltför svåra val* (2007:2), som naturligtvis parafraserar SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*, föreslog bland annat att en ansvarsprincip kunde vara värd att överväga som komplement till de tre principer som redan finns i den etiska plattformen. Detta ledde till animerade diskussioner i bland annat *Läkartidningen* och förslaget ledde inte vidare till någon revidering av plattformen. Frågan var dock väckt och diskussionerna har fort-

satt, inte minst i akademiska fora.

Den etiska plattformen menade dock alltså att ansvarsprincipen var oförenlig med människovärdesprincipen. I *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) framfördes fyra argument mot ansvarsprincipen: (a) kunskaper om orsaker till hälsofarligt beteende är ofta okända då beteendet påbörjas (exempelvis rökning på 60-talet eller konsumtion av rött kött på 90-talet), (b) det är ofta svårt att urskilja vad som är resultat av det egna beteendet, exempelvis vad livsstil och arv bidrar med mer precist i det enskilda fallet, (c) skadligt beteende förvärvas ofta tidigt och har komplex bakgrund, samt (d) avgränsningen för vad som är självförvållad sjukdom och inte riskerar att bli godtycklig.

Som synes är det sistnämnda argumentet snarast en följd av de tre första argumenten (givet att de stämmer). De två första argumenten handlar i första hand om den kunskapsmässiga svårigheten att veta vad den egna livsstilen bidrar med. Det tredje argumentet hänvisar framför allt till svårigheten att frivilligt styra sin (o)hälsa.

Dessa argument ger uttryck för en grundläggande intuition som vi har om förtjänst eller ansvar, nämligen att vi bara kan förtjäna eller vara ansvariga för sådant vi rå för eller kontrollerar. Denna intuition återfinns bland annat i de flesta straffrättsliga system på något sätt: om man kan göra det troligt att en person inte kunde rå för vad hen gjorde, på grund av exempelvis okunskap, yttre tvång eller inre tvång (exempelvis psykos) så utgör det grund för straffrättslig ansvarsfrihet. Samma tankemönster återfinns också i de medicinetiska diskussionerna om prioritering på basis av eget ansvar och är en bra bakgrund för att förstå de vanligaste och viktigaste argumenten i diskussionen. I det följande presenteras några av dessa argument (utan några anspråk på fullständighet eller fördjupning).

Det förmodligen vanligaste argumentet hänvisar helt enkelt till den basala rättviseintuitionen de flesta av oss verkar ha: att man har ett visst ansvar för konsekvenserna av sitt eget handlande. Ofta drivs intuitionen av enskilda exempel: vi har svårare att sympatisera med KOL- eller lungcancerpatienten som varit storrökare jämfört med någon som utsatts för passiv rökning under uppväxten, eller storkonsumenten av alkohol jämfört med patienten med medfödd leversjukdom i transplantationskön. För att ta ett ännu mer tillspetsat exempel: om den rattfulle som kört av vägen och stackaren som körde in i ett oljespill kommer in samtidigt på akuten och det bara finns resurser till en av dem tycker många spontant att den sistnämnde ska prioriteras, åtminstone om de har likartad risk att dö utan behandling båda två. Lite mer generell: Varför

ska de som sköter sig subventionera andras frivilliga och okloka livsval? (Tillför man direkt skada på andra (den rattfulle och dess påkörde offer) blir nog intuitionen ännu starkare.)

Det finns också mer medicinetiskt specifika argument för ansvarsprincipen som bygger på autonomiprincipen i vården: patientens rätt att själv bestämma över vilken vård hen ska acceptera eller inte. Utifrån autonomiprincipen kan man mena att det följer ett ansvar för hälsa, åtminstone avseende val att tacka ja eller nej till behandlingar. Ska verkligen den som självsvåldigt struntar i vad läkaren säger prioriteras lika högt som den som följer läkarens anvisningar till punkt och pricka? (Den som ställer denna retoriska fråga tänker sig att de flesta svarar: "Nej, verkligen inte!")

Det finns dock ett antal problem med ansvarsprincipen, i synnerhet i hälso- och sjukvården. Till att börja med har vi det redan nämnda kunskapsmässiga argumentet: det är ofta väldigt svårt att veta precis vad det egna beteendet bidragit med vad gäller i stort sett alla vanliga tillstånd (cancer, diabetes, psykisk ohälsa osv.) speciellt i det enskilda fallet. I synnerhet den medicinskt oskolade medborgaren kan inte förväntas ha kunskap om alla medicinska riskfaktorer. Det är vidare inte sällan så att undvikande av en risk ökar en annan: exempelvis sexuell avhållsamhet ökar risken för bröstcancer men minskar risken för livmoderhalscancer. Ska nunnan nedprioriteras i den ena kön och upprioriteras i den andra eller tar de olika riskerna ut varandra? Även om man känner till de medicinska detaljerna blir tillämpningen en svår fråga.

Det kan dessutom vara olika svårt att kontrollera sitt beteende även om man är bekant med riskerna. Vissa är exempelvis mer benägna att fastna i olika typer av beroenden än andra. Ett liknande exempel är hur vi ska se på sådana som har förhöjd genetisk benägenhet att få lungcancer som ett resultat av rökning. Om en sådan rökare får lungcancer, är hen mer eller mindre klandervärd än en rökare med lungcancer som inte har dessa gener? Å ena sidan kan högriskpersonen inte rå för sina gener, så hen borde ha lägre grad av ansvar. Å andra sidan kunde man hävda att vi har en plikt att ta reda på och förhålla oss till alla våra ärftliga risker. Har vi det? Ganska snart hamnar man i väldigt grundläggande frågor om fri vilja och förmågan att styra sitt eget beteende. Vårdens möjlighet att ta ställning i dessa svåra frågor är begränsade.

