

Eget ansvar i vården?

ETT SYMPOSIUM
OM MEDICINSK ETIK

16 september 2009 · Lund

Medicinska fakulteten
Lunds universitet
Box 117
221 00 Lund

ISBN 978-91-86443-79-5

© Avdelningen för medicinsk etik, Nils-Eric Sahlin
och Medicinska fakulteten vid Lunds universitet
Redigering och grafisk form Johan Laserna
Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet,
Lund 2010

Innehåll

Förord · 5

Bo Ahrén

Det egna ansvarets gränser · 9

Göran Hägglund

Eget ansvar vid cancer · 17

Mef Nilbert

Eget ansvar i vården.
Ekonomens perspektiv · 23

Carl Hampus Lyttkens

Kan människor ta ansvar för sin hälsa? · 39

Sofia Kjellström

”Det goda jag vill, det gör jag inte” · 47

Barbro Hedvall

Egenansvar i vården? · 51

KG Hammar

Att vårda samhällets resurser · 55

Sören Olofsson

Egenansvar och ansvarsprinciper · 61

Nils-Eric Sahlin

Det egna ansvaret och samhällets.

Avslutande reflexioner · 69

Göran Bexell

Medverkande · 77

Förord

Vi vill ha mycket vård, god vård och vård i rättan tid. Men våra resurser är begränsade. Varken privata eller offentliga medel räcker för att tillfredställa alla de behov, förväntningar och önskingar som finns i dagens samhälle. Var går gränserna för det offentligas åtaganden? Vad är rimligt att kräva av vården? Vad kan man kräva av den enskilde? Vilket ansvar har vården? Vilket ansvar har vi som vårdtagare?

När professor Göran Bexell i december 2008 avgick som rektor för Lunds universitet fick han i avskedsgåva av Medicinska fakulteten ett symposium i medicinsk etik. Gåvan är en symbol för den tacksamhet som Medicinska fakulteten känner för Göran Bexells framgångsrika arbete som rektor och inte minst hans intresse och engagemang för utveckling av medicinsk forskning och utbildning. Göran Bexell fick själv välja ämne för symposiet och valet blev: *Eget ansvar i vården?* Den frågan blir alltmer påträngande.

Frågan om egenansvar är en av de mest angelägna medicin-etiska frågorna och samtidigt en av de svåraste. Vi vet att vi inte ska röka. Vi vet att vi ska äta en näringsriktig mat. Vi vet att vi bör motionera. Ändå är vi många som gör precis tvärtom. Med våra val kan vi riskera vår egen hälsa, men – vad värre är – därigenom kan vi komma

att konsumera vård som kunde användas för bättre ändamål. Ska de som konsekvent missbrukar sin hälsa få ta upp vårdresurser på bekostnad av dem som sköter sin hälsa? Men ska vården verkligen prioritera efter något annat än vårdbehov? Var går gränsen, om den finns, för samhällets solidaritet?

Frågan är komplicerad. Kanske inledde vi vårt dåliga beteende långt innan vi hade kunskap om effekterna. De biologiska faktorerna är många, sällan helt kända och som regel komplicerade. Ekonomiska, kulturella och sociala faktorer har också sin stora betydelse. Vi är, har forskningen visat, inte alltid så rationella beslutsfattare. Men kan vi skylla ifrån oss på annat; har vi inte ett eget ansvar?

Målet med detta symposium är att belysa några av dessa och andra frågor från flera utgångspunkter – att stimulera till ett konstruktivt samtal om egenansvar i vården. Symposiet angår politiker, alla som arbetar i vården, ekonomer, etiker, samhällsdebattörer men också en intresserad allmänhet och – ytterst – alla oss som förr eller senare blir vårdtagare.

Symposiet ägde rum den 16 september 2009 i aulan på Universitetssjukhuset i Lund. Det var ett öppet symposium som rönt stort intresse med cirka 350 deltagare.

Jag vill varmt tacka Nils-Erik Sahlin och Göran Bexell för deras engagemang i detta viktiga seminarium. Jag vill också framföra mitt varma tack till föreläsare och paneldeltagare som generöst bidrog med kunskap, tankar och intresse vid seminariet; Göran Hägglund, Mef Nilbert, Carl Hampus Lyttkens, Sofia Kjellström, Sören Olofsson, KG Hammar och Barbro Hedvall.

I denna lilla skrift har vi sammanställt föreläsarnas och paneldeltagarnas föreläsningar och tankar kring eget ansvar i vården.

Bo Åhrén

Dekanus

Medicinska fakulteten vid Lunds universitet

Det egna ansvarets gränser

Göran Hägglund

Tack inbjudan och för möjligheten att delta i detta intressanta symposium.

Inte minst för att det ger mig en möjlighet att ta ett steg tillbaka och fundera över de stora vårdfrågorna.

De som har svårt att tränga fram i mediebruset och departementspromemoriorna, men som inte desto mindre kräver att vi förhåller oss till dem.

Det förunnas inte varje dag en socialminister att få tala om dem. Och inte minst höra och lära.

Det här symposiet adresserar en fråga som helt klart kommit i skymundan i debatten. Frågan om det egna ansvarets gränser.

Betydligt oftare är det det offentliga ansvar för den enskilde som står i centrum. Hur kan stat, kommun, landsting erbjuda en bättre, mer effektiv vård till medborgarna?

Jag kommer att tänka lite på John F Kennedy som önskade vända på perspektivet med den retoriska klassikern:

”Ask not what your country can do for you, but what you can do for your country...”

Men kanske skulle man i detta sammanhang säga:

”Ask not what your country can do for your health but what you can do for your health...”

Att vända på perspektivet, att fråga om den enskildes ansvar är viktigt, men också svårt.

I vilken mån är jag själv ansvarig för min egen hälsa?

Vi vet ju att vi kan påverka vår hälsa genom våra handlingar. Vi vet att det är bra att motionera och äta nyttigt, att inte röka och dricka, eller åtminstone att dricka måttligt. Det främjar hälsan.

Men man kan ju också ha otur – olyckor och sjukdomar kan drabba oss alla, alldeles oavsett hur hälsosamt vi lever.

Gener och anlag, arv och miljö, beteenden och val – allt påverkar min hälsa.

Men vi vet sällan i vilken mån. Vad påverkar mest? Det går inte att slå fast.

En person med utmärkta gener kan leva ett ohälsosamt och destruktivt liv. Och den person som har sämre arvsanlag kan göra underverk för sig själv med ett hälsosamt leverne.

Vem av dessa två typfall ska sjukvården gynna? Eller ska båda ses på med samma principiella glasögon? I ett läge med allt högre krav och begränsade resurser?

Från en politisk horisont är sådana här frågor oerhört svårbemästrade. Vi har sannerligen inte alla lösningar redo i portföljen.

Men sitter inte passivt heller. På mitt departement arbetar för närvarande tjänstemännen med ett projekt som heter LEV, Långsiktig Efterfrågan på Valfärdstjänster.

Syftet är att analysera hur efterfrågan på välfärdstjänster, närmare bestämt hälso- och sjukvård och äldreomsorg, utvecklas fram till 2050.

Arbetet görs tillsammans med Finansdepartementet. En referensgrupp knuten till gruppen kommer även att innehålla andra externa experter.

Resultatet av projektet kan ses som en fördjupning av långtidsutredningens analyser av offentliga konsumtionen angående hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Arbetet berör också vårdens finansiering. Att den i grunden ska vara offentligt finansierad är en utgångspunkt, men underförstått är ju att avgränsningarna mot det privata är en mer öppen fråga i framtiden än vad den är i dag.

I debatten blir detta lätt infekterat men det är viktigt att inte ha skyggklapparna på när vi diskuterar så pass brännande frågor.

Diskussionen om välfärden över huvud taget i framtiden handlar inte bara om det offentligas ansvar utan också frågan om eget ansvar i stort.

Till exempel inte bara vad man har för ansvar för sig själv utan vilket ansvar man har för varandra.

Hittills har ofta vården av en gammal person skötts av maka/make, men i takt med att vi i allt större utsträckning lever själva, vilka krav ställer det på äldrevården?

Men den uppväxande generationen, kommer de att vilja ta hand om sina gamla föräldrar? Eller har vi en ny mentalitet där?

Man bör också uppmärksamma att det finns ett slags utanförskap i vården. Alltså människor som av någon anledning har svårare att hantera förutsättningarna för att förhålla sig till vården.

Vi har till exempel äldre som inte söker vård trots att de borde. Sådana som lider av depression eller överförskrivning av läkemedel.

Eller som har inställningen att de inte ska vara till besvär och därför biter ihop istället för att söka vård.

Och så har vi förstås också sådana som ligger långt ifrån

vården på grund av språksvårigheter eller kulturella skillnader i fråga om diagnoser.

Det finns också grupper där intresset för vården är lägre och intresset för den egna hälsan är lägre.

Mot detta ska då ställas den grupp som tvärtom är mycket aktiv, har höga förväntningar och ställer krav. Patienter som målmedvetet söker den bästa vården vare sig den är här hemma eller utomlands.

Den gruppen kommer säkert att öka i både relativa och absoluta tal.

Demografin över huvud taget ändrar förstås förutsättningarna för den framtida vården. Antalet personer över 85 år kommer till exempel dubblas de kommande 40 åren.

Åtminstone de två senaste långtidsutredningarna har visat att disponibelinkomsterna kommer att öka väsentligt för väldigt många.

Människor som blir gamla de närmaste åren är vana med en hög service, bekväm take away-mat, stort tv-utbud, mycket resande, och har pengar att betala det med.

Historiskt har ökade inkomster gått hand i hand med ökade krav på offentliga tjänster. Många tror att den utvecklingen kommer att fortsätta.

Detta kan tolkas som en högre betalningsförmåga i framtiden. Men å andra sidan, vad vet vi om betalningsviljan hos en generation som är van att få sin vård garanterad av det offentliga?

Vi möter också frågan om vad som egentligen kommer att vara de framtida folksjukdomarna.

För några decennier sedan dog mängder av svenskar i lungcancer varje år på grund av rökning. I dag ser siffrorna annorlunda ut.

Å andra sidan ser vi att den psykiska ohälsan ökar, inte minst bland de unga.

I det första fallet är det ganska lätt att tala om ett eget ansvar. Men i det senare? Hur reder man ut gränserna för det egna ansvaret när det gäller psykisk ohälsa?

Ett annat fenomen att uppmärksamma är det faktum att många äldre i dag faktiskt är sjukare än de var tidigare.

I dag överlever man sjukdomar som man tidigare dog av, till exempel hjärtinfarkt som ofta var dödande för 20-30 år sedan. Vi kommer att se fler kroniker, med stora behov av sjukvård.

*

Prioritering är förstås centralt i allt detta.

Med begreppet prioriteringar menar vi någon form av rangordning och urval. Att utifrån denna rangordning fatta beslut om vilka alternativ som ska tilldelas resurser.

Kravet på prioritering på grund av bristande resurser leder ofta till debatt och aktualiserar svåra etiska problem.

Den medicinska professionen kläms mellan patientens förväntningar, det medicinskt möjliga och de ekonomiska ramarna.

Politiker kläms i sin tur mellan medborgarnas önskemål, krav från hälso- och sjukvårdspersonalen och det oundvikliga faktum att resurserna är begränsade.

Resursbehoven väntas öka snabbare än vad som enbart följer av den demografiska utvecklingen, framförallt på grund av den medicinsk-tekniska utvecklingen.

Idag nöjer sig få med de behandlingsmetoder och läkemedel som fanns för trettio år sedan. Lika lite kommer

befolkningen om trettio år att nöja sig med de behandlingsmöjligheter som finns idag.

Samtidigt som förväntningarna på behandlingarna växer måste vi vara medvetna om att allt inte behöver behandlas.

Utredningen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, som leddes av professorn och kristdemokraten Jerzy Einhorn, lämnade 1993 sitt betänkande *Vårdens svåra val*.

I betänkandet presenteras en grund för prioriteringar som Kristdemokraterna står bakom och som också låg till grund för riksdagens riktlinjer för prioriteringar i vården.

Enligt utredningen är människovärdesprincipen den grundläggande etiska plattformen.

En naturlig följd av denna princip är behovs- eller solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna bör satsas på de individer, de områden och de verksamheter där behoven är som störst.

Den principen förpliktar sjukvården att särskilt beakta behoven hos de svagaste, hos dem som inte ens är medvetna om sitt människovärde eller kan göra sin röst hörd.

Som exempel nämns barn, åldersdementa, gravt psykiskt sjuka och människor med nedsatt autonomi.

Förhållningssättet att de som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården får även stöd i hälso- och sjukvårdslagen.

