

Ansvar och prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Karl Persson

Doktorand i Praktisk filosofi vid Göteborgs Universitet och är för närvarande anställd i forskarskolan "Miljö och hälsa". Epost: karl.persson@filosofi.gu.se.

Under senare år har det diskuterats om vi bör införa ansvars känsliga institutioner i prioriteringsarbetet inom hälso- och sjukvården. Ett argument mot detta är att vår hälsa ytterst är bestämd av sociala determinanter vilka är utanför vår kontroll. Detta gör att vi inte är ansvariga för vår hälsa och därmed är det inte rättvist att hålla oss ansvariga för densamma. Mitt syfte med denna artikel är att visa att detta tilltalande argument inte är fullt så övertygande som det först verkar.

In recent years it has been widely discussed whether or not we should construct responsibility sensitive institutions with regard to priority setting in health care. One argument against is that our health status is determined by social determinants outside our control. From this follows that we are not responsible for our poor health, and hence, should not be held responsible for it because it would be unfair. My purpose with this paper is to show that this argument is not as straightforward as it seems.

Frågan om det personliga ansvaret skall få spela en roll i prioriteringsarbetet inom hälso- och sjukvården har under senare år livligt debatterats såväl i Sverige som i övriga världen.¹ Prioriteringscentrum i Linköping har t.ex. argumenterat för att den som är ansvarig för sin ohälsa skall, under vissa förhållanden, ges en lägre prioritet i jämförelse med den som inte är ansvarig.² Liknande, och betydligt mer långtgående åsikter, har även framförts på den internationella arenan (Knowles 1977, Scruton 2000, Segall 2009). Länder i vår närhet, som Tyskland och England, har dessutom tagit steg i riktningen

mot införandet av dylika institutioner.

Det finns alltså en stark pendelrörelse i riktning mot ett införande av ansvars känsliga institutioner inom hälso- och sjukvården. Mot ett införande av sådana har många hävdade att individerna själva inte i någon större utsträckning är ansvariga för sin dåliga hälsa och att det därmed är orättvist att hålla dem ansvariga för den samma. Detta beroende på att ohälsan ytterst är orsakad av "sociala determinanter" vilka är utom individens kontroll (jfr Marmot 2004, Wikler 2004, WHO 2008, Daniels 2008).

¹Ett skäl till varför dessa frågor blivit så aktuella är att det blir allt tydligare att skarpa prioriteringar måste göras inom hälso- och sjukvården. Detta delvis till följd av de stora kostnader livsstilsjukdomar medför (WHO 2002).

²Se rapporten Vårdens alltför svåra val? (2007).

Jag kommer i denna artikel visa att detta tilltalande argument inte är så problematiskt som det först kan framstå. För att göra detta kommer jag först att beskriva idén rörande de sociala determinanterna, den sociala gradienten och varför dessa skulle minska vårt ansvar något mer ingående. Sedan kommer jag att redogöra för varför argumenten inte är övertygande genom att visa på att det varken är självklart att det personliga ansvaret undergrävs eller att vi ens behöver vara ansvariga för att dessa praktiker skall vara rättfärdigade.

Den sociala gradienten och de sociala determinanterna

I varje samhälle följer människors hälsa en "social gradient" vilket innebär att ju högre social status, desto bättre hälsa (Marmot 2004, Wilkinson 2005). Med att ha en hög social status menas här att ha en i relativa termer hög utbildning och stora materiella resurser.

Hälsoskillnaderna mellan grupperna kan till viss del förklaras av att grupper av individer med låg social status i högre grad ägnar sig åt hälsoförstörande beteenden, som rökning och ätande av fet mat. Men även efter effekterna av dessa beteenden tagits bort kvarstår en stor negativ effekt av att ha en låg social status. Man insjuknar oftare t.ex. i hjärtproblem samt har svårare att bli fri från dem i jämförelse med en person med hög social status, även om allt annat är lika.

