

# Behov, procedur, tillgänglighet och rättigheter

## Några kommentarer till Adamiaks kritik

### Bengt Brülde

Grazyna Teresa Adamiak är uppenbarligen arg på mig. Det är inte bara så att mina förslag kännetecknas av "en överraskande brist på konsistens som filosofiska resonemang annars brukar ha", jag lever dessutom i en svartvit "antingen-eller" värld, och min världsbild är "statisk och linjär". Hennes kritik är emellertid till stor del missriktad, och det är troligt att den till stora delar bygger på att hon har missförstått (eller inte velat förstå) vad jag har sagt.

Den artikel jag skrev i förra numret av Socialmedicinsk tidskrift bör betraktas som ett knippe funderingar om hur man kan tänkas lösa ett visst problem, nämligen att vårdens resurser i praktiken verkar fördelas på ett sätt som avviker ganska kraftigt från den fördelning vi skulle ha haft om man hade följt prioriteringsutredningens principer. Min huvudtes är att vi bör fråga oss (1) om inte olika typer av tillgänglighetsmål har för stor vikt i politiken; (2) om inte den s.k. rättighetslagstiftningen borde avskaffas; (3) om inte kliniker borde se mindre till sina egna patienter och mer till populationen som helhet, dvs. i högre grad betrakta den egna verksamheten ur ett helhetsperspektiv; samt (4) om inte utredningens tre principer borde kompletteras med någon form av procedurrell ansats. Tanken är att vi på så sätt kanske kan uppnå en mera rättvis fördelning av vårdens resurser, en fördelning som dessutom ligger närmare lagstiftarnas intentioner. De teser jag driver skall alltså inte uppfattas

som några "generella sanningar" frikoppade från vårdens faktiska organisation eller rutiner, utan snarare som mera modesta förslag på hur man skall kunna tänkas lösa ett visst problem, eller som frågor som behöver debatteras ytterligare.

Jag gör det också ganska klart att jag inte gör några som helst anspråk på fullständighet, dvs. det kan mycket väl finnas förslag på åtgärder som är bättre än mina, och som jag inte alls har beaktat. Adamiak framför emellertid (såvitt jag kan se) inte några sådana förslag. Allt vi får är några vaga antydningar om att det är på mesonivån problemen finns, men inte hur dessa problem ska lösas. Det punkter som listas mot slutet av artikeln är inte speciellt informativa.

Adamiak anser att de förslag på lösningar jag presenterar bör förkastas, i synnerhet då (1) och (2), som båda är "upprörande". Det är möjligt att hon har rätt i detta, men då måste det till bättre skäl än de hon ger i sin artikel. Hennes argumentation är inte bara bristfällig, den genomsyras även av idel missförstånd av vad jag har sagt.

### Den procedurella ansatsen

Det kanske mest allvarliga av dessa missförstånd är tanken att jag skulle ha hävdats att de nuvarande prioriteringskriterierna bör överges, och att vi måste börja om prioriteringsdiskussionen från början. Allt jag har hävdats är att vi bör överväga om inte utredningens tre principer borde kompletteras med någon

form av proceduellt orienterad ansats. Inga av de argument jag ger för detta förslag innebär något avståndstagande från utredningens principer, det handlar i stort sett uteslutande om legitimitet och tillämpbarhet. Jag argumenterar inte heller någonstans för att dessa principer bör överges, eller att de skulle utgöra "orsaken till problemet".

Jag betonar också att ett viktigt inslag i en "fair procedure" är att de skäl man ger för sina beslut är moraliskt relevanta, i betydelsen att "fair minded people" accepterar dem som relevanta. Här har utredningens principer en självklar plats, då de på ett klart och tydligt sätt talar om för oss vilka slags faktorer som är relevanta (t.ex. vårdbehov och kostnadseffektivitet) och vilka slags faktorer som inte är det (t.ex. kön, ålder eller sexuell läggning). Det finns i själva verket inget som hindrar att vi kräver att utredningens tre principer måste ingå här, dvs. att de som fattar beslut i enlighet med proceduren ifråga måste beakta dessa principer. Detta är för mig en självklarhet, liksom att man måste förutsätta att de som fattar på olika nivåer inte är några moraliskt defekta halvidioter.