Till detta kommer att föreslaget ansvarsutkrävande för ohälsa tenderar att fokusera på vissa ohälsosamma beteenden och inte andra. Rökning, alkohol- och substanskonsumtion, kost och motion tenderar ofta att bli fokus. Riskbeteenden som har samhälleligt högre status eller

som anses samhälleligt önskvärda anses mer sällan utgöra grund för nedprioritering, som utlandsresor (vilket ökar risken för smittsamma sjukdomar), idrottande eller arbete i vård, polis eller brandkår. Dessa beteenden brukar istället ibland anses vara skäl för att prioriteras, trots att de utgör frivilliga risktaganden. Det när misstanken om att ansvarsprincipen snarast vilar på en godtycklig moralism gentemot vissa beteenden, i synnerhet sådana som är överrepresenterade bland de som redan har lägre socioekonomisk status och sämre hälsa från början.

Sammantaget står den som vill införa en ansvarsprincip i vården på ett rimligt sätt inför stora utmaningar. Man måste ta hänsyn till patienters förkunskaper och möjlighet att kontrollera sitt beteende och samtidigt undvika smygmoralism. Det finns också en utbredd motvilja bland vårdpersonal mot att ta på sig rollen som så att säga dömande part. En stor del av motståndet mot ansvarsprincipen i vården handlar om att det är svårt att förena med det förtroende man vill upprätta gentemot patienten. En patient som undanhåller information utifrån risk att bli nedprioriterad riskerar att få sämre vård.

Som nämnts finns dock redan idag möjlighet för framåtblickande ansvarsutkrävande: en läkare kan ställa villkor på att patienten ändrar sitt framtida beteende för att få tillgång till en vårdinsats. Exempelvis kan en alkoholist med behov av levertransplantation avkrävas framgångsrik behandling för sitt missbruk och behöva uppvisa avhållsamhet en period för att få stå i transplantationskön på samma villkor som andra patienter. På liknande sätt kan ortopediska insatser villkoras med rökstopp en period före och efter operationen för att minska risken för komplikationer. Motiveringen är då inte att utkräva ansvar för ohälsosamt beteende, utan att förbättra behandlingseffekt och prognos. Att prioritera med hänvisning till behandlingseffekt och prognos är helt i enlighet med den etiska plattformen.

Att framtida livsstil får användas som grund för prioriteringar medför dock en komplikation, av det enkla skälet att det som en gång är framtida efter en viss tid blir förflutet. Hur ska man förhålla sig till en patient som dyrt och heligt lovar att hålla upp med rökningen en månad innan knäledsoperationen, men inte lyckas hålla sitt löfte och dyker upp på operationsdagen med cigaretterna i fickan? Det är fortfarande inte tillåtet att nedprioritera patienter på grundval av tidigare beteende. Hur vården ska förhålla sig till situationer som denna är oklart och värt ytterligare utredning.

Som framkommit finns en hel del att säga om den medicinetiska an-

svarsprincipens styrkor och svagheter. Men även om svagheterna överväger och den etiska plattformens förkastande av ansvarsprincipen är rimligt så är det inte självklart att förkastandet i första hand hänger på att ansvarsprincipen är oförenlig med människovärdesprincipen. Har de anförda argumenten mot ansvarsprincipen något med människovärdesprincipen att göra? Vilket är förhållandet mellan dessa två principer egentligen?

Det beror, som antytts ovan, naturligtvis på hur människovärdesprincipen ska förstås närmare bestämt. Enligt ”standardtolkningen” att människovärdesprincipen endast är en formell rättvisepincip så är det en öppen fråga om ansvar ska anses etiskt relevant eller inte: människovärdesprincipen tagen för sig kan då inte sägas vara tillräcklig för att förkasta ansvarsprincipen. Ansvarsprincipen är då bara ett förslag bland flera om vad som ska anses vara en relevant skillnad vid prioriteringsbeslut. Ansvarsprincipen har ändå anhängare (om än förmodligen i minoritet) bland allmänheten och (förmodligen i än mindre utsträckning) vårdpersonal. Försök till kvalificerade försvar har, som nämnts, formulerats först de senaste decennierna.

En fylligare förståelse av människovärdesprincipen kan dock medföra att den är oförenlig med ansvarsprincipen. I den etiska plattformen antyds faktiskt en sådan uppfattning. Vissa principer, som lotteriprincipen, förkastas, men inte för att den är oförenlig med människovärdesprincipen. Däremot verkar ansvarsprincipen föras samman med de vanliga diskrimineringsgrunderna, (kronologisk) ålder och ekonomisk samt social ställning som varandes i strid med just människovärdesprincipen (SOU 1995:5, s. 127). Ett möjligt försvar för en sådan position är att hälsa ska höra till vissa skyddade områden som människor har rätt till oavsett deras personliga och moraliska kvaliteter. Vi kan alla behöva vård på grund av sjukdom och skada, och i vårt bräckliga tillstånd kan det te sig oanständigt att vi först ska bli bedömda utifrån vår egen skuld till tillståndet. Hälsa ska kanske anses som så grundläggande och viktigt för oss att det är just vårt behov av vård, inte vår skötsamhet, som ska avgöra om vi får del av vårdens omsorger.

Människovärde och särläkemedel⁷

Hittills har vår diskussion av människovärdesprincipen som priorite-

7. För en mer detaljerad diskussion av det som framkommer i detta avsnitt se Juth et al 2021.

ringsprincip i vården rört sig på en i huvudsak principiell nivå. Men människovärdesprincipen har ibland betydelse för konkreta prioriteringsbeslut. Ett sådant exempel från de senaste åren är särläkemedel.

Särläkemedel är beteckningen för medicinska behandlingar som riktar sig mot tillstånd som är allvarliga och ovanliga. Allvarliga tillstånd är sådana som har stor inverkan på hälsorelaterad livskvalitet (välbefinnande och funktionsförmåga) och/eller livslängd. De flesta är överens om att allvarliga tillstånd ska prioriteras framför mindre allvarliga tillstånd; det anses följa från behovsprincipen (ju allvarligare tillstånd, desto sämre ställd är patienten, ju sämre ställd patienten är, desto större behov). I Sverige är det i stort sett okontroversiellt och vägleder beslut om vilka behandlingar samhället och vården ska subventionera för medborgarna: ju allvarligare tillstånd, desto större är den samhälleliga betalningsviljan. Men det finns gott om tillstånd som är allvarliga och förhållandevis vanliga (i jämförelse med andra medicinska tillstånd) som cancer, demens och diabetes. Den karaktäristiska egenskapen hos särläkemedel är att de används för (allvarliga och) *ovanliga* tillstånd. Den officiella siffran för ovanliga tillstånd i EU är tillstånd som drabbar högst 5 av 10 000 personer i populationen (säg exempelvis Sveriges befolkning).