Att personer av låg social status i högre grad ägnar sig åt destruktiva beteendemönster samt utöver detta i högre utsträckning blir sjuka samt har svårare att tillfriskna, brukar i denna forskning förklaras genom att hänvisa till att de har mindre kontroll över sina liv samt att de i lägre grad är socialt inkluderade (Marmot 2004, Wilkinson 2005, WHO 2008). Dessa två förhållanden orsakar bland annat stress vilket i sin tur har en tendens att leda till dålig hälsa av åtminstone två skäl. För det första har utsöndring av stresshormon direkta negativa effekter på hjärta samt gör det lättare att gå upp i vikt. För det andra har utsöndrandet av stresshormon indirekta negativa effekter. Människor tenderar att behandla de obehagliga upplevelserna som följer av höga nivåer av stresshormon genom att "självmedicinera" vilket många gånger görs med alkohol, cigaretter, fet mat, osv.³

De sociala determinanterna, vilka kan förklara den sociala gradienten och därmed kan förklara varför människor som befinner sig lägre ner i den sociala hierarkin har lägre kontroll samt i lägre grad är mindre socialt inkluderade, kan vara allt från att man på sin arbetsplats har mindre att säga till om, att man har mindre ekonomiska resurser att röra sig med vilket gör att man inte kan resa i den utsträckning man vill eller umgås med andra på det sätt man vill eftersom man inte har råd.

Argumenten för att individen på grund av dessa sociala determinanters inverkan inte skulle vara ansvarig för sin

³Vuxna människor som tillhör en grupp med låg social status och har föräldrar som kommer från en grupp med låg social status påverkas inte enbart av den sociala status de har som vuxna utan också under graviditeten och den tidiga barndomen. Det vill säga, bara av det faktum att man blivit buren av en mor med låg social status får man en sämre hälsa, allt annat lika, i äldre år än vad man skulle ha fått om man istället blev buren av en mor med hög social status.

hälsa, och att man på grund av detta inte skall bygga institutionella praktiker som är ansvars känsliga, har man sedan grundat med hjälp av en rad olika argument. Michael Marmot, den mest inflytelserike empirikern på området, hävdar t.ex. att den sociala gradienten vad gäller ohälsobeteenden visar att vi inte har någon fri vilja, ”om individer väljer fritt, varför följer då huruvida man röker eller ej en social gradient?” (Marmot 2004: 45, min översättning).

En naturlig tolkning av Marmots påstående är att eftersom vi inte har någon fri vilja har vi inte heller något ansvar för detta ohälsosamma beteende. Detta brukar i sin tur leda till att man drar slutsatsen att vi inte bör införa ansvars känsliga institutioner. Filosofer som diskuterat problemet har haft en liknande infallsvinkel (jfr Wikler 2003, Daniels 2008). Jag kommer i resterande delen av artikeln redogöra för några olika tolkningar av detta påstående samt problematisera dessa och de implikationer de sägs få för våra institutionella praktiker.

Sociala determinanter som ursäcker

Michael Marmot hävdade alltså att eftersom det finns en social gradient vad gäller vår hälsa kan vi inte vara ansvariga för vår ohälsa. (Den kan inte vara resultatet av vår fria vilja). Det finns åtminstone två rimliga tolkningar av detta påstående. En är att vi inte är

ytterst (ultimat) ansvariga för de beteendemönster som påverkar vår hälsa direkt och är därmed inte ansvariga för dem i någon substantiell mening. En annan tolkning är att vi inte orsakar vår dåliga hälsa indirekt vilket gör att vi inte är kausalt ansvariga för den samma vilket medför att vi av detta skäl inte är ansvariga för den i någon substantiell mening. En implikation av dessa två tolkningar är sedan att vi inte kan moraliskt berättiga ett införande av ansvars känsliga institutioner.⁴ Jag kommer att redogöra för de olika idéerna i tur och ordning nedan.

Ultimat ansvar och direkta effekter

En vanlig idé är att ett nödvändigt villkor för att personen P skall vara ansvarig för handlingen H är att P måste vara ultimat ansvarig för H (jfr Kane 1996, Pereboom 2001, Persson 2005). Ultimat ansvarig för H är man när ens handlande inte är orsakat av något utanför ens kontroll.⁵ Den klassiska idén är att i de fall individers handlande är bestämt av faktorer utanför hennes kontroll kan hon inte undvika att utföra dem, och kan hon inte undvika att utföra dem, verkar det orimligt att hon skulle vara ansvarig för dem.⁶ Marmots påstående skulle kunna tolkas som att vårt handlande är bestämt av de sociala determinanterna vilket visas genom den sociala gradienten, och eftersom vi inte har någon kontroll över de sociala determinanterna, är vi inte ansvariga

⁴Jfr Wikler 2004, Daniels 2008 för liknande sätt att argumentera.