Vad man däremot inte kan bygga in en sådan procedur är tanken att behov alltid måste gå före kostnadseffektivitet. Man kan inte heller förbjuda att man fattar beslut utifrån principer som utredningen har tagit avstånd ifrån. Anta att en viss kommun bestämmer sig för att inte erbjuda grova skattebrottslingar kostnadskrävande vård. Kanske måste vi någon gång i framtiden acceptera denna typ av beslut, kanske är det värt att betala detta pris för den ökade legitimitet som en "fair procedure" skulle innebära. Frågan är åtminstone värd att diskutera.

### Utredningens tre principer

Jag tar alltså inte avstånd från någon av utredningens tre principer, vilket Adamiak

verkar tro. (Jag åberopar till och med behovsprincipen när jag ifrågasätter tillgänglighetsmålet). Adamiaks artikel aktualiserar emellertid frågan om hur dessa principer skall tolkas (i synnerhet då behovsprincipen), samt vilken tyngd det är rimligt att tillmäta dessa principer, till exempel huruvida någon av dem bör betraktas som absolut.

Människovärdesprincipen är utan tvekan den klaraste av de tre principerna, och dessutom den mest självklara. Ty vilken vettig människa skulle hävda att möjligheten till behandling skall relateras till ålder, kön, sexuell orientering, social ställning, etnisk tillhörighet el. dyl.? Principen förbjuder emellertid inte (såvitt jag kan se) att man exempelvis diskriminerar mot äldre med hänvisning till någon annan princip, som kostnadseffektivitet (möjligheten att tillgodogöra sig behandling) eller jämlikhet över livet. Vad den hävdar är att ålder *i sig* inte får spela någon roll, dvs. att ålder inte utgör någon moralisk kategori.

Det är däremot tveksamt om denna princip efterlevs i praktiken, då ju vårt system är så beskaffat att vi prioriterar svenskar framför utlänningar. Att förvägra en hemvändande utlandssvensk vård betraktas antagligen som ett brott mot människovärdesprincipen, medan vi anser det vara helt i sin ordning att vi inte skickar vårdteam till U-länderna. Om vi bortser från dessa komplikationer så anser jag att principen (tolkad enligt ovan) bör betraktas som absolut.

Det är emellertid inte lika klart hur behovsprincipen skall tolkas. Vi bör enligt denna princip i första hand lägga resurserna på dem som har störst behov av vård, men enligt vilka kriterier avgör man vem som har det största vårdbehovet? Enligt min mening är det de svårast sjuka som har det största vårdbehovet, de som lider mest och har de största funktionsnedsättningarna, och de

som om de inte får vård riskerar att dö eller få bestående men.<sup>1</sup> (Hur väl man tillgodogör sig den vård man får, dvs. hur stor nytta man har av den behandling man får, är ett övervägande som inte hör hit, utan som snarare har med kostnadseffektivitet att göra.) I denna tolkning säger alltså behovsprincipen att man bör prioritera mera allvarliga framför mindre allvarliga åkommor, och att man bör prioritera de sämst ställda mest. Detta förklarar varför jag inte "håller isär behovsbegreppet från begreppet "sjukdomens svårighetsgrad". Jag anser helt enkelt inte att det finns någon normativ eller praktisk poäng med att hålla isär dessa båda begrepp i detta sammanhang.

Man kan diskutera huruvida detta är en "slutresultatsprincip" eller inte. I Robert Nozicks mening är det (i likhet med kostnadseffektivitetsprincipen), i betydelsen att det är en icke-procedurell princip, en princip som säger något substantiellt om vart våra gemensamma resurser skall gå. Men visst kan man betrakta det som en "input"-princip om man vill, inte mig emot.

En betydligt mera angelägen fråga är vilken *vikt* det är rimligt att tillmäta behovsprincipen. Hur skall men till exempel agera när denna princip kommer i konflikt med kostnadseffektivitetsprincipen, dvs. tanken att man bör lägga resurserna där de gör störst nytta, där de ger det största nyttotillskottet (mätt i livskvalitet, hälsa, funktionsförmåga el. dyl. och över tid) per resursenhet (t.ex. per krona)? Om vi måste välja mellan att lägga en viss resurs på en svårt sjuk person (eller patientgrupp) som har en liten nytta av resursen eller på en något mindre sjuk person (eller patientgrupp) som har en större nytta av resursen, vad bör vi då göra?