Oavsett hur behoven har uppstått ska vårdens resurser fördelas efter behov. Det motiverar man utifrån att det är svårt att veta bakgrundsorsaken till individens ohälsa.

Det vi brottas med här idag får alltså inget egentligt svar i hans utredning. De utmaningar som vi ser framför oss upplevdes inte lika skarpt i nittioalets början.

Från politiskt håll får vi helt enkelt erkänna att vi till dags dato inte har alla svar på de frågor som ställs här i dag.

Vi vet att vi målmedvetet måste gå vidare med de här frågorna, men det kommer inte att ske med hjälp av ett dekret från mitt departement.

Men låt mig få understryka att det inte är något konstigt med det. Det vore snarare märkligt om det vore så.

Politiken är bara en av samhällets bärande pelare. Samhällsdebatten varken kan eller bör fyllas av politiker.

När det gäller sådana här praktiska och principiella ödesfrågor är det självklart att vägen framåt stakas ut även av andra.

Av forskningssamfundet och professionen på området. Och, för den delen, av alla som vill engagera sig i den viktiga debatten om ansvar.

Tillåt mig i den andan för ett ögonblick gå från socialminister till kristdemokrat.

För när vi inte har de säkra svaren, men ändå stöter emot något så fundamentalt viktigt som gränslinjerna mellan det egna ansvaret och den offentliga vården, då är det för mig en trygghet att minnas mitt partis principprogram:

Kristdemokraterna är ett parti vars politik bygger på en människosyn som utgår från att människan till sin natur är förnuftig, vilket ger henne frihet och möjlighet att välja mellan ont och gott.

Hon är moraliskt medveten och råder över sina egna handlingar. Det gör henne moraliskt ansvarig. Värdet ger henne rättigheter och ansvaret ger henne skyldigheter.

Dagens och morgondagens etiska utmaningar inom läkarvetenskapen ställer oss inför nya problem, där våra gemensamma etiska principer ska tillämpas.

Det finns inte en etik som gäller inom forskningen och sjukvården och en annan som gäller inom övriga delar av samhällslivet. Vår övertygelse är att de etiska grundvärdena är desamma på livets alla områden.

Etik handlar om medvetna och ansvariga personers handlingar. Handlingar kan bedömas och värderas moraliskt oavsett om de sker på gatan, i ett laboratorium eller vid sjuksängen. Ingen gör något i ett moraliskt vakuum.

Tack ska ni ha!

Eget ansvar vid cancer

Mef Nilbert

Cancer drabbar var tredje svensk någon gång under livet. Drygt 50 000 svenskar får årligen cancer. Det innebär en svensk var tionde minut. Cancer är den vanligaste dödsorsaken i arbetsför ålder. I världen dör 8 miljoner människor varje år till följd av cancer. Tre av fyra finns i låg- och medelinkomstländer. Vad har vi för eget ansvar för cancer?

Att miljön spelar en viktig roll märks i att cancerspektra skiljer sig mellan utvecklingsländer och västvärlden. Bröst-, prostata-, tarm- och lungcancer är de vanligaste i vår del av världen, medan cancer i livmoderhals och magsäck skördar många liv i utvecklingsländerna. Detta trots att kontrollprogram och vaccination kan förhindra de flesta fall av livmoderhalscancer och förändrad kost och behandling av magsäcksbakterien *Helicobacter pylori* minskar risken för magsäckscancer.

Livsstilsfaktorer som orsak till folksjukdomar kan betecknas som ”*The Big Five*” – *rökning, kost, övervikt, alkohol och stress*. De enskilt viktigaste livsstilsfaktorerna kopplade till cancer är rökning och kost. I Sverige beräknas rökning orsaka 10 000 cancerfall årligen. Idag dör fler kvinnor av lungcancer än av bröstcancer. Att rökning kan leda till cancer vet idag de flesta, medan färre känner till kopplingen mellan övervikt och cancer.

Vårt eget ansvar ligger framför allt i förebyggande (preventiva) insatser. Vi har ett eget ansvar för att inte röka, äta hälsosam mat i lagom mängd, vara fysiskt aktiva och att delta i de kontrollprogram (screening) som rekommenderas till hela befolkningen.

Screening för livmoderhalscancer med cellprov minskar risken att drabbas med 80–90% och har sedan införandet halverat incidens och dödlighet i sjukdomen i Sverige. Ändå väljer kvinnor att inte delta. Forskning visar att kvinnor som inte deltar inte tror på att metoden fungerar, har tidigare negativa erfarenheter från hälso- och sjukvården och menar sig antingen inte vara i riskzon eller själva kunna märka förändringar. Bevis för att det fungerar finns, men vid beslut att inte delta står känslor och erfarenheter över vetenskaplig evidens. Detsamma, om än i mindre omfattning, gäller mammografiscreening för bröstcancer.

Hur skall man äta för att främja hälsan? Det finns vetenskapligt utvärderade och väl underbyggda rekommendationer för rätt val av kost och för nyttan av att hålla vikten och vara fysiskt aktiv. Kosten skall ha en vegetabilisk bas med frukt och grönsaker minst 5 ggr dagligen, val av fullkornsprodukter, begränsat intag av rött kött och vad gäller alkohol högst en drink om dagen för kvinnor, två för män. Fysisk aktivitet rekommenderas minst 30 minuter dagligen 5 dagar i veckan för vuxna och 60 min för barn och ungdomar.

Det är erkänt svårt att förändra människors beteende. Vi lever idag i ett samhälle där vi ständigt tvingas lära nytt. Man kan undra om det inte skulle vara möjligt att applicera "livslångt lärande" också på ansvaret för vår egen hälsa. I USA har man utvecklat nya ordspråk som

påminner oss om att äta sunt och vara fysiskt aktiva. Exempel på detta är ”*A tri-color meal is a good deal*” och ”*Seven days without exercise makes one weak*”.

Det är idag socialt acceptabelt att kommentera rökning, att bli irriterad om någon utsätter andra för passiv rökning. Jag tror också vi reflekterar mer idag än tidigare över vilken mat vi köper och vad vi äter. Känner ni inte igen att man tittar på vad den som står före en i snabbköpskön köper och utifrån detta gör sig tankar om vem denne person är och hur han lever. Cancerlarm ser vi på löpsedlarna nästan varje vecka. Dessa är ofta överdrivna, svårtolkade för den enskilde och riskerar därmed att göra oss avtrubbade. Även berättigade larm (de är få!) och har liten eller ingen effekt på vårt beteende. Cancerlarmen blir en del i det nyhetsflödet som idag är så stort att vi tvingas välja bort det mesta. Vad vi behöver för att ta eget ansvar är att endast väl underbyggda och utvärderade fynd lyfts fram och tolkas. Först då kan vi göra ett informerat val.

Men inte ens då är det lätt. Vi kan ta exemplet med mörk choklad. Choklad är en sötsak som forskning säger att vi skall begränsa intaget av. Mörk choklad innehåller mättade fettsyror som kan öka risken för hjärt-kärlsjukdom, men också antioxidanter som minskar risken för cancer. Det finns forskning som visar att chokladätare lever längre än de som inte äter choklad. Skall man välja en sötsak är det kanske den mörka chokladen. Den är också mättande och skulle alltså kunna vara fördelaktig ur fetmasynpunkt. Det finns till och med de som menar att mörk choklad skulle kunna liknas vid en grönsak. Å andra sidan är den beroendeframkallande; finns det till och med risk för missbruk av mörk choklad? Inte är det

lätt att tolka vetenskapliga data och att balansera risk mot nytta för att välja rätt livsstil.

I USA upplever man en fetmaepidemi som skrämmande snabbt utbreder sig över landet och nu som det mesta från USA sprider sig till övriga västvärlden. I USA får allt flera stater en allt större andel av befolkningen som är fet, dvs har ett Body Mass Index över 30. Vid senaste mätningen hade ingen amerikansk delstat mindre än 15% feta och i flera stater var över 25% av befolkningen fet. I flera avseenden liknar fetmaepidemin klimatförändringarna i världen. Flera samverkande faktorer orsakar utvecklingen som dessutom är extremt svår att vända. En enskild åtgärd räcker inte utan det krävs koordinerade centrala och lokala insatser där samhälle och individ måste samverka. Individuella råd om mindre mat och mer motion är inte nog. Det krävs omedelbara insatser och genomgripande förändringar. Liksom när det gäller att begränsa koldioxidutsläppen kan vi vad gäller fetmaepidemin inte förlita oss på den enskilde individens insatser. Det krävs ingripande från myndigheter: t ex ökad skatt på läskedrycker och ökat antal gymnastiktimmar i skolan.

Om man vill förändra individers livsstil bör man sannolikt rikta specifika insatser mot nyckelgrupper. Insatsen måste vara evidensbaserad och utvärderas. Vi borde också, istället för att enbart fundera över varför vissa gör fel, skaffa oss mer kunskap om hur det kommer sig att så många gör rätt – många ungdomar tränar, äter hälsosamt och röker inte. Kanske skulle man satsa mer på de medelålders och äldre. Denna grupp, med de högsta incidenserna av sjukdom, skulle sannolikt direkt ha den största nyttan av kostförändringar och fysisk aktivitet och är dessutom en undervärderad grupp som ofta är högt moti-

verad. Nya grepp skulle också kunna anpassas till målgruppen och ta hjälp av olika intressegrupper i samhället. Med fackföreningarna skulle man kunna samarbeta om fysisk aktivitet kopplad till arbetet, med arkitekter och samhällsplanerare om miljöer som stimulerar till fysisk aktivitet, med lantbrukare och TV-kockar om födoämnen etc. Dessa stora frågor kräver nationell samling, öppenhet och tydliga mål. Särskilt skulle jag vilja lyfta fram möjligheten till samarbete med media, där tror jag finns en potential till förändring.

Sverige har nyligen fått en cancerstrategi som nu skall sättas i kraft samtidigt som vi inom de närmsta 20 åren har en dramatisk prevalensökning av cancer att vänta. Redan på 70-talet talade forskaren John Higginson om en individuell cancerplan som en självklar del av en nationell cancerplan. Samtidigt konstaterar Higginson att hälso- och sjukvårdens personal inte är bättre än andra på att ta ansvar för sin hälsa. Här finns ett stort utbildningsbehov – kanske är det egna ansvaret för sjukdom ett ämne som skulle lämpa sig särskilt väl som gränsöverskridande utbildning, t ex för sjuksköterskestuderande, sjukgymnaststuderande och läkarstuderande, och som utbildning som kan kombinera grund- och vidareutbildning och därmed olika perspektiv och erfarenheter.

David Eberhard skriver i boken *I trygghetsnarkomanernas land* om det han kallar den nationella trygghetsepidemin. Eberhard diskuterar begrepp som curlingföräldrar och servicebarn och menar att skyddet riskerar leda till en falsk trygghet och passivitet. Kanske skyddas vi i onödan och förlorar förmågan att själva värdera risker. Man kan fråga sig om detta är en övergående fas eller om det är så att trygghetskraven ökar för varje generation.

Även vid inträffad cancer bör patienten känna att hon är delaktig i behandlingen. En av mina patienter sade häromdagen ”Helt plötsligt styr cancer och sjukvården mitt liv”. Den känslan var det som fick Peter Noll att avstå från sin behandling av urinblåsecancer. Jag tänkte att så måste det kanske vara en tid framöver för att genomföra undersökningar och behandling inriktad på att hon ska bli frisk. Men, en svår behandling blir kanske lättare att genomföra om patienten förstår vad som görs och själv får ansvar för att observera och registrera gynnsamma effekter och biverkningar. Jag undrar över om vi också inom sjukvården tar över för stor del av ansvaret – på bekostnad av det egna ansvaret.

Eget ansvar i vården. Ekonomens perspektiv

Carl Hampus Lyttkens

TVÅ SÄTT ATT DEFINIERA
EGET ANSVAR I VÅRDEN

Sjukvården i Sverige och i många andra länder står inför stora finansieringsproblem. Klyftan mellan vad som går att göra och vad man har råd att göra växer sig allt större. Det är då inte särskilt förvånande, att tanken på ett utvidgat ansvar för den enskilde individen, t ex för de hälso-risker man utsätter sig för, växer sig allt starkare. När denna tanke nu skall skärskådas från olika vetenskapliga och samhällseliga perspektiv är det inte heller någon större överraskning, kan man tycka, att mitt uppdrag blev just att anlägga ett ekonomiskt synsätt på frågan.