⁵Det brukar däremot inte ses som ett tillräckligt villkor för ansvar. Personen måste också uppfylla en rad andra nödvändiga villkor som att vara rationell, ha bygglig impuls kontroll, inte vara radikalt felinformerad/informerad, osv. En person som röker men som lever i en tid då man ännu inte känner till rökningens skadliga effekter utan istället tror att det är nyttigt kan alltså vara ytterst ansvarig för att hon röker utan att vara ansvarig i någon mer substantiell mening för sitt handlande.

⁶Under senare år har man börjat diskutera om det verkligen är förmågan att kunna handla annorlunda eller om det snarare är att vårt handlande ytterst skall vara grundat i oss som är nödvändigt för ansvar (jfr Pereboom 2001). Jag kommer inte att diskutera detta här.

för det beteende dessa orsakar. Med denna idé finns åtminstone två problem.

För det första finns det en stor oenighet kring huruvida vi verkligen måste vara ultimata ansvariga för att vara ansvariga i någon mer substantiell mening. Vissa tror det (jfr Kane 1996, Pereboom 2001, Persson 2005), andra inte (jfr Wallace 1994, Fischer & Ravizza 1998, Dennett 2003). De senare tänker sig att vi kan vara ansvariga för vårt handlande även om det är helt och fullt bestämt av orsaker utom vår kontroll. Nödvändigt för ansvar är att vi har vissa förmågor, t.ex. impuls kontroll och rationalitet, vilka är förenliga med att vårt handlande är bestämt av orsaker utom vår kontroll. Detta medför att även om de sociala determinanterna ytterst orsakat vårt handlande har detta i sig ingen betydelse för frågan om vi är ansvariga för detta handlande. Skulle det visa sig att dessa determinanter orsakar vår dåliga hälsa genom att t.ex. helt undergräva vår impuls kontroll skulle detta förstås ursäktas oss.

Enbart det faktum att vårt handlande är orsakat av något utanför vår kontroll spelar alltså i sig ingen roll, enligt vissa, för frågan om vi är ansvariga.⁷ Jag kommer förstås inte kunna redogöra för de olika positionerna rörande om orsaker utifrån i sig själva tar ifrån oss vårt ansvar samt deras styrkor och svagheter här. Men diskussionen kring vilken position som är den korrekta

kan inte sägas vara avgjord, vilket medför att detta kan vara en diskussion man måste ta ställning till innan man kan sägas ha en välgrundad åsikt vad gäller frågan om den sociala gradienten medför ett bortfall av ansvar.⁸

För det andra är det tveksamt om den sociala gradienten verkligen visar att vi inte är ultimata ansvariga för vårt handlande. Det den sociala gradienten visar är att populationer av individer uppvisar ett likformigt beteende där de med hög social status har hälsosammare beteendemönster än de med låg social status. Detta innebär förstås inte att skillnaden gäller för varje individ. En individ med låg social status kan leva ett betydligt mycket mer hälsosamt liv än den med hög social status. Det enda statistiken säger är alltså att det generellt är så att individer med låg social status har ett mindre hälsosamt beteendemönster än de med hög social status.

Överfört på individnivå är det mer troligt att en individ med låg status har en mer uttalad disposition i riktning mot att leva ett osunt liv än vad den skulle ha haft med hög status. Dock innebär inte detta att personen inte ”kan handla annorlunda” när den funderar över vilka livsstilsval den skall göra, detta eftersom dessa dispositioner i allmänhet inte är tvingande. Detta medför i sin tur

⁷Man skulle kunna hävda att mycket av den ohälsa vi ser hos individer som befinner sig långt ner i hierarkierna är ett resultat av missbruk och att missbruk i sig undergräver ansvar. För argument mot detta se t.ex. Foddy, Savulescu och & Levy (Kommande).

⁸Själv har jag, tillsammans med Gunnar Björnsson, argumenterat bland annat för att vi inte behöver vara ultimata ansvariga för att vara ansvariga (Björnsson & Persson kommande).

att de inte på något enkelt sätt är ursäktade för de val de sedan gör. Att individer med låg social status generellt har starkare dispositioner att göra val i en ohälsosam riktning förklarar förstås varför fler av dessa väljer att leva osunt i jämförelse med de som har hög social status. Färre klarar av att stå emot att göra osunda val. Detta ursäktar emellertid som vi sett inte de individer som väljer att leva denna sorts liv.