Frågan om särläkemedel har tilltagit i betydelse för att antalet särläkemedelsbehandlingar ökat och väntas öka stadigt. Särläkemedelsbehandlingar riktar sig ofta mot ovanliga genetiska sjukdomar och genetikens explosionsartade utveckling de senaste decennierna gör att dessa behandlingar blir vanligare och vanligare. Dessutom finns ett ökat antal cancerbehandlingar som vänder sig till undergrupper bland de sjuka som, ofta på grund av sitt genom, är mottagliga för behandlingen (medan andra med annorlunda genom men samma sjukdom inte är det). Det gör att sjukdomslandskapet hela tiden blir mer och mer finfördelat: du har inte bara exempelvis malignt melanom, utan malignt melanom av ett slag som på grund av dina gener gör dig särskilt mottaglig för en viss behandling. Dessa i grunden positiva utvecklingar gör att det ständigt tillkommer fler och fler särläkemedel.

Problemet är nu detta: kostnaden för att utveckla läkemedel, oavsett hur vanligt tillståndet är som läkemedlet riktar sig mot, är hög. Tendensen blir då att ju färre patienter, desto högre blir kostnaden per patient, eftersom färre personer ska dela på kostnaden för läkemedelsutvecklingen. Det innebär att läkemedelsföretag har varit mer ovilliga att satsa på särläkemedel från början. Dessutom, om de ändå satsar på dem, kommer de ta mycket betalt för varje behandlad patient. Därför har de flesta OECD-

länder sedan länge haft ekonomiska fördelar knutna till utvecklandet av sär läkemedel, som skatterabatter och förlängda patent. De senaste åren har framför allt en fråga diskuterats: ska samhället betala mer per hälsovinst för sär läkemedel än för andra läkemedel?

Det är för att besvara den frågan som hänvisningar till människovärdesprincipen aktualiserats: bör samhället vara berett att betala mer för sär läkemedel jämfört med behandlingar för andra (lika allvarliga) tillstånd? I Sverige har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) sagt "ja", framför allt med hänvisning till just människovärdesprincipen. TLV är den myndighet som tar ställning till vilka behandlingar som samhället ska subventionera, bland annat utifrån hälsoekonomiska analyser. Hur har TLV resonerat? Går det att med hänvisning till människovärdesprincipen försvara det substantiella ställningstagandet att ovanliga tillstånd bör prioriteras?

För att förstå resonemanget så räcker det med att se människovärdesprincipen på det minimala sättet: som liktydig med den formella rättvisepincipen som säger att lika fall ska behandlas lika. Utgångspunkten är det empiriska antagandet att patienter med ovanliga sjukdomar har en högre kostnad för behandlingar jämfört med behandlingar för vanligare sjukdomar. Detta är ett resultat av att färre individer måste dela kostnaderna för forskning och utveckling, eftersom behandlingarna erbjuds till patientgrupper bestående av färre individer. Att det är färre individer är inget någon rår för: det verkar uppenbart irrelevant ur rättvisesynpunkt. Så sällsynthet tillsammans med att tillämpa allmänt accepterade kostnadsnivåer per hälsoförbättring kommer att innebära kostnadsmissiga nackdelar för dem med sällsynta sjukdomar. Att acceptera en högre kostnad för sär läkemedel är då bara att jämna ut eller kompensera för en moraliskt irrelevant faktor: ovanlighet eller, annorlunda uttryckt, sällsynthet. Det skulle kunna ses som analogt med att betala extra för tolk i vården för att ge patienter som inte är svensktalande vård på samma villkor som svensktalande; därmed accepterar vården en ytterligare kostnad för att jämna ut för en moraliskt irrelevant skillnad (språkkunskaper).

Resonemanget är bestickande, men går att ifrågasätta på flera punkter. För det första kan man ifrågasätta det empiriska antagandet att utvecklingen av sär läkemedel måste kosta mer per patient än läkemedel för vanliga tillstånd. Till att börja med kostar ofta utvecklingen av sär läkemedel mindre per person än utvecklingen av läkemedel för stora patientgrupper, då det senare kräver randomiserade kliniska studier

med experiment- och kontrollgrupp enligt konstens alla regler, medan försök för sär läkemedel ofta slipper denna dyra procedur, eftersom det ofta inte är möjligt att göra randomiserade studier med så få individer som har tillståndet ifråga. För det andra finns det, som nämnts, redan nu ekonomiska fördelar med sär läkemedelsutveckling. För det tredje är läkemedelsföretagens prissättning inte resultatet av några naturlagar, och kopplingen mellan investering och prissättning är ofta ganska lös. Föga förvånande ligger priserna ofta nära taket för samhällets betalningsvilja, och om samhället visar sig mer betalningsvilliga för ovanliga tillstånd kan det mycket väl påverka företagets prissättning så att de tar mer betalt. För det fjärde innebär gynnandet av ovanliga tillstånd ett missgynnande av vanliga tillstånd, eftersom det innebär en alternativkostnad att lägga mer resurser per hälsovinst på ovanliga tillstånd.

Sedan kan man tycka att det måste finnas en underliggande substantiell moralisk premis om man från den formella rättvisepincipen ska komma till en direkt handlingsrekommendation, som att betala mer per hälsovinst för behandling av ovanliga tillstånd. Det kan nog finnas en sådan här, nämligen en idé om lika möjlighet till tillgång till vård. Det man vill kompensera för är ju att patienter med ovanliga tillstånd har sämre möjlighet att få tillgång till behandling utan kompensation. Men idén att *lika möjligheter* är en rimlig rättvisepincip i vården har flera problem. Ett är att det verkar hopplöst att ens komma i närheten av. Det är en otrolig mängd (i sig moraliskt irrelevanta) faktorer som påverkar kostnad för och effekt av behandling: hur kroppen förmår att metabolisera behandlingar, vad man av historiska tillfällen har satsat på för medicinsk forskning tidigare etc. Det är svårt att veta var man ens skulle börja om man ska försöka kompensera för alla dessa faktorer. Att välja ut just ovanlighet för att kompensera för en irrelevant och godtycklig skillnad riskerar att öka snarare än minska det totala godtycket.