Ett ekonomiskt perspektiv borde vara mycket relevant. Själva definitionen av nationalekonomi som vetenskap brukar börja med observationen att våra resurser är begränsade, och att vi därför ständigt tvingas fatta beslut om hur vi på bästa sätt skall använda dessa resurser. Sådana beslut är nödvändiga, men kan förvisso vara besvärsliga, inte minst när människors hälsa är inblandad. I de flesta situationer finns det olika alternativ att välja bland,¹

1. Detta hindrar inte att alternativen ibland är starkt begränsade – vid en konferens på Sardinien tidigare i höst lärde jag mig av en

och till alternativen på sjukvårdsområdet hör möjligheten att betona individens eget ansvar.

Det var sålunda med intresse jag hörsammade kallelsen från vår tidigare rektor professor Göran Bexell och hans medarrangör professor Nils-Eric Sahlin, att medverka i ett seminarium om individens eget ansvar i vården. Man vill ju gärna tro att ekonomerna har något att bidra med, även om det kan vara klokt att hålla min kollega professor Ingemar Ståhls betyg åt ekonomkåren i minnet – dåliga som kliniker men bra som patologer (finanskrisen etc).² Men nu gällde ju detta ett seminarium i medicinsk etik, och kvaliteten på ekonominsatsen får väl därmed anses vara en öppen fråga.

Med begränsade resurser inom vården måste vi välja vad vi skall prioritera – vilken typ av vård, vilka patientgrupper osv. Prioriteringar i vården diskuteras nu allt mer öppet, både inom sjukvården och i den allmänna debatten. I praktiken har prioriteringar alltid förekommit i vården, från den enskilde läkaren som avgör hur mycket tid som skall läggas på en viss patient till landstingspolitikerna som bestämmer nivån på landstingsskatten. Det nya nu är att allt fler blivit medvetna om att prioriteringar förekommer och måste förekomma, och att ekonomens perspektiv lyfts fram i ljuset, alltså att våra resurser är begränsade och att vi måste välja.

italiensk kollega att man, om man blir sjuk i Syditalien, bara har två alternativ – att ta en aspirin eller att ta Alitalia. Och då skall man komma ihåg att sannolikheten är mycket hög att Alitalia är drabbade av strejker eller gått i konkurs.

2. I den danska tecknade serien ”Poeten och Lillemor” möter vi följaktligen en ekonom som överväger att göra som meteorologerna och övergå till femdygnsprognoser.

Det blir dyrare och dyrare att ge ”bästa möjliga vård”, eftersom det sker en ständig medicinsk-teknologisk utveckling, som ger oss nya möjligheter och behandlingsmetoder. Vårdkostnadernas andel av BNP stiger i alla utvecklade länder, och många länder lägger betydligt mer resurser på sjukvården än vi gör i Sverige. Samtidigt sjunker andelen skattebetalare i befolkningen till följd av låga födelsetal.³ Allt färre skall finansiera sjukvården för en allt större grupp pensionerade. Vi kan alltså räkna med att finansieringsproblemen kommer att accentueras, även om vi nog kan effektivisera vården en del genom organisatoriska reformer.

Hur skulle då eget ansvar i vården kunna lösa detta problem?

Låt oss först slå fast att *det inte finns någon annan som betalar* vården åt oss (det är ju alltså inte EUs jordbrukspolitik vi talar om här). Det som är frågan är hur vi själva vill betala vården, direkt ur egen plånbok som patientavgifter eller genom att skicka pengarna (en omväg) som skatteinbetalningar. Problemet i land som Sverige är att det finns mycket små möjligheter till konventionella skattehöjningar, med tanke på hur höga skatter vi redan har.⁴

När det gäller eget ansvar finns det två vägar att gå. För det första kan vi utgå från vården, och ge individen ansvar för att finansiera antingen vissa typer av vård eller en viss mängd vård. Här tror jag vi kan identifiera en rad möjlig-

3. Att medellivslängden ökar har däremot föga effekt på befolkningspyramiden.

4. För en ekonom är det en ständig källa till förundran att länder med så höga skatter som Sverige överhuvudtaget kan fungera.

heter. Den andra vägen, och det är den som vanligen nämns i debatten, är att ge oss som individer ansvar för vårt hälsofarliga beteende, så att den som röker, äter fet mat, inte motionerar osv får betala mer eller ges lägre prioritet i vården. Här tror jag det finns färre möjligheter, och jag skall förklara varför.

EGET ANSVAR I FORM AV ÖKADE PATIENTAVGIFTER

Låt oss börja med det första alternativet, att utgå från sjukvårdens egenskaper. En framkomlig väg kan vara att diskutera om det finns viss vård som är lämpligare än annan att överlåta till individen att själv betala ur egen ficka. För den typ av vård som är lämplig att överföra till privat finansiering får individen själv i så fall ta ansvar för att väga kostnaden för vården mot dess nytta. Man kan peka på ett antal kriterier som bör vara uppfyllda för att det skall kunna vara (förhållandevis) lämpligt att lyfta bort viss typ vård från den offentliga finansieringen.⁵ Det bör t ex vara vård som är sådan, att det dyker upp privata producenter som erbjuder vården i fråga ifall den inte tillhandahålls offentligt. Vi skall m a o kunna vänta oss att det uppstår en privat marknad som erbjuder denna typ av vård. Man kan ju inte gärna ta eget ansvar för att köpa vård om det inte finns någon som säljer sådan vård. Detta är kanske det mest grundläggande kravet för att man skall kunna tänka sig att överlåta åt individen att själv ta ansvar för vissa typer av vård. Uppenbarligen ligger det närmre till hands för t ex primärvård än för lung-

5. Tinghög, Carlsson & Lyttkens (2009).

transplantationer. Man kan också tycka att vården inte bör vara dyrare än att de allra flesta har råd med den, antingen direkt eller genom att köpa en privat sjukvårdsförsäkring, som täcker vården i fråga.

Vidare bör patienterna vara rimligt väl informerade om sjukvårdens egenskaper, förstå vad man köper och vilken nytta det kan göra. Slutligen bör vården inte vara förknippad med det vi ekonomer kallar positiva externaliteter. Dvs om andra har nytta av att jag konsumerar sjukvård så konsumerar jag spontant för lite, eftersom jag inte tar hänsyn till att andra också har nytta av att jag är frisk. Som skribent kan man tacksamt notera att vi har ett klockrent och aktuellt exempel på detta, nämligen influensavaccinering. Det är ju så att andra löper mindre risk att bli sjuka om jag vaccinerar mig, de har alltså nytta av att jag konsumerar sjukvård. Sjukvård med sådana egenskaper ligger det nära till hands att finansiera offentligt (skattefinansiering), eftersom det är önskvärt att individen konsumerar mera än hon skulle göra om hon får betala själv.

En annan möjlighet är att överföra en del av det totala finansieringsansvaret direkt till individen. Ett möjligen ganska rättframt sätt att överföra en del av finansieringsansvaret på den enskilde vore att helt enkelt höja taket i högkostnadsskyddet. Min kollega Lars Söderström framförde redan för antal år sedan tanken att man skulle kunna höja taket till t ex några procent av årsinkomsten.⁶ Det

6. Söderström (1991). En fördel med att låta taket vara en del av årsinkomsten, och alltså inte samma för alla, är att den ökade självfinansieringen inte drabbar låginkomsttagare lika hårt. En nackdel med inkomstrelaterat tak är att det något ökar den

skulle inom parentes sagt underlätta finansieringen av vården även genom att minska sjukvårdskonsumtionen.⁷ En fördel med detta jämfört med föregående alternativ (att lägga över vissa *typer* av sjukvård på privat finansiering) är vi slipper en hel del strategiskt beteende. Med den första lösningen vore det ju lönsamt att få klassificerat den sjukvård man behöver som just någon av de typer som är offentligt finansierade. För att förtydliga kan man här peka på parallellen till det sk ROT-avdraget. Där bygger ju avdragsmöjligheterna på hur mycket som är arbetskostnader, och det betyder att det i de svenska stugorna säkert arbetas mycket med att t ex få målarfärg klassificerat som arbete.

Jämfört med att skilja ut vissa typer av sjukvård ställer detta alternativ sannolikt större krav på att den enskilde patienten själv kan bedöma hur viktig olika former av sjukvård är för den egna hälsan. Om man höjer taket för högkostnadsskyddet rejält så får man också tänka sig separata lösningar för kroniskt sjuka, som annars skulle få stora utgifter varje år.

Båda dessa lösningar kan förefalla drastiska, men jag skulle personligen tro att betalningsviljan för sjukvård är stor i befolkningen och att det som problemet gäller är att lösgöra denna betalningsvilja. På kort sikt sitter vi naturligtvis fast i invanda konsumtionsmönster⁸ och behöver tid att anpassa oss, om sjukvård plötsligt skulle börja

totala marginalskatteeffekten (dock inte så mycket som man i förstone skulle tro, eftersom det bara är vid enstaka tillfällen som man har höga sjukvårdsutgifter).

7. Manning et al. (1987).

8. Lindbladh & Lyttkens (2002).

kosta mycket mer än vi är vana vid. En naturlig jämförelse är det nya pensionssystemet som ju har inbyggda övergångsregler som sträcker sig över flera decennier. Denna konstruktion torde ha varit avgörande för att skapa en politisk majoritet kring den så nödvändiga reformeringen av pensionerna.

För att konkretisera vad en höjning av taket i högkostnadsskyddet för sjukvård skulle innebära kan vi konstatera att om vi lägger taket vid 2% av årsinkomsten skulle det för en person som tjänar 15 000 kronor i månaden hamna på 3 600 kronor. Detta skulle alltså vara den maximala årliga utgiften för sjukvård, jämfört med dagens 900 kronor (en fyrdubbling). För den som tjänar 30 000 blir taket 7 200 (en åttadubbling), och för den som tjänar 50 000 blir taket 12 000. Man kan naturligtvis också tänka sig ännu högre tak, t ex 5% av årsinkomsten (med tak enligt ovan på 9 000, 18 000 respektive 30 000). Även om vi kan räkna med att stötarna kan komma att mildras av att det uppstår privata försäkringar för dessa utgifter så innebär det en påtaglig förändring i privatekonomin.

Vikten av att ge människor en rimlig möjlighet att anpassa sig till nya förhållanden kan inte nog understrykas, i synnerhet som det är något som man ofta missar. I mitt eget ämnes (nationalekonomins) vetenskapliga analyser finns en rätt stark tendens att bortse från omställningskostnader. Det samma skulle jag vilja hävda verkar gälla i beslutsfattande i offentlig verksamhet generellt. Detta är olyckligt och kan lätt leda till felaktiga beslut. För att ta ett konkret exempel igen, om en organisation med 6000 anställda gör en ändring – t ex köper in ett nytt datasystem – som varje anställd måste ägna 10 timmar åt att sätta sig in i, blir kostnaderna i storleksordningen 35 arbetsår

vilket kan betyda 10-tals miljoner. Denna kostnad borde räknas in i investeringsbeslutet kring det nya datasystemet.

En annan möjlighet för att finansiera en allt dyrare sjukvård är att leta bland de andra offentliga utgifterna i statens, landstingens eller kommunernas budgetar. Man kan ju omfördela inom de offentliga budgetarna. Även det kräver emellertid anpassningsperioder, att individerna ges en rimlig chans att omplanera sina liv. Lite eftertanke säger oss ju att en sådan offentlig omprioritering även den i förlängningen innebär krav på medborgarna att ändra i sin privatekonomi i takt med att olika offentliga utgifter skärs ned.

I min värld skulle i vilket fall som helst båda dessa typer av åtgärder kunna få godkänt ur rättvisesynpunkt – alltså att låta individer bekosta vissa typer av sjukvård direkt ur egen ficka eller att generellt öka individens direkta finansiella ansvar genom att höja taket i högkostnadsskyddet.

Liksom många andra ekonomer är jag förtjust i filosofen John Rawls och hans rättviseteori. Hans kungstanke när det gäller rättvisa är att man skall tänka sig att man inte vet vem man är i samhället – tänk dig alltså att du inte vet om du är frisk eller sjuk, rik eller fattig, har medfödda funktionshinder, är föräldralös, är Ingvar Kamprad osv.⁹ Om man kan tänka sig en person som på detta sätt inte vet vem hon är i samhället, så kan man sedan ställa sig frågan: Om jag inte vet vem jag är, hur vill jag då att samhället skall vara konstruerat? Svaret definierar ett

9. Rawls (1971). Rawls talar om att vi bör tänka oss en ridå som hindrar oss att veta vem vi är och vilka förutsättningar vi därmed har i livet (a veil of ignorance).

rättvist samhälle.¹⁰ Och min slutsats är, att om jag inte vet vem jag är i samhället, så skulle jag kunna tycka att det är ett bra samhälle, om jag visserligen får bära en större del av sjukvårdsutgifterna direkt, men gör det för att kunna bevara den offentliga finansieringen av bästa möjliga vård vid hjärtinfarkt eller av för tidigt födda barn. Samtidigt skulle man nog i ett Rawlskt perspektiv kräva möjlighet att anpassa sig till nya förhållanden, så att större ändringar införs en bit i taget.