Kausalt ansvar och indirekta effekter

En annan vanlig idé är att ett nödvändigt villkor för att en person P skall kunna vara ansvarig i någon mer substantiell mening för utfallet X måste P vara kausalt ansvarig för X (jfr Driver 2008).⁹ Detta innebär att P måste ha orsakat X genom t.ex. ett beslut, en handling eller en akt av underlåtelse. Tar jag t.ex. droger och detta leder till dålig hälsa är jag alltså genom mitt handlande kausalt ansvarig för min dåliga hälsa. Drabbas jag av dålig hälsa enbart på grund av att jag har en viss genetisk uppsättning är jag inte kausalt ansvarig för denna. Att vi verkar anse att den förra men inte den senare är ansvarig för sin dåliga hälsa i en mer substantiell mening, talar för att kausalt ansvar är ett nödvändigt villkor för mer substantiella former av ansvar.

I vårt fall kan det tyckas som att individerna inte är kausalt ansvariga för hela delen av sin dåliga hälsa.

De med låg social status blir t.ex. lättare sjuka även om de lever lika sunda liv som de med hög social status och denna hälsoskillnad borde de därigenom inte vara kausalt ansvariga för. Deras handlande kan knappast sägas orsakat den dåliga hälsan eftersom samma handlande hos de andra inte gjorde det. Det är snarare något annat som har sin orsak utifrån. Detta medför i sin tur att de inte är ansvariga för denna ohälsa som är orsakad på detta sätt. Problemen med denna idé är åtminstone två.

För det första kan det inte uteslutas att individerna är kausalt ansvariga för den position i den sociala hierarkin de befinner sig i. Det kan ha varit så att den som befinner sig långt ner i hierarkin hamnat där för att den begått brott, eller återigen missbrukat droger, eller mindre dramatiskt, gjort dåliga prov i skolan. Ytterst är personen i så fall kausalt ansvarig för sin dåliga hälsa.

För det andra kan individerna själva kompensera för det dåliga utgångsläget de har genom att äta bättre, motionera mer, och dylikt, än de med högre social status. På samma sätt kan man kompensera för den extra stress man upplever i denna låga sociala position med, utöver träningen och maten, utföra någon sorts KBT-terapi. Denna är som bekant mycket effektiv mot olika former av stressyndrom. Att man *underlåter* att göra detta är förstås

⁹Detta brukar emellertid inte ses som ett tillräckligt villkor för ansvar. Se not 5.

vanligt, men eftersom man även är kausalt ansvarig för sin dåliga hälsa när man underlåter att utföra vissa handlingar för att göra den bättre, är man ansvarig för detta underlåtande.

Vara ansvarig och hålla ansvarig

Hittills har jag alltså argumenterat för att sociala determinanter inte på något enkelt sätt undergräver vårt ansvar för den egna hälsan. Men även om det skulle visa sig att de sociala determinanterna undergräver vårt ansvar för den egna hälsan medför inte detta på något enkelt sätt att vi inte kan moraliskt berättiga byggandet av ansvarskänsliga institutioner. I debatten kring ansvarskänsliga institutioner underlåter man ofta att göra distinktionen mellan att vara ansvarig och att hålla någon ansvarig. Vi kan ha moraliska skäl att hålla människor ansvariga som inte är ansvariga, och vi kan omvänt ha moraliska skäl att inte hålla människor ansvariga, även när de är ansvariga.

En normativ grund till stöd för tanken att vi bör hålla människor ansvariga när de är ansvariga på grundval att de är ansvariga, är en idé om att vi bör fördela det goda efter förtjänst. En person som varit medvetet oaktsam med sin hälsa förtjänar inte vår i samma utsträckning som den samvetsgranne vilket medför att vi bör prioritera den före framför den senare när vi inte har

resurser nog för båda. Ett liknande skäl, vilket dock i strikt mening inte har något med förtjänsttanken att göra, går istället ut på att man får ”skylla sig själv” i den mån man är ansvarig och att man på grund av detta i dessa fall bör få klara sig själv (jfr Walker 2010).