Sedan är lika möjligheter som rättvisepincip kanske särskilt svår för svarad vad gäller just vård (vad man än tycker om principen i andra sammanhang). Att tillämpa lika möjligheter konsekvent i vårdssammanhang blir som ett *reductio ad absurdum* av hela tanken: lika möjligheter skulle tydligen uppnås om alla patienter fick en varsin lott med lika stor möjlighet till vinst (behandling), oavsett behandlingseffekt, prognos eller behov. Ingen har naturligtvis försvarat detta som höjden av rättvis vård.

Vi avgör inte diskussionen om prioritering av sär läkemedel i detta sammanhang. Det som är värt att notera är att frågan har diskuterats med direkt hänvisning till människovärdesprincipen. Det visar att den,

även i sin mest minimala tolkning, ibland används i substantiella rättvisediskussioner i vården. En sådan användning tror jag de flesta också kan gå med på är rimlig: om det inte går att hitta någon ur rättvisesynpunkt relevant skillnad mellan två fall, ja då ska de behandlas lika. Min egen erfarenhet är att detta sätt att resonera inte sällan har betydelse för direkta vårdbeslut: om vi bestämmer oss för att behandla denna patient, då måste vi i framtiden behandla relevant lika patienter. Denna insikt spelar ibland roll för beslut om behandling: Vill vi i vården skaffa oss ett prejudikat för framtiden?

Människovärde och abort⁸

Med abort avses här avsiktligt avbrytande av graviditet på medicinsk eller (mer ovanligt) kirurgisk väg som innebär att fostret inte överlever. Vi är alltså inte intresserade av spontana aborter, aborter som är det oavsiktliga resultatet av invasiv fosterdiagnostik eller mer eller mindre tidiga förlossningar där olika former av medicinska åtgärder förekommer (det sistnämnda innebär ju också ibland avsiktligt avbrytande av graviditet). Vi kommer alltså fokusera på det som i dagligt tal benämns som just abort.

Etiska diskussioner om abort är uråldriga och förekommer hos exempelvis Aristoteles och i alla världsreligioner. Idag är det brukligt att skilja mellan två typer av abortetiska frågor: dels frågan om, och i så fall när, abort ska anses vara moraliskt berättigat eller försvarbart och dels frågan om abort bör vara legalt. I vissa moralfilosofiska traditioner, exempelvis konsekvensetik, är det inte alls självklart att svaren på frågorna sammanfaller: vissa har på konsekvensetisk grund försvarat att abort bör vara legalt även när enskilda abortbeslut inte är moraliskt försvarbara (eller när det åtminstone är tveksamt om de är det). Traditionellt har dock svaret på den förstnämnda frågan tänkts avgöra svaret på den sistnämnda: man resonerar kring frågan om (och när) abort är moraliskt rättfärdigat eller försvarbart, och givet svaret utgår man från att svaret också anger om det bör vara legalt: kommer man fram till att det inte är försvarbart så menar man att det inte bör vara legalt och tvärtom. Även här kommer vi att fokusera på frågan om abort är moraliskt rättfärdigat, givetvis utifrån huruvida överväganden kring människovärde har bäring på svaret.

8. Den bästa referensen för en djupdykning i den medicinetiska abortdiskussionen på svenska är (fortfarande) Christian Munthes avhandling *Livets slut i livets början: En studie i abortetik* (1992).

I abortetiska diskussioner har det traditionellt antagits att frågan om abortens moraliska berättigande helt avgörs av frågan om fosters människovärde. Även idag görs nog detta antagande, ofta omedvetet. Detta är särskilt intressant att notera, då det nog egentligen endast är för en typ av morallära som det är uppenbart att frågan om abortens berättigande står och faller med frågan om människovärde (vi ska naturligtvis återkomma till det). Människovärde i abortetiska sammanhang förstås i termer av moralisk status: att man, som individ, har samma moraliska status som födda människor på ett (ganska) okontroversiellt sätt antas ha. Att ha denna moraliska status innebär att man omfattas av vissa grundläggande rättigheter, som rätten att inte (orättfärdigt) dödas av andra människor.

Givet denna förståelse av människovärde kan argumentet för det *orättfärdiga* i abort schematiskt sammanfattas som följer:

1. Foster har samma moraliska status som födda mänskliga individer.
2. Det är fel att (aktivt) döda varelser med sådan moralisk status.⁹
3. Abort är att (aktivt) döda foster.

Slutsats: Abort är fel.

Argumentationen är följdriktig: om man accepterar premisserna så följer slutsatsen. Det som har diskuterats är naturligtvis premisserna. Premiss (3) är nog svår att komma runt, så den har inte varit föremål för diskussion. Traditionellt har mycket fokus legat på premiss (1): om och när i fosterutvecklingen foster får moralisk status eller människovärde och då ska omfattas av förbudet att inte dödas (och därmed att inte aborteras). Abortetiken blir därmed en högtintressant moralfilosofisk verkstad för alla som försvarar någon idé om människovärde: frågan här är ingen mindre än när människovärdet "kickar in", och att fundera på den frågan är naturligtvis inget annat än att fundera på den yttersta grunden för ett eventuellt människovärde. Inte konstigt att den abortetiska diskussionen är så omfattande och uråldrig som den är.

Buden är många på när den människovärdiga moraliska statusen börjar i fosterutvecklingen. I dagens svenska lagstiftning (och hos Platon!) lägger man stor vikt vid så kallad livsduglighet eller vad som kallas

9. Det finns olika uppfattningar om huruvida rätten att inte dödas endast omfattar (tillräckligt) oskyldiga människor eller inte. Immanuel Kant, som förespråkade dödsstraff men motsatte sig abort, menade att skillnaden mellan dessa situationer var att fostret är oskyldigt men inte mördaren (som bör straffas med döden). Inte alla har dock menat att förbudet mot dödande enbart omfattar oskyldiga.

viabilitet, alltså förmågan att överleva utanför moderlivet. Ett problem med viabilitetskriteriet är att människovärdet blir avhängigt något med tveksam moralisk relevans: förmågan att överleva utanför moderlivet. Är det verkligen denna egenskap som ger oss hela vår människovärdighet? Ett annat problem med förslaget är att människovärdet blir avhängigt neonatalmedicinens utveckling (vilket ytterligare indikerar dess moraliska irrelevans): utvecklingen har gått snabbt och modern medicin kan rädda barn åtminstone ner till 22 veckors graviditet till livet idag. Det innebär att man är nere på gränsen för där Socialstyrelsens rättsliga råd enligt praxis medger abort givet vissa omständigheter (21 veckor + 6 dagar), och det har förekommit animerade diskussioner mellan framför allt gynekologer och neonatalläkare om när det är tillrådligt att sätta in livräddande insatser och när abort bör medges. Med utgångspunkt i viabilitetskriteriet har alla former av överlappning mellan livräddande insatser och abort tett sig oacceptabla.

Argumentationen 1–3 mot abort ovan har varit standard i den pliktetiska traditionen, representerad av bland andra Immanuel Kant. Där har det funnits en (mer eller mindre uttalad) ambition att förlägga människovärdets början så tidigt som möjligt, helst vid det så kallade "konceptionsögonblicket". Konceptionsögonblicket, som i själva verket inte är ett ögonblick utan en utdragen och biologiskt komplicerad historia, är när könscellerna (spermie och ägg) smälter samman till ett embryo. Tanken har nog varit att detta uppfattas som en "naturlig gräns": innan dess fanns inte en genetiskt unik individ (utan endast en uppsättning könsceller), men därefter finns det en sådan. Ur en sådan synvinkel är dock konceptionsögonblicket illa valt, eftersom tvillingbildning, embryosammansmältning och alla möjliga händelser gör att det kan finnas flera eller färre genetiskt identiska individer efter konceptionsögonblicket. För att undvika alla svårigheter som följer med detta har man ibland istället menat att implantationen utgör gränsen för människovärde: det är när embryot fäster sig på mukosan på livmoderväggen, och då är ytterligare tvillingbildning och dylikt uteslutet. Det infaller ungefär en till två veckor in i graviditeten.

En annan manöver för att tidigarelägga människovärdet så tidigt som möjligt är att tänka sig att det finns mer okontroversiellt moraliskt relevanta egenskaper (som medvetande eller förnuft) som är grunden för människovärdet och att foster "ärver" detta värde genom att ha potentialiteten att utveckla dessa egenskaper under gynnsamma omständigheter. Det är emellertid oklart på vilket sätt det tillåter en

bestämd gränsdragning under fosterutvecklingen. Vidare, obefrukta- de ägg är också potentiella människor i denna mening då även dessa kan utvecklas till människor under gynnsamma omständigheter (om de befruktas, får tillräckligt med näring i livmodern etc.). Idén om att konceptionsögonblicket är en icke godtycklig gräns är därmed mindre självklar än vad som ibland antas.

Den andra premissen har, som antytts, framför allt försvarats i plikt- etisk tradition och har ibland kallats läran om livets helgd. Även i denna tradition finns emellertid försök att motivera vissa undantag från det generella moraliska abortförbudet. Ett exempel är när en fortsatt gravi- ditet av medicinska orsaker hotar kvinnans liv: då har vissa pliktetiker argumenterat för att det kan vara försvarbart med abort med hänvis- ning till den gravidas rätt till självförsvar. Ett annat exempel är den ka- tolska tanken att abort endast är tillåtet när fostrets död är en förutsedd men inte avsiktlig bieffekt av att rädda kvinnan. Däremot får man inte döda fostret direkt för att rädda kvinnan. Tanken vilar på doktrinen om dubbel effekt, enligt vilken en dålig handling (att döda fostret) inte kan rättfärdiga en god effekt (att kvinnan överlever), men att en god hand- ling (att rädda kvinnan) kan rättfärdiga en dålig effekt (att fostret avli- der) – då tänks den dåliga effekten vara insedd men inte avsedd. Enligt doktrinen är det exempelvis moraliskt acceptabelt med en hysterektomi som leder till fostrets död, men inte att stycka barnet för att rädda kvin- nan under en svår förlossning. I det sistnämnda fallet är ju dödandet av fostret något man avser att göra för att rädda kvinnan, medan fostrets död i det första fallet är en olycklig bieffekt av ett medicinskt ingrepp för att rädda kvinnan. Vi kan naturligtvis inte göra en djupdykning i alla dessa moralfilosofiska tanketraditioner här, utan nöjer oss med att konstatera att människovärde (i en viss mening) är något som tagits på största allvar i den pliktetiska traditionen.

Två andra centrala moralfilosofiska riktningar har förnekat att frågan om fostrets människovärde har en avgörande betydelse för abortens mo- raliska försvarbarhet: konsekvensetik och rättighetsetik. Förkastandet sker dock (förstås) på olika grunder och på olika sätt, konsekvensetiken förkastar människovärdets moraliska relevans helt medan rättighets- etiken går med på att människovärdet finns men förkastar att detta värde förbjuder abort. Låt oss se kort på var och en av dessa moraluppfattningar.

Konsekvensetiken och dess mest utarbetade variant, utilitarismen, menar att enbart konsekvenserna av en handling är relevanta för att bedöma om handlingen bör utföras eller inte. Utilitarismen säger ju,

i korthet, att det handlingsalternativ som har bättre konsekvenser än alternativen bör utföras.¹⁰ En sådan idé utesluter inte i sig att man erkänner ett människovärde (det kan ju få bra konsekvenser att göra det), men ytterst få, om någon, konsekvensetiker menar att människovärdet är ett oberoende egenvärde. Därmed brukar konsekvensetiska resonemang om abortens moraliska rättfärdigande inte innefatta några hänvisningar till människovärdet – det anses inte i sig vara av betydelse för att ta ställning till abort. Ibland har man istället talat om stigande skyddsvärde för foster allteftersom fostret utvecklas.

Det kan vara svårt för en konsekvensetiker att generellt ta ställning till enskilda aborter; huruvida en enskild abort är moraliskt förbjuden, tillåten eller påbjuden beror ju på så många faktorer. Alla som påverkas av abortbeslutet är ju relevanta för ställningstagandet: fostret, det möjliga framtida barnet och dess möjliga framtida barn och släktingar, den gravida, eventuella partners och andra berörda i samhället osv. Det förnuftiga är förmodligen att för det mesta förhålla sig agnostiskt till den moraliska statusen hos enskilda abortbeslut som konsekvensetiker. Det kan dock vara intressant att notera att för en konsekvensetiker kan det vara en moralisk plikt att göra abort: det kan vara fel att avstå en abort.

De konsekvensetiker som diskuterat abortfrågan har istället fokuserat på frågan om abort bör vara tillåtet av samhället och då vanligtvis försvarat att abort ska vara legalt. Komplikationer på grund av illegala aborter har länge varit den vanligaste dödsorsaken i världen bland i övrigt friska kvinnor. Det är förstås denna typ av överväganden som övertygar den konsekvensetiskt lagda.

Vad gäller rättighetsetiker kan man inte gå förbi den moderna klassikern "A Defence of Abortion", en artikel av Judith Jarvis Thomson från 1971. Få moderna moralfilosofiska texter har sannolikt haft så stort inflytande på abortdiskussionen (den föregick tillåtandet av abort i USA genom domen *Roe vs. Wade* i Högsta domstolen 1973) samtidigt som den visar spänstigt prov på etikens metoder genom sina tankeexperiment och analogiresonemang.

Tänk dig att du vaknar upp i en sjukhussäng operativt sammankopplad med en okänd medvetlös man i en säng intill. En läkare förklarar att du blivit kidnappad under natten av violinistälkskarnas riksförbund. Mannen du är ihopkopplad med är en berömd violinist som endast kan

10. Eller, egentligen, att en handling är riktig (moraliskt tillåten) om, och endast om, det inte finns något alternativ med bättre konsekvenser (det kan ju finnas fler alternativ för vilka detta gäller).

överleva genom att vara uppkopplad mot ditt blodsystem i nio månader. Är du skyldig till mord om du säger att du har andra planer, kopplar ur dig och går därifrån även om du vet att det innebär att violinisten dör? Självklart inte. Det skulle vara ädelt och beundransvärt av dig att hålla violinisten vid liv de nio månader som krävs för att hen ska kunna överleva på egen hand, men de flesta skulle säga att du inte har någon moralisk skyldighet att göra så; du är i din fulla rätt att resa dig och gå därifrån, även om det innebär att violinisten inte klarar sig. Helt analogt: ett foster har ingen rätt att kräva att den gravida kvinnan ställer sin kropp till förfogande. Det verkar inte heller spela någon roll om man från början gick med på att ställa upp i nio månader – de flesta skulle anse att du har rätt att ändra dig och gå därifrån.

Med olika versioner av detta och andra tankeexperiment argumenterar Thomson för att rätten till liv vid eftertanke inte ser ut som pliktetikern tänker sig. I själva verket innebär den rätten att inte orättvist dödas, inte rätten att under alla omständigheter bli hållen vid liv. För argumentets skull antar hon att vi har ett fullt människovärde från konceptionsögonblicket, men menar att abort ändå kan vara försvarbart. Från rättighetsetisk synvinkel är därmed försvaret för abort solitt även om man medger att vi har ett människovärde.

Som synes har frågan om människovärde en central plats i abortetiska diskussioner. En trend är dock att det blir vanligare och vanligare att försöka ta ställning i abortetiska diskussioner utan att behöva ta ställning i frågan om när ett eventuellt människovärde infinner sig i människans biologiska utveckling. Både konsekvensetiska och rättighetsetiska resonemang exemplifierar denna trend.

Människovärde och medicinska djurförsök

I detta avsnitt görs några korta anmärkningar om djurförsöksetik, dels för att utmaningen för djurrätt kan anses särskilt svår när det handlar om medicinska djurförsök och dels för att förhållandet mellan djuretik och just medicinsk etik är av särskilt slag.¹¹

Just medicinska djurförsök kan ses som det svåraste fallet för de som vill försvara att vissa icke-mänskliga djur¹² (exempelvis däggdjur eller

11. En utmärkt introduktion till etiska frågor kring icke-mänskliga djur i allmänhet och djurförsöksetik i synnerhet finns i David DeGrazia's *Animal Rights: A Very Short Introduction* (2002).

12. Hädanefter: djur, kort och gott (även om människor naturligtvis är djur också, ett faktum man nog är särskilt medveten om i medicin och medicinsk etik).

kännande djur) bör tillerkännas samma rättigheter att exempelvis inte dödas som människor okontroversiellt tillerkänns. Medicinska djurförsök handlar inte om att utsätta djur för lidande och förkortade liv för gommen, nöje eller av kulturell eller livsstilsrelaterad (o)vana (som köttätande eller jakt), utan om att utveckla behandlingar som ibland kan rädda människoliv. Det är tveklöst så att medicinska djurförsök har bidragit till att utveckla läkemedelsbehandlingar som förbättrat hälsorelaterad livskvalitet och förlängt människoliv. Det är tyvärr inte möjligt än så länge att helt frånga djurförsök med bibehållen utveckling av medicinska behandlingar – ska man helt avstå från djurförsök så medför det en kostnad i termer av medicinsk utveckling, åtminstone för närvarande. Helsingforsdeklarationen, den ojämförligt viktigaste forskningsetiska riktlinjen internationellt för medicinsk läkemedelsforskning, menar att det är ett etiskt krav att läkemedelsförsök föregås av djurförsök, framför allt för att undvika svåra biverkningar. Om det är från något exempel den moraliska intuitionen om att människor ska tillmätas högre moralisk status än andra djur ska hämta kraft så är det från de medicinska djurförsöken. Om det är någonstans den som förnekar den inneboende moraliska skillnaden mellan människor och djur har en utmaning så är det här.

Det finns idag en allmänt vedertagen djurförsöksetik i det medicinska vetenskapsområdet, som vi kan kalla standardetiken. Standardetiken kodifieras i de tre R:en: *reduction* ("reduktion"), *refinement* ("förfining") och *replacement* ("ersättning"). Dessa R säger att man i djurförsök ska: (1) minska antalet djur som används vid försök så att det är så litet som möjligt men samtidigt förenligt med tillförlitliga resultat (*reduction*), (2) använda metoder som i så hög grad som möjligt minskar lidandet, exempelvis genom att använda smärtstillande (*refinement*), och (3) hitta alternativa sätt att genomföra sina försök, exempelvis cellodlingar eller datorsimuleringar när det är möjligt utan mindre tillförlitliga resultat (*replacement*). Numera brukar man komplettera dessa tre R med ytterligare två: *relevance* ("relevans"), att djurförsök enbart ska utföras för att utveckla medicinska interventioner som har potential att ge tillräcklig nytta åt människor eller andra djur, samt *redundancy avoidance* ("undvikande av redundans"), att man inför djurförsök måste göra en litteratursökning för att försäkra sig om att inte försöken redan gjorts tidigare på ett tillfredsställande sätt.

Det finns en slags standardetik också vad gäller den humana medicinska etiken som kodifieras i de fyra principerna: göra gott-principen, icke skade-principen, autonomiprincipen samt rättvisepincipen. Rätt-

visepincipen har vi redan sagt en del om. Vi ska inte göra en djupdykning i de andra principerna, utan bara säga något kort om hur de fyra principerna förhåller sig till standardetiken avseende djurförsök.

Göra gott-principen inom medicinsk forskning innebär i korthet att medicinsk forskning ska sträva efter att förbättra människors hälsa, livskvalitet och livslängd. Ren nyfikenhetsforskning är därmed utesluten. Detta krav på att göra gott omfattar numera standardetiken genom kravet på *relevance*. De övriga R:en handlar alla om att försöka minska lidandet för djur som djurförsök ofta innebär. En svagare version av icke skade-principen omfattas därmed också av standardetiken. Man skulle nog med fog kunna hävda att standardetiken utgår från vad David DeGrazia kallat för ”glidande skala-modellen”: åtminstone kännande djur tillerkänns moralisk status, men en mindre sådan jämfört med människor; även motsvarande intressen (exempelvis att undvika lidande) tillerkänns någon, men lägre, vikt för djur.

Däremot tänks inte djur omfattas av autonomiprincipen eller rättvisepincipen enligt standardetiken. Att de inte anses omfattas av autonomiprincipen är kanske helt rimligt: djur kan inte ge uttryck för informerat samtycke att delta i forskning.¹³ Rättvisepincipen är däremot intressant. I klinisk etik handlar den, som vi sett, i första hand om hur (mänskliga) patienter ska prioriteras. I medicinsk forskningsetik brukar däremot rättvisepincipen förstås på ett specifikt sätt: vi bör inte använda sårbara individer i forskningen om den kan bedrivas på icke-sårbara individer. Att vara sårbar definieras i termer av att ha nedsatt beslutsförmåga jämfört med vuxna mänskliga personer (exempelvis små barn, gravt dementa eller personer med vissa kognitiva funktionsnedsättningar). Men djur är naturligtvis sårbara i just den meningen – det är därför de inte omfattas av autonomiprincipen. Varför är då inte djur undantagna från medicinsk forskning (om den inte behövs för att hjälpa just dem, på samma sätt som forskning på barn ibland behövs för att hjälpa barn)?

Så här långt komna brukar djurförsöksetiska diskussioner ramla in i territorier som är välkända för den allmänna djuretiska debatten: Varför gör standardetiken halt vid att tillämpa rättvisepincipen också för djur? Bör vi verkligen tillåta oss att behandla djur på ett sätt vi aldrig skulle acceptera att behandla människor på? Standardetiken anser att det är försvarbart att utsätta djur för svåra lidanden om det kan hjälpa andra

13. Även om detta antagande är alltmer ifrågasatt, se t.ex. Mancini och Nanonni 2022.

(människor i första hand). Mycket få skulle vara beredda att utsträcka dessa resonemang till människor, och den gängse forskningsetiken förbjuder oss att svårt plåga enskilda mänskliga individer i forskning, även om det skulle leda till att många andra människor kan räddas till längre liv. Som sagt är icke skade-principen svagare i standardetiken än i den humana forskningsetiken. Finns det en moraliskt relevant skillnad som gör denna skillnad i behandling rättfärdigad, och vari består den i så fall?

Återigen, liksom i abortetiken, kommer vi in på jakten efter någon eller några egenskaper som kan underbygga hävdandet av ett människovärde (som omfattar alla människor och enbart människor). Vid närmare eftertanke visar det sig dock oväntat besvärligt att komma på någon etiskt relevant egenskap som alla människor har och som alla djur saknar, och som därmed motiverar standardetikens syn på hur vi bör behandla djur. Vilka egenskaper vi än utgår ifrån som grund för likabehandling så kommer vissa djur att räknas in eller människor att räknas bort. Tar vi förmågan att känna smärta kommer en hel del djur att räknas in och då blir det oklart varför dessa djur ska behandlas sämre än människor. Om vi istället utgår från egenskaperna att vara eller kunna bli förnuftig, moraliskt ansvarig, ha långsiktiga planer för sin framtid eller dylikt, så kommer en hel del människor att räknas bort, såsom gravt kognitivt funktionsnedsatta eller gravt dementa. Då blir det oklart varför dessa människor ska behandlas bättre än de djur vi säger har lägre värde på grund av avsaknaden av dessa egenskaper. Det återstående alternativet är att hänvisa till att de tillhör arten *Homo sapiens*, vilket kan te sig moraliskt irrelevant (för att uttrycka det försiktigt – det är väl snarast ett skolboksexempel på att förutsätta det som ska visas utan moraliskt relevant grund).

Precis som abort är djuretiken utmärkt moralfilosofisk verkstad för att pröva grundläggande uppfattningar om människovärde. Hur länge den djurförsöksetiska standardetiken kommer att bestå är en öppen fråga.

Avslutande anmärkningar

Som framkommit spelar idéer om människovärde stor roll för medicinetiska diskussioner, både av mer teoretiskt och praktiskt slag. Djurförsöksetiken och abortetiken leder snabbt in på frågor om det eventuella människovärdets moraliska grund. Här har de klassiska morallärorna fortfarande kvalificerade försvarare och diskussionerna är långt ifrån lösta. Vad gäller frågor om prioriteringar i vården har frågor om människovärde stått i centrum både för konkret politik och fundamentala diskus-

sioner om rättvisa. Människovärdesprincipen har i prioriteringsfrågor i första hand tolkats som en grundläggande likabehandlingsprincip. Det har påståtts att vårdprioriteringar efter betalningsförmåga, egenansvar och ålder är i strid med människovärdet, till och med i svensk lag. Här har vi försökt visa att en generell likabehandlingsprincip nog inte kan hävda att prioritering enligt marknadsprinciper eller egenansvar strider mot en allmänt hållen likabehandlingsprincip: det måste till en mer substantiell tolkning av människovärdesprincipen då och det är oklart hur den ska fyllas ut. Det är ännu mer tveksamt om människovärdesprincipen utesluter prioriteringar utifrån ålder i vården. Här finns det tvärtom rimliga rättvisepprinciper som skulle ge stöd för att ålder ska få spela större roll för prioriteringar än vad som tillåts i Sverige idag.

Den mest lovande användningen av en människovärdesprincip i vården är som antyttts i anslutning till direkta tillämpningar, som i sår-läkemedelsfallet. Där kan människovärdesprincipen användas som grund för att kompensera missgynnade patienter och patientgrupper. Om inte annat så kan man använda människovärdesprincipen som ett sätt att pröva i vilken utsträckning det är försvarbart att behandla patienter olika: kan man inte hitta någon ur rättvisesynpunkt relevant skillnad dem emellan så bör de behandlas lika. Åtminstone detta konkreta besked kan människovärdesprincipen ge oss.

Litteratur

- Andersson, Joakim. 2020. "Karolinska kritiserar för brister kring prioriteringar på IVA". *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/12/karolinska-kritiserar-for-brister-kring-prioriteringar-pa-iva/>
- Biggs, Hazel. 2001. *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*. Portland Oregon: Hart Publishing.
- Björk, Joar. 2021. *Just Responsibilities?: On Responsibility for Health in Swedish Healthcare Priority Setting* [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet.
- Brock, Dan. 2002. "Priority to the Worse Off in Health-Care Resource Prioritization." I *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, red. Rosamond Rhodes, Margaret P. Battin och Anita Silvers, s. 362–72. New York: Oxford University Press.
- Daniels, Norman. 2002. *Am I My Parents' Keeper?: An Essay on Justice Between the Young and the Old*. Oxford: Oxford University Press.
- DeGrazia, David. 2002. *Animal Rights: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Etikprövningslagen (EPL) 2003:460. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Gustavsson, Erik. 2018. *Characterising Needs in Health Care Priority Setting* [avhandling]. Linköpings universitet: University Electronic Press.

- Hope, Tony och Michael Dunn. 2018. *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. Andra upplagan. Oxford: Oxford University Press.
- Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL) 2017:30. Stockholm: Socialdepartementet.
- Juth, Niklas. 2005. *Genetic Information – Values and Rights: The Morality of Presymptomatic Genetic Testing* [avhandling]. Göteborgs universitet: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Juth, Niklas. 2017. "For the Sake of Justice: Should We Prioritize Rare Diseases?" *Health Care Analysis* 25, s. 1–20.
- Juth, Niklas, Martin Henriksson, Erik Gustavsson och Lars Sandman. 2021. "Should We Accept a Higher Cost per Health Improvement for Orphan Drugs? A Review and Analysis of Egalitarian Arguments". *Bioethics* 35, nr 4, s. 307–14.
- Lapidus, John. 2022. "Privatising, Liberalising and Dividing a Welfare State without Affecting Universality? Debunking the Myths Surrounding the Rapid Rise of Private Health Insurance in Sweden". *Health Economics, Policy and Law* 17, nr 4, s. 367–79.
- Liss, Per-Erik. 2004. *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso-och sjukvård: en begreppsanalys* [avhandling]. Linköpings universitet: University Electronic Press.
- Lynöe, Niels, och Niklas Juth. 2009. *Medicinska etikens ABZ*. Stockholm: Liber.
- Mancini, Clara och Eleonora Nannoni. 2022. "Relevance, Impartiality, Welfare and Consent: Principles of an Animal-Centered Research Ethics." *Frontiers in Animal Science* 3. <https://doi.org/10.3389/fanim.2022.800186>
- Modra, Lucy och Andrew Hilton. 2015. "Ethical issues in organ transplantation". *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 16, nr 7, s. 321–23.
- Munthe, Christian. 1992. *Livets slut i livets början: En studie i abortetik*. Stockholm: Thales.
- Rawls, John. 1972. *A Theory of Justice*. Oxford: Clarendon Press.
- Segers, Seppe och Heidi Mertes. 2020. "Does Human Genome Editing Reinforce or Violate Human Dignity?" *Bioethics* 34, nr 1, s. 33–40.
- Socialdepartementet. Regeringens proposition 96/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Statens medicinsk-etiska råd (Smer). 2012. *Det svårfångade människovärdet: En debattskrift*. Omarbetad upplaga. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd.
- Statlig offentlig utredning (SOU) 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Socialdepartementet, Fritzes.
- Svensson, Olof. 2020. "Dokument visar: De prioriteras bort från intensivvård". *Aftonbladet*, 9 april. <https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/lAyePy/dokument-visar-de-prioriteras-bort-fran-intensivvard>
- Thompson, Judith J. 1971. "A Defence of Abortion". *Philosophy and Public Affairs* 1, nr 1, s. 47–66.
- Wahlberg, Lena, William Bülow, Mats Johansson och Vilhelm Persson. 2023. "Om betydelsen av etikprövningslagens syfte att skydda respekten för människovärdet". *Förvaltningsrättslig tidskrift* 86, nr 3, s. 309–40.
- Walzer, Michael. 1983. *Spheres of Justice: A Defence of Pluralism and Equality*. Oxford: Blackwell Publishers.