EGET ANSVAR FÖR SIN LIVSSTIL OCH DE SJUKDOMSRISKER DEN INNEBÄR

Så går vi över till frågan om att ta ansvar för sin livsstil. De flesta samhällsdebattörer som hör uttrycket ” eget ansvar i vården ” tänker nog spontant på möjligheten att hålla enskilda individer ansvariga för sjukdomar och skador som de själva medverkat till, t ex genom att röka.¹¹

Det borde då gälla t ex om man spelat korpfboll,

10. Rawls drog slutsatsen att detta tänkesätt borde leda till att man i ett rättvist samhälle strävar efter att förbättra situationen för den sämst ställda. Detta är, som många påpekat, inte någon självklar slutsats. Själv anser jag att hans ”okunnighetsprincip” – att tänka efter hur man skulle vilja ha det om man inte vet vem man är i samhället – är ett utmärkt tilltalande test för att bedöma rättvisan i olika samhällsförhållanden, alldeles oavsett Rawls egen slutsats om vart det borde leda oss.

11. Denna sjukvårdsdebatt är en helt logisk följd av välfärdsstaten och kan ses som ett tecken på att medborgarna slutligen börjat förstå hur den fungerar. Just det faktum att sjukvården är offentligt finansierad ger oss ju anledning att bekymra oss om grannens livsstil, inte bara av vårt hjärtas godhet, utan därför att den inverkar på vår egen plånbok via skattesystemet.

vilket alla insatta vet inte är en idrott utan en ortopedisk diagnos. Principen om eget ansvar skulle då kunna innebära att den som kommer från en korpmatch med ett skadat knä får vänta på akuten, medan universitetsläraren som fått ”den nya influensan”¹² när han undervisat 500 studenter i kårhusets aula får gå före (mindre frivilligt).

Problemet med ohälsosamma livsstilar, som en ekonom ser det, är att individer betalar felaktiga försäkringspremier, dvs möter felaktiga priser. Den som i andra sammanhang ägnar sig åt skadeökande aktiviteter betalar ju normalt högre försäkringspremier. Man får rabatt på hemförsäkringen om man har bra lås på fönstren, men får mindre i ersättning vid ett inbrott om man gått ut och lämnat dörren olåst. (Och det är tveksamt om man borde få någon ersättning om man parkerar en cykel vid en av studentnationerna i Lund utan att förankra den i själva huskroppen). Den som spelar korpfboll borde på samma sätt betala en spelavgift som går till sjukvården. Fotbollsspelaren borde så att säga betala mer i landstingsskatt än andra. Korpfboll är helt enkelt en allför billig verksamhet, den som spelar ser inte att han belastar andra medborgare med kostnader (och då menar jag inte dem han sparkar ned på planen). Följaktligen spelas det för mycket korpfboll, medan det virkas och spelas bridge för lite. (Måhända borde jag påpeka att jag själv hör till dem som belastat sjukvården med ett flertal fotbollsskador.)

Om man vill använda denna typ av argument så bör man rimligen vara konsekvent, så att aktiviteter som minskar de framtida kostnaderna för någon av våra socialförsäkringar borde ha subventioner. Rökare borde följ-

12. George Orwell in memoriam.

aktligen ha rabatt på den offentliga pensionsförsäkringen,¹³ men totalt sett är de såvitt man vet dyra i drift när man tar hänsyn även till deras sjukvårdskostnader.¹⁴ De borde följaktligen betala extra i skatt. MEN det gör de ju redan! Tobaksskatten borde dock principiellt sett slussas till sjukvårdssektorn.

Om jag nu menar att detta – beskattning av farliga vanor – bara är en begränsat framkomlig väg att lösa finansieringskrisen, så beror det på att det – förutom rökning – inte finns så många områden där det är lätt att se att man skulle kunna göra det. Få varor är så entydigt hälsovådliga som tobak och få vanor är så direkt förknippade med konsumtionen av en specifik vara som man kan beskatta. Det är väl t ex tveksamt om det är en framkomlig väg att beskatta fotbollsstrumpor. Privata försäkringsbolag försöker visserligen hantera skador vid offpistaskidåkning (en gediget farlig aktivitet) så att vid utlandsresor täcks skador vid offpiståkning inte av hemförsäkringens sjukvårdsskydd. Så jag brukar som en ren konsumentupplysning påpeka för mina studenter i hälsoekonomi att de skall tänka på att krypa in pisten innan de tillkallar hjälp, ifall de vill kunna åka i eget plan hem till Sverige.

Och naturligtvis är det också i princip lätt att mäta BMI, och man kan förvisso i tanken se framför sig följande scenario: ”Från statsminister Reinfeldt har utgått ett påbud att hela befolkningen skall vägas och mätas, för att senare beskattas, med en avgift per kilo övervikt.” Hanteringen kunde man kanske överlåta till SAS, som ju är vana vid sådana avgiftssystem.

13. Hjalte & Lyttkens (1991).

14. Roberts (2001).

Men jag är ändå tveksam till att detta i någon högre grad skulle hjälpa oss ur finansieringskrisen, av nyssnämnda skäl. Man kanske också skall påpeka att prevention inte så sällan spar mindre pengar i sjukvården än man kanske skulle tro. Vinsten med prevention är ofta stor i och med att människor får ett längre och friskare liv, är arbetsföra osv. Men när det gäller den rena effekten på sjukvårdskostnaderna måste man komma ihåg att ett räddat liv också innebär att individen får tillfälle att senare i livet insjukna i något annat. Frågan blir då hur vårdkostnaderna ser ut för det som förebyggs jämfört med det som individen slutligen avlider i.

Det finns samtidigt en viktig poäng med att en korrigering av våra livsstilar, om det skall göras, görs så att säga i förväg, genom att påverka utövandet av den farliga aktiviteten. En sådan påverkan utövar vi som sagt naturligen genom att göra aktiviteten dyrare.

I princip kunde man naturligtvis också tänka sig att man får ta kostnaderna för sin livsstil genom att stå tillbaka i vårdköerna när man väl behöver vård. Att stå i kö är också en kostnad.¹⁵ Men det man gör när man väljer en farlig livsstil är ju exakt att man väljer att utsätta sig för

15. Man kan exempelvis komma förbi kön genom att välja något helprivat vårdalternativ, där man får betala allting själv. Marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar växer i Sverige (och omfattar nu i storleksordningen 400 000 individer), som ett tecken på vårdköernas längd. Denna utveckling lär fortsätta om vi inte ändrar på finansieringssituationen. Det kan då förefalla bättre att lägga över en del sjukvårdsfinansieringen direkt på individen, och därmed kunna bevara välfärdsstatens kärna och ha kvar skydd mot extrema sjukvårdsutgifter, än att låta utvecklingen gå mot en allmän misstro mot hela systemet.

risker, och då är det rimligt att det är för det man betalar, alltså för risktagandet, och inte för dess konsekvenser. Ingen människa väljer lungcancer eller ett pajat korsband i knät.

Jag vill också hävda att det i rättvisehänseende finns en skillnad mellan de två sätten att göra individer ansvariga för sin livsstil, att beskatta tobak eller att låta rökare som blivit sjuka lågprioriteras i vården.

Å ena sidan kan det ju förstås uppfattas som rättvist att tillämpa en sådan prioritering i vården, att låta den som råkat ut för något, som man själv ökat sin egen risk för att drabbas av, få stå tillbaka i vården. Var och en vet ju bäst själv hur man vill lägga upp sitt liv, om man blir lyckligare med att röka och ta hälsoriskerna (med dess konsekvenser) eller inte. Och om man vill hävda (som ekonomer med emfas gärna gör), att individer naturligtvis bör få bete sig hur de vill (så länge de inte skadar andra) så ligger det nära till hands hävda att de också i rättvisans namn får ta ansvar för sina handlingar.

Men här vill jag återopa Rawls igen.

Om jag skall tänka mig att jag inte vet vem jag är i samhället, så tycker jag att det är rimligt att tänka sig att jag i denna opartiska situation skulle vilja ha ett samhälle som tillåter människor att göra misstag i livet. Så om någon rökt tidigare i livet, vilket kan tyckas dumt gjort, så skulle jag nog ändå inte vilja att denne någon (som alltså kan vara jag själv) gavs lägre prioritet vid en kärloperation.¹⁶ Däremot är det helt OK med en

16. En knepigare fråga är hur man skall se på den indirekta prioritering av t ex rökare som sker i och med att de, på grund av sin rökvana, har sämre förväntat utfall vid kärloperationer. För en

tobaksskatt, som korrigerar själva riskbeteendet, rökningen.

SLUTSATS

Sammanfattningsvis tror jag det vore möjligt och önskvärt att lägga över en del av sjukvårdsfinansieringen på individen direkt, i stället för att gå omvägen via skattesedeln, och på det sättet ge individen eget ansvar för att väga nytta mot kostnad. Det kan göras antingen genom att plocka ut vissa vårdformer eller genom att höja det allmänna taket i högkostnads skyddet. Däremot tror jag det kan bli svårt att i större utsträckning reglera människors livsstilar, och det synes mig tveksamt ur rättvisesynpunkt att nedprioritera individer med ohälsosam livsstil i vården.¹⁷

ekonom verkar detta handla om prioritering efter förväntad hälsovinst (nytta?), vilket kan ställas mot prioritering efter hälsotillstånd (Lyttkens, 1994; *Vårdens svåra val*). Väljer man det senare alternativet skulle effekten av operationen kunna ses som irrelevant, och i många fall borde rökare ges företräde såsom havande sämre hälsa.

17. Det bör kanske påpekas att detta är undertecknad författares åsikt – inte hela ekonomkårens. Även ekonomer uttrycker ofta sympati eller entusiasm inför tanken på att i sjukvårdsprioriteringar väga in individens livsstil. Det finns en växande litteratur om att i rättvisediskussioner tänka mer i termer av "equality of opportunity" (Dias & Jones, 2007; Fleurbaey & Schokkaert, 2009; Roemer, 2002). Där är utgångspunkten att skillnader i inkomst, hälsa osv inte är orättvisa om de är en följd av människors egna val, eller åtminstone av faktorer som individen kunnat påverka. Sådana hälsoskillnader motiverar inte några ingrepp för att kompensera dem som har dålig hälsa. Däremot bör t ex hälsoskillnader till följd av ärftliga faktorer kompenseras.

REFERENSER

- Dias, P. R. & Jones, A. 2007. Giving equality of opportunity a fair innings. *Health Economics* 16, 109–112.
- Fleurbaey, M. & Schokkaert, E. 2009. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics* 28, 73–90..
- Hjalte, K. & Lyttkens, C. H. 1991. Dags att subventionera rökning? *Ekonomisk debatt* 1991:5, 423–429.
- Lindbladh, E. & Lyttkens, C. H. 2002. Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behavior. *Social Science & Medicine* 55, 451–65.
- Lyttkens, C. H. 1994. Access, need, equity and priorities in health care. I Westerhäll, L. & Phillips, C. (red.), *Patient's Rights - Informed Consent, Access and Equality*. Nerenius & Santérus Publishers: Stockholm, 155–169.
- Manning, W.G. et al. 1987. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review* 77, 251–77.
- Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. Oxford University Press 1972.
- Roberts, L. 2001. Do smokers pay for their sin? Utilisation of the social welfare system and distribution of costs and benefits among smokers and non-smokers in Sweden. Licentiate thesis, Department of Economics, Lund University.
- Roemer, J.E. 2002. Equality of opportunity: a progress report. *Social Choice and Welfare* 19, 455–471.
- Söderström, L. 1991. *Hur skall sjukvården betalas?* Stockholm: SNS Förlag.
- Tinghög, G., Carlsson, P., Lyttkens, C. H. Under utgivning. Individual responsibility for what? A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Economics, Policy and Law*. *Vårdens svåra val*, SOU 1995:5.

Kan människor ta ansvar för sin hälsa?

Sofia Kjellström

Bör vi tillskriva människor ansvar för hälsan? Min utgångspunkt att det är bara etiskt att tillskriva människor ansvar i den mån de faktiskt kan ta ansvar och har de förutsättningar som krävs för att kunna ta ansvar (Watson, 1996). Detta innebär sålunda att den central frågan är: kan människor ta ansvar för sin hälsa?

När jag påbörjade studier och forskning för 15 år sedan var min utgångspunkt en positiv syn på människors ansvarsförmågor och jag såg kraven på ansvarstagande som en positiv kraft som stimulerar människor till att ta mer ansvar. Därmed kunde de befrias från att vara offer för sina omständigheter, och genom att uppmärksamma detta skulle vi kunna hjälpa och stödja dem som behövde hjälp.

I min doktorsavhandling analyseras olika idéer om individens ansvar för sin hälsa som finns i vår kultur i hälso- och sjukvårdsgivningsböcker, självhjälpsböcker och statliga dokument (Kjellström, 2005). Jag har även gjort uppföljande intervjustudier med unga och gamla (Kjellström, kommande).

Min forskning har tre slutsatser. För det första så ställs det ett krav i vårt samhälle på ett ansvarstagande för hälsan vilket innebär att kunna göra medvetna hälsosamma

val. En grekisk bonde som lever enligt gamla vanor och traditioner har en hälsosam livsstil enligt dagens vetenskapliga studier. Han gör allt rätt, men vi skulle nog inte tillskriva honom ansvar och beröm för sina handlingar. Ett ansvar för hälsa kräver nämligen att en person gör medvetna hälsosamma val, att hon aktivt söker kunskap, att hon kritiskt granskar denna kunskap och vågar ifrågasätta råd och auktoriteter. Det är en person som fattar självständiga val. Detta är det krav eller det ideal som finns i vårt samhälle idag (Kjellström, 2005).

För det andra är förmågan att ta ansvar något som utvecklas gradvis i livet. Barns utveckling är väl utforskad och vi vet alla av erfarenheter att en 4-åring och en 14-åring ser och tolkar verkligheten helt olika. Att vuxna fortsätter att utvecklas är inte lika allmänt känt. Forskning om utvecklingen i vuxenlivet visar dock entydigt att även vuxna kan fortsätta att utveckla allt mer komplexa förhållningssätt (Commons, 1989, 1990; Demick & Andreoletti, 2003; Hagström, 2003; Hoare, 2006; Kegan, 1994, 2003; Pfaffenberger, 2005; Torbert & Rooke, 2005). För många vuxna planar utvecklingen ut efter ungdomsåren men andra utvecklas vidare genom stimulans från bland annat högre utbildning och livserfarenheter. Detta innebär att skillnaden mellan två vuxnas grundperspektiv på världen och deras förmåga att reflektera och ta ansvar kan skilja lika mycket som mellan en 4-åring och 14-åring. Detta är något som alla som möter olika människor i sitt arbete och privatliv kan ha personliga erfarenheter av. Det faktum att förmågan att ta ansvar för hälsa utvecklas gradvis har avgörande konsekvenser.

Min tredje slutsats är att det finns en grov diskrepans mellan de krav som ställs i samhället idag och de förmå-

gor som människor har (Kjellström, 2005). Å ena sidan ställer vi krav på människor att göra medvetna hälsosamma val, å andra sidan är förmågan att ta ansvar resultatet av en utvecklingsprocess. Nästa väsentliga fråga blir således: Hur många har utvecklat de förmågor eller de grundförhållningssätt som krävs? Svaret är drygt 30 procent (Kegan, 1994; Kegan & Lahey, 2009). Detta innebär att stor andel av den vuxna befolkningen inte har de förutsättningar som krävs för att kunna ta ansvar på det sätt som ofta efterfrågas. Att så få personer har de grundläggande förutsättningarna för att ta ansvar är naturligtvis ett provocerande påstående. Samtidigt är det denna diskrepans som detta symposium tar som utgångspunkt. Varför tar människor inte ansvar när alla vet hur man borde bete sig? Vi tar för givet och utgår från att de faktiskt kan, det förvånar oss när de ej klarar det och vi drar felaktigt slutsatsen att de borde kunna.

15 års forskning och reflektion har lett mig till en mer ödmjuk hållning eftersom jag inser att många människor kan inte ta ansvar. Det jag inte visste när jag började var att begreppet ansvar visar vägen till våra mest grundläggande mänskliga frågor. Vad innebär det att vara en individ i ett samhälle? Hur kan vi koppla samman vårt inre varande med vår yttre omgivning och samhälle? Exempelvis hur kan kunskap om våra tankeförmågor, ansvarsförmågor och ofta primitiva känslor användas för att skapa ett samhälle som funkar för alla.

Vår nuvarande situation skapar en massa lidande, ohälsa och frustration, för att inte tala om ekonomiska kostnader. Representanter från sjukvården är frustrerade eftersom de får bära konsekvenserna av att ställa krav som människor inte klarar av. Frustrationen och lidande finns

också hos människor som försöker svara an trots att förmågorna inte finns.

Ansvarsförmågan påverkas av biologiska, ekonomiska, kulturella och sociala faktorer (Minkler, 1999). Men detta betyder inte att vi får ge upp. Det är en fråga om både och, vissa människor kan och andra kan inte och det är oerhört viktigt att veta när det ena eller det andra gäller. Det är här etiken kommer in. Eftersom det är endast lämpligt att tillskriva människor ansvar i den mån de har förmågan att svara an så är det viktigt att tala mer nyanserat om ansvar. Det finns de som inte kan och aldrig kommer att kunna ta ansvar på det sätt som samhället kräver. Det finns de som inte kan men som kan pressas till att bete sig på rätt sätt, även om de individuella och samhälleliga kostnaderna blir stora. Känner vi inte alla människor som pressas i dagens samhälle på livets alla områden vilket skapar ohälsa och personligt lidande? Men självklart så finns det också de med potential till ansvarstagande och som borde få den hjälp och det stöd som behövs för att kunna klara av det. Slutligen finns det de som redan kan och tar sitt ansvar. Detta gör att etiskt tillskrivande av ansvar innebär att attribuera ansvar i varierande grad (Kjellström, 2009).

Det är viktigt att påpeka att det ideal som förekommer i dagens samhälle och som diskuteras här är ett högt uppställt krav. När jag hänvisar till forskning som visar att många inte klarar av dessa höga krav så betyder det inte att de inte klarar någon form av ansvar. Redan barnet som föds har en förmåga att svara an på sin omgivning och dess förmåga att markera sina behov och gränser ökar genom livet. Barnet kan ta ansvar för ökande antal och allt svårare uppgifter. Även vuxna kan ta ansvar för olika uppgifter, men det är stor skillnad mellan att göra upp-

gifter som man blir tilldelad och att själv initiera en process.

Vid dagens symposium närvarar företrädare från både hälso- och sjukvården, universitet och den politiska sfären. Grundlösningen är samma för alla, applicera och använd kunskap om vuxenutveckling, men fokus är något olika inom de olika områden.

Inom hälso- och sjukvården kan de använda kunskapen för att utforma utbildningar för personalen som syftar till att ge ökad kompetens att möta människor och ställa realistiska krav utifrån det ansvar en patient kan ta. Detta tillsammans med interaktiv forskning som undersöker hur patienter och vårdpersonal kommunicerar skulle kunna ge stora insikter och vinster. Utmaningen för universitet är att skapa utbildningar som stimulerar människor att utveckla sina grundläggande tolkningsperspektiv och där med öka sina möjligheter att möta människor på rätt nivå (Baxter Magolda, 2000; Commons, 2008; Perry, 1970). Universitet är bra på att lära ut kritiskt tänkande, men knyter inte samman det kritiska tänkandet med hur vi själva är del av kunskapen. Politiker skulle vara betjänta av att samarbeta med forskare som bedriver genuin tvärvetenskap för att skapa bättre beslutsunderlag i en komplex värld. Forskning med ett vuxenutvecklingsperspektiv har en potential att integrera många olika kunskapsområden. Det behövs forskning som kan generera nya flexibla samhällsstrukturer som tar hänsyn till människors olika förutsättningar, och som utmanar och stimulerar människor till att göra det de har förmågor till. Det övergripande målet är att skapa ett samhälle som är gott och bra för alla människor.

Slutligen, vad kan du och jag, göra här och nu? Ansvar

är ett mångtydigt begrepp, det finns många olika sätt att se och svara an (Johansson, 1998; Kjellström, 2005). Detta kan vara svårt att förstå. Men vi kan försöka ta med oss insikterna ut i världen. Nästa gång vi träffar någon som inte verkar ta sitt ansvar, så tänkt en extra gång. Har han de möjligheter som krävs och hur tolkar han sitt ansvar? Detta innebär att vi vänder ansvarsfrågan mot oss själva och tillskriver oss själva ett ansvar för att bättre svara an på de människor vi möter. Det ligger i vårt ansvar att tillägna oss förmågan att möta människor där de är och därmed kan vi bättre förstå och respektera den andre och vi blir mer mänskliga inför varandra.

REFERENSER

- Baxter Magolda, M. B. (2000). *Teaching to promote intellectual and personal maturity : incorporating students' worldviews and identities into the learning process*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Commons, M. L. (1989). *Adult development. Vol. 1, Comparisons and applications of developmental models*. New York: Praeger.
- Commons, M. L. (1990). *Adult development. Vol. 2, Models and methods in the study of adolescent and adult thought*. New York: Praeger.
- Commons, M. L. (2008). Implications of Hierarchical Complexity for Social Stratification, Economics and Education. *World Future*, 64(5-7), 430-435.
- Demick, J., & Andreoletti, C. (2003). *Handbook of Adult Development*. New York: Springer.
- Hagström, T. (2003). *Adult development in post-industrial society and working life*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Hoare, C. H. (2006). *Handbook of adult development and learning*. Oxford: Oxford University Press.
- Johansson, U. (1998). *Om ansvar : ansvarsföreställningar och deras betydelse för den organisatoriska verkligheten*. Lund: Lund Univ. Press.

- Kegan, R. (1994). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Kegan, R. (2003). Hidden curriculum of adult life: An adult development perspective. In T. Hagström (Ed.), *Adult development in post-industrial society and working life* (2 ed., pp. 21–48). Stockholm: Sockholm University, Dept. of Education.
- Kegan, R., & Lahey, L. (2009). *Immunity to Change: How to overcome it and unlock the potential in yourself and your organization*. Boston: Harvard Business Press.
- Kjellström, S. (2005). *Ansvar, hälsa och människa: En studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.
- Kjellström, S. (2009). The ethics of promoting and assigning adult development exercises: a critical analysis of the immunity to change process, *Integral review* 5(2), 116–132.
- Kjellström, S. (kommande). Older persons reasoning about responsibility for health: variations and predictions.
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121–141.
- Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years : a scheme*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Pfaffenberger, A. H. (2005). Optimal adult development: An inquiry into the dynamics of growth. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 279–301.
- Torbert, W. R., & Rooke, D. (2005). Seven Transformations of Leadership. *Harvard Business Review*.
- Watson, G. (1996). Two faces of responsibility. *Philosophical Topics*, 24(2), 227–248.

”Det goda jag vill, det gör jag inte”

Barbro Hedvall

Några stolpar hade jag satt upp innan jag åkte hit. Dem har jag föga bruk för efter de intressanta och lärorika inläggen från övriga deltagare.

Med ett undantag: egenansvar och krav på individen tangerar det moralistiska. Här har var tid sin speciella svaghet. Förr var det spriten, nu är det matvanorna och livsstilen i stort.

Lägger vi därtill vår tids omsorg om planeten, kraven på varsamhet och hushållning med knappa resurser har vi ett ganska hårt regemente att följa. Vi ska hålla våra kroppar i trim för att inte belasta sjukvården, samhället i stort och naturen. Och ju hårdare vi driver detta krav, desto mindre tolerans får vi över gentemot dem som inte sköter sig.

Och att sköta sig betyder att äta rätt, att motionera, att inte vara drogberoende och – inte minst – att delta i förebyggande vård.

Det är väldigt lätt att se hur den stackare känner sig som både cyklat och sprungit, ätit goda fibrer och föga rött kött, när hon sitter hos doktorn med en svår diagnos. – Hur kunde det gå så här, jag som följt alla goda råd. . .

Det här säger jag i full vetskap om att jag själv i hög grad hör till dem som har svårt att visa överseende.

Ändå rymmer det gamla bibelordet en stor sanning: Det goda jag vill, det gör jag inte. Men det onda jag inte vill, det gör jag.

Det vill säga att hur mycket information vi än ger, hur mycken kunskap om vad som är klokt och mindre klokt jag än har – handlar jag som människa irrationellt. Ja, ibland också avsiktligt tvärtemot.

Detta måste vi acceptera, ty botemedlet är tvång. Och det i en utsträckning som inte är förenligt med ett fritt samhälle.

Frågan om hur långt individens eget ansvar ska sträcka sig är nu – om jag förstått dagens diskussion rätt – främst aktualiserad av den medicinska professionens framsteg.

Eftersom så mycket kan göras för att en människa ska leva frisk och länge blir efterfrågan på vård närmast oändlig. Kostnaderna växer därmed och frågan om hur mycket vård vi kan kosta på oss blir allt mer akut. Men också hur mycket av kostnaderna som skattebetalarkollektivet ska stå för och hur mycket den enskilde får ta.

Här tror jag som professor Lyttkens att vi får vänja oss vid en större uttaxering av den enskilde. Och givet är att en uttaxering som avskräcker korpfbollsspelare från deras farliga lek ter sig lockande. Men att låta den enskilde betala väldigt mycket mer för skador och sjukdomar som han åsamkat sig genom sitt sätt att leva är ytterst tveksamt. Dels gör det skillnad mellan fattig och rik på ett sätt som vi inte accepterar i vår typ av samhälle, dels är det osäkert – för att ta till ett milt ord – vad som beror av arv och vad som kommer av eget leverne.

Då tror jag mer på att vi ska våga besluta om att vissa problem och vissa behandlingar inte ska betalas av skattemedel. Själv finner jag det till exempel ytterst tveksamt att fertilitetsbehandlingar hör till sjukvården. Barnlöshet är dock ingen sjukdom.

Det är inte heller rimligt att en människa får samma behandling, t ex transplanterad njure, flera gånger om hon inte förmår ändra livsföring.

Sammanfattningsvis: Upplysning är nog bra och människors eget förstånd ska inte underskattas, men den första frågan får aldrig bli: Hur har du kunnat ställa till det så här med dig?

Egenansvar i världen?

KG Hammar

Att vara människa är att vara ansvarig. Människan är en relationsvarelse, hon blir till i relation till andra. Mänskligt liv är möte, var den judiske religionsfilosofen Martin Bubers (1878–1965) uttryck. Inget jag utan ett du. Att leva i relation är att vara ansvarig. Ju fler relationer vi blir medvetna om, desto större ansvar. Så har vårt ansvarsomfång ökat allt eftersom vårt medvetande om våra relationer till människor i andra delar av planeten, människor som kanske producerat den mat vi äter och de kläder vi bär till ofta minimala löner och under undermåliga arbetsvillkor. Att vi är ansvariga för de relationer som ligger infogade i en vara jag handlar har blivit alltmer uppenbart för oss och allt svårare att bortse ifrån. Att vi också är relaterade till ekosystemen, alla de livsformer av icke-mänskligt liv som vi är beroende av, är den senaste insikten som ytterligare vidgat vårt ansvarsomfång.

Att mot denna bakgrund tala om egenansvar i världen kan ju inte tyckas märkligt, kanske rentav både konsekvent och nödvändigt. Prioriteringscentrum uttrycker det så här: "Att automatiskt frånskriva människor ansvar kan etiskt ses som en kränkning av människovärdesprincipen, likväl som det skulle vara en kränkning att tillskriva ansvar till dem som inte har förutsättningar att ta

ansvar.” Den springande punkten tycks mig vara vad som blir konsekvensen av att tillskriva en annan person ansvar.

Att jag betraktar en annan person som ansvarig innebär att jag möter henne som ett Jag, ett subjekt, en person, om vi ska fortsätta och tänka i Buber-termer. Men det kan ju inte innebära att jag betraktar mig själv som mindre ansvarig i en sådan relation. Då skulle jag ju reducera mig själv till något mindre än ett Jag, ett subjekt, en person. Konsekvensen av att tillskriva människor ansvar i vården kan alltså inte leda till att den offentliga vårdens ansvar blir mindre. Ansvar kan inte ses som kommunicerande kärlek där den enes ansvarstagande avlastar den andres ansvar. När frågan om egenansvar i vården väcks i en tid av bristande ekonomiska resurser och starka krav på prioriteringar av hur dessa resurser ska användas på ett så rättvist sätt som möjligt, är det nästan ofrånkomligt att inte se egenansvar som ett uttryck för minskad budgetbelastning och omprioriteringar på självförvårdad grund.

Varför skulle det då vara etiskt diskutabelt att låta behov som uppstått på grund av bristande egenansvar för den egna hälsan få ekonomiska konsekvenser för den enskilde och leda till en nedprioritering i vårddköerna? Det handlar givetvis om de komplicerade orsakerna till att någon av oss är rökare, missbrukare, överviktiga, beroende på olika sätt. En individ försvinner i ett kollektiv där de komplicerade förklaringarna i individuella fall slukas upp av statistiska generaliseringar, där moralism och stigmatisering riskerar av drabba medmänniskor på en vårdmarknad där skillnaderna mellan starka och svaga konsumenter enligt många undersökningar redan är påtagliga. ”Varför super Jeppe?” (Holbergs *Jeppe på berget*) är fort-

farande en vårdetisk grundfrågeställning, där svaren kan vara allt från genetiska utgångspunkter, sociala omständigheter, personliga erfarenheter och en hel del ännu oförklarade orsaker. Att Jeppe skulle nedprioriteras i en vårdkö med hänvisning till att han tillhör gruppen alkoholister som inte tagit tillräckligt egenansvar för sin personliga hälsa vore att radera något grundläggande i den solidariska välfärdsstruktur som byggts upp under lång tid i vårt land.

Vårdmarknaden har blivit global. Den som har stora ekonomiska resurser kan som vårdkonsument söka möta sitt vårdbehov, verkliga eller inbillade, var som helst över hela världen. En solidarisk vårdprincip måste därför leda till yttersta vaksamhet så att inte samma marknadsmekanismer blir giltiga också inom den offentligt och solidariskt finansierade vården i Sverige. Problemet är kanske i första hand mentalt och handlar om vem vi jämför oss med när vi konstaterar våra bristande resurser. Vi glömer bort att vi trots alla brister i vården tillhör den privilegierade överklassen på den här planeten. En stor del av jordens befolkning har inte tillgång till ens grundläggande hälso- och sjukvård samtidigt som andra människor som lever i samma land kan söka upp den vård de vill ha var som helst på jordklotet. Är de resurssvaga ansvariga för sin egen situation? Är fattigdom självförvållad? Är vi i västvärlden på något sätt medansvariga? Vi vet alla att svaren på sådana frågor är oerhört komplicerade. Men troligtvis finns inga svar som inte också innebär att vi är medansvariga på olika sätt och med olika grad av medvetenhet om detta. Att vara människa är att vara ansvarig.

Den pågående debatten i USA om president Obamas förslag till sjukvårdsreform kan illustrera något av ett långt

drivet egetansvarstänkande. Den amerikanska drömmen innebär ju att var och en kan förverkliga sina egna drömmar om bara ansträngningarna är tillräckliga. Envar sin egen lyckas smed! Omvänt betyder ju denna dröm att den som misslyckas också är ansvarig för sin situation. Det starkt utbredda motståndet mot den föreslagna reformen, som ju anses vara "europeisk" i sin solidaritetstanke, är just att var och en måste ta ansvar för sitt eget liv. Det kan inte vara "det allmännas" uppgift att ta ett solidariskt ansvar för "allas hälsa". Frågor om människosyn och människovärde ligger i botten.

Relationen mellan autonomi och egenansvar bör också tänkas igenom. Patientens autonomi har betonats alltmer under de senaste decennierna. Det kan ses som ett försök att stärka patientens ställning i en relation av obalans mellan en läkare och en patient. Autonomi betyder att en patient kan välja mellan behandling och icke-behandling, mellan olika behandlingsformer, mellan att följa en läkares förskrivning av läkemedel eller att inte göra det. Men i intet fall kan väl autonomitänkandet leda till att en patient berövas tillgång till vård efter behov?

Mötet i vården är ett möte mellan parter som alla bär på sin svaghet. Sjukvårdspolitikerna som är ängsliga inför sina väljare och ofta lovar mer än de kan motsvara. Vårdpersonal i form av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, kuratorer och administrativ personal som alla vet att det hade gått att göra mer om bara resurserna fanns, patienter som bara har ett liv och som hoppas och ängslas, anhöriga vars relationer granskas och testas. Alla är med-ansvariga i varandras liv. Ingen kan dra sig ur. Den andres ansvar minskar inte mitt eget ansvar. Att vara människa är att vara ansvarig.

Att vårda samhällets resurser

Sören Olofsson

Visst vore det fantastiskt om vi i hela samhället kunde utgå ifrån att vi människor i större utsträckning tog ett ökat ansvar för vår egen hälsa och vårt deltagande och nyttjande av vården. På så vis skulle vi alla bidra till effektivt utnyttjande av våra egna och samhällets resurser.

Utifrån mitt perspektiv är hälso- och sjukvården i egen-
skap av huvudman och ansvarig finansiär samt ytterst ansvarig för stora delar av denna "produktionsapparat" skyldiga att agera enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär att sjukvården ska vara jämlik och agera där behov uppstår när de uppstår. Men faktum är att pengar är en ändlig resurs och jag lever varje dag med konflikten mellan behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser i förhållande till de resurser som finns tillgängliga.

Min erfarenhet är att över tid kan vi tillåta oss att utveckla resurserna i löpande penningvärde med i genomsnitt 3 procent per år över en konjunkturcykel. Men det räcker inte för att klara behoven. En åldrande befolkning kräver ökade vårdinsatser. Utvecklingen går snabbt och därmed får vi nya och bättre mediciner och förfinade behandlingsmetoder. Det finns alltså ett inneboende tryck att resurserna egentligen skulle behöva öka mer beroende på de nya möjligheter som till exempel teknikutveckling-

en för med sig. Då måste vi ägna oss åt att effektivisera utnyttjandet av de resurser som står till buds.

I detta sammanhang tycker jag det finns ett viktigt etiskt frågekomplex som vi sällan diskuterar just ur etiskt perspektiv. Nämligen: hur aktsamma de verksamma inom vården är med de pengar som är tillgängliga?

Jag menar att i detta sammanhang handlar inte den etiska diskussionen enbart om att se människan, den enskilde vårdtagarens behov. Det handlar också om att vårdgivarna ska vara aktsamma om de samhällsliga resurser som står till buds och på så vis hjälpa till att lösa konflikten genom att göra resurserna tillgängliga för alla som har behov av hälso- och sjukvård.

Med detta menar jag inte att medarbetare i vården inte tar sitt ansvar i sammanhanget. Men jag tror att om vi diskuterar frågan i ett bredare perspektiv kanske vi upptäcker att det också förekommer att resurser används i onödan. Exempelvis, varje gång man inte använder sig av beprövade behandlingsmetoder och att det varje år begås tusentals fel i vården, försämrar möjligheterna för fler människor att få ta del av vården. Detta är naturligtvis inte acceptabelt och kan vi sortera bort felaktiga behandlingar och i möjligaste mån eliminera de misstag som begås skulle vi förmodligen få mer resurser över.

Om vi ser på vården som helhet, från politiska beslut till den behandlade patienten, kan man notera att här liksom inom många andra områden i samhället rör vi oss inom en verksamhet där det finns egenintressen. I en vård-etisk anda kan detta vara en främmande, och skrämmande, tanke för många. Politiker vill väl medborgarnas bästa? Läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter med flera inom vården har väl som mål att vårda och främja hälsa,

förebygga sjukdom, bota sjuka och lindra smärta inom ramen för evidensbaserade metoder och ingen ska diskrimineras. Eller? Politiker ska vinna val, läkare och vårdpersonal ska upprätthålla yrkesskicklighet och så vidare.

Det är självklart och naturligt att patienten agerar i egenintresse för att få behandling och bot. Däremot kan man ifrågasätta egenintresset bland olika professioner. Det är inte ovanligt att man agerar för att optimera sina egna förutsättningar (omedvetet eller medvetet) oavsett om det gäller att vinna val eller planerar sitt vårdarbete utifrån sina egna behov framför patienternas.

Samtidigt ska man vara väl medveten om att det inte är så lätt om man som sjukvårdspersonal upplever kaos i sin dagliga arbetstillvaro att bortse från egenintresse och istället exempelvis lägga energi på att entusiasmera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa med minskad alkoholkonsumtion, sluta röka och äta hälsosammare. För att känna denna kraft måste du vara sedd och lyssnad till. Men vi har fortfarande en arbetsorganisation och ”produktionsplanering” i vården som ofta utgår från de anställdas behov – när man ska jobba, vara tjänstledig, forska och så vidare – inte från när patienterna behöver vården. Detta gäller naturligtvis inte överallt, men visst finns det avdelningar där patientflödet är relativt förutsägbart samtidigt som vi är jämnt bemannade över dygnet. Ytterligare parter spelar in genom avtal, lagar och regler. Ofta nödvändiga, men också i vissa fall hämmande så att vårdorganisationen inte alltid är effektiv i förhållande till förmågan att hjälpa behövande när behov uppstår.

När vi talar om etik i vården handlar det alltså inte bara om den enskilda vårdtagaren. Det handlar också om att

vårdgivaren ska vara rädd om de samhälleliga resurser som står till buds.

Vi har haft en enorm utveckling i sjukvården över tiden när det gäller både resultat, kvalitet och förmåga att hjälpa sjuka människor. Men ofta diskuteras att resurserna inte räcker. Sjukhus, divisioner och avdelningar åläggs budgetrestriktioner. I vården argumenterar man för att restriktionerna inte medger den bästa behandlingen utan den näst bästa, exempelvis när det gäller nya och dyra cancermediciner och det är inte etiskt försvarbart gentemot patienterna. Det finns nog ingen som tycker det är etiskt försvarbart att inte ge den bästa behandlingen. Men vi har en budget att förhålla oss till och budgetrestriktioner styr först när vi inte håller budget. Men är det etiskt försvarbart med budgetrestriktioner när det kommer till näst bästa behandlingen? Nej egentligen inte. Kanske borde vi istället ha restriktioner som säger att vi får inte göra något som inte är effektivt, vi får inte använda icke evidensbaserade metoder och vi ska använda rätt mängd resurser. Men jag skulle vilja sträcka mig så långt som att säga att det är rent oetiskt att be om mer resurser innan man med det godaste samvete kan säga att man hanterat de skånska skattebetalarnas pengar på ett försvarbart sätt. Samtidigt som vi med godaste samvete måste kunna säga att vi planerat vården utifrån patienternas behov, inte våra egna.

Här spelar hälso- och sjukvårdens agerande som huvudman en viktig roll bland annat genom de förutsättningar för ledarskap som ges och bör krävas. Likaså om vi i Leananda kan sortera bort de resurser vi förbrukar i onödan bör det innebära positiv resursförbrukning det vill säga adekvat hälsovård efter behov. Några av de enskilt vikti-

gaste åtgärder vi kan vidta för de enskilda medarbetarna i vården är att hjälpa dem att leva upp till de krav vi bör ha rätt att ställa på dem: att vara rädda om resurserna och åstadkomma så mycket som möjligt med den resurs de själva utgör.

Vad gäller konflikten mellan behov och resurser i sjukvården är jag optimistisk inför att vi kommer att kunna hantera denna.

Etiska frågeställningar som jag däremot funderar över är: Varför satsar man inte mer på de svagare grupperna i samhället? Varför har vi prioriterat bort skolgymnastik istället för att grundlägga en förmåga och inställning till hälsosamt leverne? Varför finns det inte stödfunktioner som gör att de äldre kan känna sig trygga och omhändertagna?

Avslutningsvis, för mig personligen och för huvudmannen hälso- och sjukvården är frågan om eget ansvar för den enskilde vårdtagaren en icke-fråga. Lika främmande som det är för oss att vägra vård till patienter som inte kan betala, lika främmande är det att lägga över ansvaret på den enskilde vårdtagaren. Självklart ska det aldrig finnas tveksamhet hos befolkningen att vi inte ställer upp oavsett om du har skött din hälsa eller inte. Däremot tycker jag det är viktigt att vi fortsatt diskuterar, debatterar och håller frågan om egenansvar i vården levande. Exempelvis; hur ska vi förhålla oss till en patient som utvecklat skrumplever på grund av för hög alkoholkonsumtion och som har fått levern transplanterad, men fortsätter att missbruka alkohol och därvid behöver en ny transplantation samtidigt som det är brist på organ? Är det då inte fullt rimligt att ställa krav på patienten?

Egenansvar och ansvarsprinciper

Nils-Eric Sahlin

En god vän till mig är passionerad löpare. Och som den empiriske forskare han är har han omsorgsfullt antecknat alla sträckor han tillryggalagt och bokfört alla timmar och minuter han varit ute på vägarna. Det har fram till idag blivit lite drygt tre varv runt jorden. En imponerande sträcka.

I våras fick min vän ont i ena höftleden och gick till en ortoped. Läkaren undersökte honom och frågade: "Vad tror du skadan beror på?" "Troligen är det joggingen", svarade min vän. "Hur mycket springer du", undrade läkaren. "Hittills har det blivit ungefär 120 000 kilometer", blev svaret. Läkaren tittar på min vän en stund, sedan säger han: "Då kan du ha det."

Det har föreslagits att de som inte tar ansvar för sin hälsa skall prioriteras lägre än de som gör det. Prioriteringscentrum har till exempel föreslagit att den idag gällande prioriteringsplattformen, en plattform vars grundbegrepp är människovärde, solidaritet och behov, skall förses med en påföljdsprincip, en ansvarsprincip. En ansvarsprincip som inte utgår från det positiva som ligger i att vara medmänsklig eller låta någon med större behov få gå före, utan som är negativ i den meningen att den lanserar och sätter fokus på påföljdsfrågan. Principen säger:

(Prioriteringscentrums ansvarsprincip) *Om P:s hälsotillstånd är en följd av att P medvetet har tagit onödiga risker med sin hälsa bör P ges en lägre rangordning än den person som inte tagit onödiga risker .*

Vi vet att rökning, alkohol och viss typ av mat kan ge oss otrevliga och oönskade sjukdomar. Sjukdomar som kan sluka vårdresurser och som kanske gör att de som inte försummat sin hälsa får vänta längre på behandling och, i värsta fall, får en sämre vård. Visst verkar det rimligt att den notoriske rökaren skall prioriteras lägre än den glade motionären? Samtidigt kan man undra om han som i alla avseenden skött sin hälsa, inte rökt, inte druckit alkohol, inte ätit skräpmat, men som kanske joggat några meter för mycket inte också han skall ta sitt egenansvar?

Det finns många exempel som tycks visa på behovet av en ansvarsprincip men det finns också goda exempel som visar att en sådan princip kan bli svår att implementera, till exempel finns det alltför många knepiga gränsdragningsproblem. Framförallt finns det en rad goda argument mot denna typ av principer. Motargumenten kan delas in i tre huvudgrupper: filosofiska, psykologiska och biologiska.

*

En filosof skulle säga att ansvarsprincipen innehåller alltför många oklara begrepp. Vad menar vi med "onödiga risker"? Risker, säger många riskforskare, är värdeimpregnerade bedömningar. Det jag upplever som en risk behöver inte vara en risk för dig, trots att vi har samma kunskap och information. Det som skiljer är inte den kunskap och information vi har utan våra värderingar. Ser vi

på risker på detta sätt faller ansvarsprincipen ganska platt till marken, den blir helt oanvändbar. En väg ur detta problem är att säga att med risk menar vi i detta sammanhang något definierat i termer av vårdens kunskap och information och våra (vårdens) gemensamma värderingar.

Men antag att vår gemensamma kunskap och information inte är helt robust, att det finns irriterande oklarheter, och att vi inte är helt överens om vilka värderingar som skall gälla, kan vi då tillämpa principen? Kan vi då kräva ansvar?

Och även om vi lyckas reda ut begreppen, tydligt säga vad vi menar med "risk" och "onödig", är det långtifrån säkert att vi kan mäta det vi vill mäta, det vill säga hälso-risker.

Ett annat problem har med jämförbarhet att göra. "Röker du så mycket som du gör riskerar du att få lungcancer." "Dricker du så mycket som du gör riskerar du att få levercirrhos." Eftersom överlevnaden vid utvecklade leversjukdomar är sämre än vid många cancersjukdomar är budskapet klart. Och oavsett om det rör sig om lungcancer eller skrumplever vill vi ändra beteendet så att sannolikheterna blir mer fördelaktiga. En cigarett någon enstaka gång är bättre än ett paket om dagen. Och ett glas vin i veckan är bättre än en flaska om dagen. Men hur jämför vi dessa risker? Hur jämför vi sannolikheten för lungcancer med sannolikheten för skrumplever? Går det att jämföra dessa risker?

En egenansvarsprincip kräver, om den skall vara någorlunda gediget formulerad, att sjukdomsgrupper kan riskjämföras. Att veta att man skall ha en lägre rangordning är en sak, men bör inte storrökaren få en avsevärt sämre

rangordning än den hälsosamme joggaren? En väg ur dilemmat är att börja räkna extremt fyrkantigt i kronor och ören (på ett sätt som ingen ekonom skulle göra), men väljer vi den vägen hamnar vi i konflikt med grundläggande moraliska värderingar, till exempel med den etiska prioriteringsplattformen (som förutsätter jämförelser i termer av hälsa och livskvalitet).

*

Psykologerna har lärt oss något spännande och egentligen ganska märkligt. Som beslutsfattare är vi enögda, närsyn- ta och lider av ett allvarligt brytningsfel. Vem skulle ha gissat det? Vissa psykologer hävdar att vi är irrationella, i behov av beslutshjälpmedel. Våra beslut påverkas av olika psykologiska egenheter. Vi är till exempel dåliga på att hantera osäker information. Våra värderingar är vack- lande, inte sällan konstruerade i den situation där vi för tillfället befinner oss, och de grumlar vår kunskapshan- tering.

Men också upplevelser av smärta och välbefinnande spelar en viktig roll i vårt beslutsfattande. Vi påverkas av de minnen och känslor vi har av att en gång tidigare ha tagit liknande beslut. Affekter, och affektbeslut, säger psykologerna, är snabba men oreflekterade, de är viktiga och effektiviserar vårt beslutsfattande, men de är inte all- tid rationella. Affekter kan, till exempel, få oss att välja det ohälsosamma framför det hälsosamma, välja det som vi vid närmare eftertanke ser är det klart irrationella valet. Vi kan givetvis påverka människors affekter och därmed deras val. Men vilken typ av påverkan är i dessa sammanhang moraliskt försvarbar? Tumörer i kraftfulla färgbilder på cigarettpaket är kanske ett oproblematiskt

exempel, men hur är det med de mer subtila eller subliminala alternativen? En öppen fråga är denna typ av påverkans beständighet. Finns det en affektmättnad? Ett par dagar avhåller oss cigarettpaketens emotionellt laddade bilder från att röka, men blir det fler än ett par dagar?

Antag att vi inte är några goda riskbedömare och beslutsfattare, att psykologerna har rätt. Antag att våra ”dåliga” beteenden och livsval inte alltid är resultatet av genomtänkta rationella beslut och riskbedömningar utan en konsekvens av vår oförmåga att hantera osäker information och oönskade affekter – resultatet av vår irrationalitet. I så fall straffar oss ansvarsprincipen för något vi kanske är oförmögna att göra fullt ut, det vill säga att i alla situationer fatta rationella beslut. Vem vill ha en sådan princip? Om vi nu av och till är irrationella skall väl vården inte banna oss för det (till exempel genom att införa ansvarsprinciper)? Istället bör väl vården utveckla redskap för att hjälpa oss i vårt beslutsfattande.

*

Sir Ronald Fisher, 1900-talets kanske mest kände och inflytelserike statistiker, argumenterade på 50-talet med viss emfas mot dem som hävdade att rökning orsakar lungcancer. Att statistiken pekar på en korrelation mellan rökning och lungcancer visar inte att rökning orsakar lungcancer. Alternativa förklaringsmöjligheter skall inte uteslutas, säger Fisher: Cancern och dess inflammatoriska effekter kan orsaka rökningen. Det kan finnas en genotyp som orsakar både rökbeteendet och lungcancern.

Fisher retade upp sin samtid, men så här nästan precis ett halvt sekel senare ser vi att han lär oss något viktigt. När vi hävdar något är det väsentligt att vi inte endast

lägger fram de belägg vi har för vår position utan att vi ärligt redogör för vilken kvalitet beläggen har, och att vi inte undviker att berätta vad det är vi inte vet.

I förlängningen ger oss Fisher argument mot ansvarsprincipen. Räcker korrelationer för att vi skall kunna säga att någon tagit onödiga risker och därmed skall ha lägre prioritet? Eller krävs kunskap om de underliggande kausala mekanismerna?

De flesta skulle nog säga att en princip av detta slag inte har något större värde om vi inte har tillräcklig kunskap om de bakomliggande kausala mekanismerna. Men där har vi ett problem. När det gäller monogent nedärvda sjukdomar (till exempel cystisk fibros eller fenylketonuri) finns den kausala kunskapen och med den möjligheten att göra förutsägelser, men för komplext nedärvda sjukdomar saknas vetenskapliga studier som kan belägga den kliniska tillförlitligheten och användbarheten. Här har vi ett fält av sammanvävda och samverkande kausala faktorer: positiva och negativa effekter av flera gener, livsstilsfaktorer, miljöfaktorer och epigenetiska faktorer. Hur gör vi i sådana fall rimliga riskanalyser? Rimliga kausala bedömningar? En ansvarsprincip kräver att vi kan göra något mer än att med statistiska redskap och metoder teckna en yta.

Det förefaller osannolikt att vi i det enskilda fallet (på individnivå) kommer att ha den typ av biologiska och medicinska belägg som krävs för att kunna använda en ansvarsprincip på det sätt som till exempel prioriteringscentrum tänker sig.

*

För att summera. Ansvarsprinciper är problematiska. Försök att formulera och tillämpa dem tycks leda rakt ned i ett träsck av svårigheter. Och är man inte försiktig hamnar principer av detta slag i direkt konflikt med andra kanske mer grundläggande värderingar. Men detta betyder inget annat än att ansvarsprinciper är svåra att definiera och tillämpa och att vi av moraliska skäl inte vill ha dem. Det betyder inte att vi inte skall ta ansvar för vår egen hälsa, det vill säga att egenansvar inte är viktigt. Egenansvar är en sak – ansvarsprinciper en annan. Det finns goda och robusta moraliska argument för att vi skall ta ansvar för vår egen hälsa.

Det egna ansvaret och samhällets. Avslutande reflexioner

Göran Bexell

Frågan om eget ansvar i vården är mångdimensionell, laddad och stimulerande. Frågan tvingar oss diskutera sådant som ibland är tabubelagt i vård och politik och som berör oss personligen. Den hamnar förr eller senare i klassiska etiska frågor om relationen mellan individ och samhälle/kollektiv och om ansvarets innebörd och omfång. Den rör hur mycket jag själv kan välja och genomföra och hur mycket jag är bestämd av genetiska och/eller sociala förutsättningar. Den rör sig från ett principiellt plan till mycket konkreta frågor inom vården och till nödvändiga prioriteringar i dagens och framtidens vård i vidaste mening. Den spårar alltför lätt ur till partipolitisk profilering i syfte att vinna röster inför ett val eller till intern filosofisk debatt om ansvar, fri vilja eller typ av etisk teori. Vad är väl mer tacksamt än att anklaga motståndaren för att vilja beröva sjuka människor samhällets vård?

Ett universitet ska vara en plats för en fri och kritisk analys och debatt med grund i vetenskap och beprövad erfarenhet, med rationell argumentering och respekt för olika synsätt och goda skäl. Det ska helt enkelt vara högt i tak. Om någonting är politiskt korrekt eller ej är irrele-

vant, om det bekräftar eller motsäger en social fördom, en ideologisk eller religiös sanning är också irrelevant. Vi måste kunna analysera det egna ansvaret utan att genast placeras i en fälla som kallas nyliberalism eller socialism eller något annat. Däremot finns det några grundläggande akademiska och mänskliga värden som ska följas, till exempel respekt för argument och forskningsetik.

Det svenska samhället har byggt upp en solidarisk och ansvarstagande sjukvård som vi ska uppskatta och föra vidare under de villkor som gäller i dag och i framtiden. Det hindrar inte att vi behöver diskutera frågan om ökat eget ansvar i vården. Vi behöver hitta alternativa och nya lösningar, som kombinerar en solidarisk vård med ökat eget ansvarstagande. Varför? Ekonomer och politiker kan visa att samhällets vårdbudget inte kan öka mer, och det kräver mer prioriteringar och mer av individerna, men det är också en fråga om samhällsutveckling och inte minst människors val av livsstil och om att främja allas bättre psykofysiska hälsa.

Med seminariet i sjukhusaulan som bakgrund blir frågan: Vad kan vi göra och vad bör vi göra? Förutom att diskutera teoretiska frågor om ansvar, rättvisa, fri vilja och solidaritet var tanken att seminariet skulle gå vidare med förslag till vad vi faktiskt kan göra för att öka möjligheterna att ta eget ansvar för vården. Efter seminariet ser jag några möjligheter.

Eftersom det egna ansvaret har sin särskilda plats och möjlighet i förebyggande åtgärder är det där som de kraftfulla åtgärderna måste sättas in, mer än idag. Det har gått bra att få folk att sopsortera. Idag är det många som på ett självklart sätt sorterar glas, tidningspapper, matavfall, batterier, kartonger och annat i särskilda förvaringskärl

och detta i en omfattning som för ett decennium sedan kunde bedömas som alltför omständligt, dyrbart och jobbigt. För att det ska lyckas krävs mycket motiverande information, insatt i ett stort miljösammanhang, så att globala miljöproblem leder till konkret handling, när jag står vid diskbänken. Vidare behövs stora insatser från kommunen ifråga om sophantering.

Exemplet sopsortering visar att det går att skapa nya vanor. På motsvarande sätt kan samhället göra mycket mer för att motivera individer att satsa på förebyggande vård, egenvård och eftervård och dessutom radikalt öka insatserna för att möjliggöra detta, till exempel genom att skattevägen subventionera nyttig mat, öka kostnader för onyttig mat och dryck och bygga fler motions- och friluftsanläggningar. Motivationen behöver också sättas in i ett större sammanhang av livsstil och ansvarstagande för våra privata och samhällsliga resurser. Om jag vårdar min hälsa tar jag inte bara ställning till vad jag anser viktigt i livet utan också till att samhället kan lägga resurser på andra behövliga projekt än sjukvård. Någon absolut frihet mellan likställda alternativ finns inte idag, eftersom samhället accepterat att hårt skattebelägga i huvudsak skadliga produkter som tobak och alkohol men inte nyttiga som äpplen, morötter och linfröolja.

Det behövs därför mer aktiva insatser från stat, landsting och kommuner och många organisationer för att mer ändra människors beteende, vilket för det mesta är svårt men inte omöjligt. Det finns några enkla fakta att utgå från beträffande kost, dryck och fysisk aktivitet. Här bör de bästa PR-konsulterna och reklambyråerna engageras för både generella och riktade insatser. Eftersom engagemanget i egenvård ofta beskrivs som en klassfråga behövs

analyser av hur människor med olika förutsättningar bäst motiveras.

Om man hela tiden trumfar in att jag är bestämd av min uppväxt, mina gener, min ekonomiska och sociala situation så kommer många av oss att tolka våra liv enligt den tolkningen. Om man i stället trumfar in att vi på olika sätt har valmöjligheter kommer vi att tolka vår situation också på det sättet. Man ska verkligen tänka sig för innan man berövar en annan människa hennes valmöjlighet och därmed ansvar. De faktiska möjligheterna att ta ansvar är förvisso mycket olika och bemötandet får anpassas därefter. Alla kan inte välja mellan att åka till Maldiverna eller Thailand på semester och alla kan inte välja – i varje fall inte utan hjälp – mellan att fortsätta dricka alkohol eller låta bli, men många kan välja mellan att gå en promenad eller se på TV eller försöka göra först det ena och sen det andra; många kan välja mellan att äta en morot eller låta bli. Några har låg impuls kontroll och väljer godiset framför det nyttiga, men det ska skiljas från ren tröghet och ovilja att ändra vanan att alltid välja godis. Många har lärt sig att det är både roligare och skönare att gå en runda än att se ännu ett meningslöst TV-program.

”Ingen annan betalar än vi själva” – denna under seminariet framförda sanning är värd att tänka på. Ska den enskilde betala vad vården kostar, ungefär som när jag köper en bil, och inget annat, eller ska jag via skatten betala också alla andras vård, även om jag sköter min hälsa och även om andra missköter sin kost, motion, sin livsstil och dessutom ådrar sig skador på grund av sina hobbies som korpfboll och skidåkning eller kör bil och båt med för mycket alkohol i kroppen? Det är utmärkt när ekono-

mer visar vilka alternativa möjligheter det finns att med ekonomiska åtgärder öka egenansvaret och att kombinera det med ett solidariskt basbidrag till alla eller särskilt till dem som inte har ekonomiska resurser. Patientavgifter, höjt tak, gradering av avgifter beroende på vårdorsaken och mycket annat; något är kanske omöjligt, annat är möjligt, ekonomiskt och politiskt.

Förutom att bygga ut förebyggande vård och egenvård verkar det därför intressant att pröva alternativa möjligheter att inte bara påverka livsstil utan också lägga över mer av kostnader för den vård man drar på sig av självförvållade eller andra skäl på individerna, inte via skatten utan genom direktkostnad för vissa vårdformer. Försäkringsbolagen kan bli mer innovativa. Risken att behöva betala mer är till slut för de allra flesta det bästa motivet att öka egenansvaret. Att orsaka vård på grund av korp-fotboll eller ishockeyspel blir då något annat än vård på grund av dålig syn. Alternativet blir inte ett enkelt individens ansvar eller samhällets. Jag kombinerar hela tiden med ett skydd för dem som inte har tillräckliga resurser.

Det är väl ytterst få som vill ha tillbaka det gamla förnedrande klassamhället, då allas rätt och tillgång till sjukvård inte fanns. Sverige är – eller var – känt i världen för sin sociala välfärd och jag upprepar att den ska vi vårda och vara stolta över, men samtidigt ska vi inte låta den andra ytterligheten ta över, nämligen att samhället blir något som vi bara överlåter allt ansvar till och förväntar alla slags bidrag från. Det är inte konstigt att UD menar att om en familj som åker utomlands för att bada råkar ut för olyckor eller sjukdom så varken kan eller bör ambassadpersonal rycka ut med bistånd och plåster; jag tänker inte på katastrofer.

Frågan om egenansvar öppnar fönstret mot många frågor: Vilken vård är lyxvård? Privata skönhetsoperationer är det ofta använda exemplet, men det finns andra kontroversiella medicinska åtgärder som samhället kanske inte borde bekosta. Om vi sätter in vår sjukvård i det globala perspektivet får vi ett korrektiv mot lyxvård i vidare mening. Det öppnas också perspektiv mot samhällsutvecklingen som alltför lättvindigt bidrar till att människor faktiskt blir sjuka. Politikerna har länge och inför starka lobbygrupper räddhågat väntat med beslut om att begränsa giftiga utsläpp och avgaser eller tillåtit skräpmat och skadliga drycker, sådant som bidrar till att så många får cancer. Frågan om ökad egenvård leder i själva verket också till samhällskritik.

En annan aspekt är hur individer och samhälle i frågan om egenvård ska ställa sig till den stora hälsoindustrin, som omsätter miljardtals kronor varje år genom att rida på hälsovågen. Att vara frisk och må bra är för många det högsta målet i livet och uppenbarligen känner sig många bättre genom att använda icke-konventionella metoder. Detta är också en form av egeninitiativ i motsats till passivitet; om det är egenvård är däremot en kontroversiell fråga, men vi kan i sammanhanget om egenansvar inte ignorera att så många engagerar sig för sitt psykofysiska välbefinnande.

Att öka egenansvaret är som att gå på en liten svajande bro utan räcke över ett avgrundsdjupt stup. Vi är rädda att ramla ner – och det är lätt gjort. Ökat egenansvar kräver mer tolerans mot dem som inte tar ansvaret. Den moralistiska kritiken då man slår sig själv för bröstet och ser ner på andra som bryter mot alla goda regler är ingen lyckad hållning; det är mycket värre än att då och då äta

en kaka istället för en morot. Insikten i människors irrationalitet får inte hindra oss att söka rationella lösningar. En basal rättvisa för alla får inte sättas ur spel, men att möta alla invändningar med att inte göra något alls leder på sikt till sämre hälsa och vård för alla. Med tanke på alla frågetecken, är det desto viktigare att gå vidare med goda förslag till praktiska åtgärder, steg för steg, både för att avdramatisera frågan och visa att en hel del kan göras utan att grundläggande värderingar behöver sättas ur spel.

Den fråga seminariet inbjöd till visade sig ha ett stort intresse. Sjukhusaulan blev fullsatt, föreläsningar, debatter och frågor blev berörande och stimulerande. Att som tackgåva få ett sådant seminarium med ett så komplext tema, med denna kvalitet och detta engagemang, var den finaste gåva jag kunde få. Ett stort och varmt tack till Medicinska fakulteten vid Lunds universitet!

MEDVERKANDE I DENNA BOK

Bo Ahren, professor i medicin, dekanus, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

KG Hammar, före detta ärkebiskop, gästprofessor vid Centrum för teologi och religionsvetenskap (CTR), Lunds universitet.

Barbro Hedvall, ledarskribent, Dagens Nyheter.

Göran Hagglund, socialminister.

Carl Hampus Lyttkens, professor i nationalekonomi, Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

Sofia Kjellström, fil. dr., Hälsohögskolan i Jönköping.

Mef Nilbert, professor i onkologi, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

Sören Olofsson, regiondirektör, Region Skåne.

Nils-Eric Sahlin, professor i medicinsk etik, Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