Detta är ingen enkel fråga, och man löser inte problemet genom att (i likhet med prioriteringsutredningen) ge behovsprincipen

absolut prioritet i dessa fall. Det finns naturligtvis många fördelar med behovsprincipen. Den förbjuder till exempel att vi låter ett fåtal svårt sjuka personer plågas svårt för att ett flertal som redan har det ganska bra skall få det ännu lite bättre. Den ligger också i linje med vårt försäkringstänkande, som ju bland annat innehåller en tanke på att man vill ha störst "skydd" mot det mest allvarliga. Det är emellertid inte rimligt att i alla lägen sätta behovsprincipen (tolkad som ovan) först. Risker skulle då vara stor att ett fåtal svårt sjuka skulle sluka alla resurser. Principen utgör även ett hot mot all förebyggande vård, då den så att säga gynnar nuvarande patienter på framtida patienters bekostnad.

Enligt min mening finns det inget generellt svar på frågan om vilken av de båda principerna som skall sättas främst i händelse av konflikt, man måste helt enkelt avgöra från fall till fall vad som är det rätta att göra. Som jag ser det utgör detta ett starkt skäl för att utredningens principer behöver kompletteras med en procedurell ansats. Att kategoriskt hävda att en av de båda principerna skall sättas främst i alla lägen är verkligen ett exempel på ett svartvitt "antingen-eller"-tänkande, eller om man så vill en "statisk och linjär världsbild".

### **Tillgänglighetsmål och rättighetslagstiftning**

Adamiak verkar inte ha förstått min kritik mot tillgänglighetstänkandet, eller mera precist, min tanke att politikerna bör vara försiktiga när de formulerar sina tillgänglighetsmål. Enligt den mest rimliga versionen av tillgänglighetstanken så bör vi alla få den vård vi behöver när vi behöver den, eller åtminstone inom rimlig tid. Detta gäller då inte enbart de personer som har det största vårdbehovet, utan även de som är lindrigare sjuka. Min invändning mot denna tanke är

att den riskerar att ge upphov till en resursfördelning som strider mot behovsprincipen, men bara förutsatt att resurserna är knappa, dvs. att det inte finns möjlighet att tillhandahålla vård åt alla som behöver det. I ett sådant läge tycker jag det är självklart att vi i första hand måste försöka se till att de med det största vårdbehovet, dvs. de svårast sjuka, får den vård de behöver.

Man kan naturligtvis hävda att det egentligen inte råder någon knapphet på resurser, att de resurser som finns är tillräckliga för att ge alla som behöver vård den vård de behöver. Huruvida det är möjligt att utnyttja de befintliga resurserna på ett så effektivt sätt att resursknappheten försvinner har jag ingen aning om, jag har helt enkelt förutsatt att resurserna de facto är knappa.

Slutligen några ord om min tanke att vi kanske bör avskaffa LSS. Frågan jag ställde i min förra artikel är om det i en situation präglad av knapphet på resurser är rimligt att ha en lag som bland annat påbjuder att vissa multihandikappade patienter skall få all den vård och omsorg de behöver i hemmet. Jag har naturligtvis aldrig hävdat att man skall frånta denna patientgrupp deras rättigheter, eller att man skall förneka dessa patienter den vård och omsorg de behöver. Man kan däremot diskutera om alla skall få all den vård och omsorg de behöver *i hemmet*. Är det rimligt att en liten kommun med en budget på 100 miljoner måste lägga åtta miljoner på två multihandikappade patienter när man hade kunnat ge dessa patienter betydligt billigare vård på institution? Enligt min mening är detta en fråga som måste tas upp till diskussion. Det kan i detta sammanhang vara värt att notera att det (enligt vad jag har hört) fanns stor tveksamhet rörande LSS redan då lagen infördes, och detta trots att lagen kom till i ett mera gynnsamt resursläge. Det är också viktigt att se att lagen inte självklart

får stöd av behovsprincipen, då det ju kan diskuteras exakt vad vi skall göra för dessa svårt handikappade patienter. Principen är helt enkelt svår att tillämpa i detta fall, vilket måste betraktas som ytterligare ett skäl för att utredningens principer kompletteras med en procedurell ansats. Det är i vilket fall som helst *möjligt* att denna rättighetslagstiftning utgör ett så stort hot mot rättvisa fördelningar att den helt bör avskaffas.

*Bengt Brülde*  
fil. dr. i praktisk filosofi  
Göteborgs universitet

### Noter

- 1 Det finns alltså åtminstone två sätt att mäta vårdbehovets storlek. Dels kan vi låta behovets storlek bestämmas av hur allvarligt (illa ställt) det är just nu, och dels kan vi utgå från hur allvarligt det skulle bli om återgården uteblir (hur illa personen skulle få det). Det är också viktigt att se att "allvarlighet" antingen kan tolkas i termer av hälsa (funktion) eller i termer av livskvalitet (välfärd, lidande).