Gemensamt för de båda ovan nämnda teorierna är att vi *bör* hålla de människor som är ansvariga för sin dåliga hälsa *enbart på grundval* av att de är ansvariga för densamma. Andra normativa teorier ger andra utslag. Enligt t.ex. vissa konsekvensbaserade teorier är det rätt att fördela resurserna på ett sätt som gör att konsekvenserna blir de bästa. Givet att konsekvenserna skulle bli de bästa av att hälso- och sjukvårdens institutioner håller människor ansvariga för deras dåliga hälsa, även om de i substantiell mening inte är ansvariga, skulle det alltså vara rätt att hålla människor ansvariga för deras dåliga hälsa. På samma sätt skulle jämlikhetsbaserade teorier kunna ge liknande utslag. Givet att vi skulle få ett jämlikare utfall av att hälso- och sjukvårdens resurser håller människor ansvariga för deras dåliga hälsa skulle det vara rätt att hålla människor ansvariga för deras dåliga hälsa.¹⁰ Poängen här är inte att försvara tanken att ansvarskänsliga institutioner de facto leder till bättre konsekvenser eller större jämlikhet än institutioner som inte är ansvarskänsliga. Utan poängen är istället att *om så är fallet* blir frågan

¹⁰Det finns även andra normativa teorier, som t.ex. naturrättsliga eller kontraktsetiska, som skulle kunna generera detta utslag.

om individerna i substantiell mening är ansvariga irrelevant.

Det finns alltså skäl som talar för att vi bör hålla människor ansvariga även om de inte är ansvariga och det finns skäl som talar för att vi inte bör hålla människor ansvariga även om de är ansvariga. Man kan alltså inte ta för givet att ett visande av att individerna inte är ansvariga leder till slutsatsen att vi inte bör inför ansvarskänsliga institutioner. Slutsatsen blir att även om individerna inte är ansvariga måste vi göra vidare undersökningar innan vi hävdar att detta talar mot införandet av ansvarskänsliga institutioner.

Slutsats

I denna artikel har jag alltså argumenterat för att förekomsten av de sociala determinanterna inte på något enkelt sätt underminerar vårt ansvar för vår hälsa. Om det trots allt skulle visa sig att individerna är ursäktade på grund av dessa determinanter så kan det fortfarande finnas skäl för att bygga dessa ansvarskänsliga institutioner. Dessa kommer i så fall från andra håll som t.ex. konsekvensetiska teorier.

Avslutningsvis är det viktigt att framhålla att jag själv inte argumenterar för införandet av dessa institutioner. Jag argumenterar inte heller för att beslutsfattare är ursäktade för den dåliga hälsa individer i vårt samhälle har. Även om det är så att individerna själva är ansvariga för sin hälsa kan också beslutsfattarna samtidigt vara ansvariga för

populationens hälsa. Det enda jag vill ha sagt med denna artikel är att förekomsten av sociala determinanter inte på något enkelt sätt påverka vare sig vårt ansvar för vår hälsa eller hur våra institutioner bör se ut.

Referenser

- Björnsson, G., Persson, K. (Kommande) The explanatory component of moral responsibility. Kommande i Nôus.
- Carlbring, Per 2004: Panic! Its Prevalence, Diagnosis and Treatment via the Internet. Finns att hämta på: <http://info.uu.se/press.nsf/pm/panik.botas.id6C.html>
- Daniels N och Sabin, J E (2008) Setting the limits fairly. Oxford: Oxford University Press.
- Foddy B, Savulescu J och Levy N (kommande) A liberal account of addiction. Philosophy, Psychiatry and Psychology
- Kane, R. (1996) The Significance of Free Will. Oxford U. P.
- Knowles, J (1977) Doing Better and Feeling Worse. New York: W.W. Norton
- Marmot, M (2004) The status syndrome –How social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt and company
- Pereboom, D. (2001) Living without Free Will, Cambridge U. P.
- Persson, I (2005) Retreat of reason. Oxford: Oxford U P
- Prioriteringscentrum (2007) Vårdens alltför svåra val? Går att finna här: <http://elio.se/prioriteringscentrum/pdfV%C3%A5rdens%20alltf%C3%B6r%20sv%C3%A5ra%20val%200703%20plus%20namn.pdf>
- Scruton, R. (2000a). The risks of being free. Wall Street Journal Europe, 7 januari
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val.
- Segall, S (2009) Health, luck and justice. Princeton U P
- Walker, T. (2010) Who do we treat first when the resources are scarce? Journal of applied philosophy, Vol. 27, No. 2, 200-211
- Wallace, R., J. (1994) Responsibility and the moral sentiments. Cambridge: Harvard U P
- Wikler, D. (2004) Personal and social responsibility for health i ed. Arnanand, S., Peter, F., Sen, A. Public health, ethics, and equity. Oxford: Oxford U P
- Wilkinson, R. (2005). The impact of inequality –How to make sick societies healthier. New York: New Press
- World Health Organisation. (2002). The world health report: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO
- World health organisation (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO