

1. Inledning

BEHOV VERKAR GENERELLT ha en större moralisk tyngd än önskemål. Enligt exempelvis David Braybrooke är det en »fundamental moralisk princip» att »[b]ehov har företräde framför preferenser».¹ Som vi ska se är det många moralfilosofer och andra som instämmer. Tanken att behovstillfredsställelse har särskild moralisk vikt har särskilt stort genomslag i vården och vårdetiken.² I hälso- och sjukvårdslagen 2 § anges att »den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.» Behovstanken utgör i detta sammanhang alltså en *prioriteringsprincip* om fördelningen av sjukvård: att prioritera är att ge företräde åt någon eller några, genom att välja att ge eller erbjuda någon eller några något fördelaktigt (exempelvis en vårdinsats eller vårdresurser) när man kunde ha valt annorlunda (genom att erbjuda till någon annan/några andra, eller genom att avstå från att erbjuda eller ge).³

Också moralfilosofer på ett brett spektrum av den politisk-filosofiska skalan har försvarat att fördelning av hälso- och sjukvård bör ske efter behov; alltifrån rawlsianskt inspirerade liberaler, som Norman Daniels (1983, 2008), till kommunitarister, som Michael Walzer (1983). En uppfattning med så bred uppslutning torde vara intressant att undersöka.

Behovsprinciper har inte enbart ansetts lämpliga för att avgöra hur resurser och insatser ska fördelas inom vården, utan också för att avgöra vilken vård som alls ska fördelas (Daniels 2008). Tanken är att om inget vårdbehov föreligger har inte patienten några rättmätiga anspråk på att få vård. På detta sätt har man resonerat för att klassificera vissa medicinska behandlingar eller tjänster som »lyxvård», vilka därmed inte bör tillåtas eller åtminstone inte bekostas offentligt. Det kan röra sig om exempelvis assisterad befruktning, fosterdiagnostik för icke-sjukdomar eller olika prestationshöjande insatser.⁴

Förhoppningen är alltså att behovsprincipen ska utföra en dubbel

uppgift: dels avgöra vilka som alls har rättmätiga anspråk på vård och dels avgöra hur vård ska fördelas bland dem som har sådana anspråk. Egentligen är det i grund och botten samma uppgift, nämligen att besvara hur vård bör fördelas. Att svara på vilka som inte alls har anspråk på att få vård är en del av att svara på denna fråga.

I det följande ska vi närmare undersöka olika behovsprinciper för att se hur långt de kommer med att lösa den dubbla uppgiften. Det finns flera föreslagna behovsprinciper. De gör dock vissa gemensamma antaganden (se avsnitt 1.2). När jag skriver om behovsprincipen i singular avses dessa antaganden. Vi är alltså ute efter en behovsprincip som kan besvara följande mer precisa frågor:

Vilka (vård)behov har universell moralisk kraft?

Med behov som har »universell moralisk kraft» avses behov som bör tillfredsställas oavsett vem som har dem, till skillnad från och före andra anspråk (på vård). För att besvara vilka behov som har denna kraft måste givetvis något sägas om *varför* (vissa) behov ger upphov till dessa anspråk. I detta ingår att förklara varför *behov*, eller behovstillfredsställelse, ger upphov till särskilda anspråk (till vård). I diskussionen om vårdbehov utgår man ofta från att svaret på fråga 1) också avgör den offentliga vårdens åtaganden, d.v.s. vilken vård samhället gemensamt bör finansiera (t. ex. via skatter) och som alla bör ges tillgång till (Buchanan m. fl. 2000). Jag kommer inte att ifrågasätta detta antagande. Svaret på fråga 1) besvarar då samtidigt frågan vilken vård individen har rätt till att få utan att direkt behöva bekosta den själv.

Hur ska man prioritera bland behoven (med universell moralisk kraft)?

Ett annat sätt att formulera fråga 2) är: hur bör behovstillfredsställelse fördelas? Ett allmänt svar kan vara »större behov bör gå före mindre», men då behöver vi veta vad som gör behov större. Att redogöra för det på ett rimligt sätt kommer att visa sig svårare än vad man kan tro, ska vi se (avsnitt 2 samt 3).

Denna artikel tar sin utgångspunkt i två diskussioner om behovs-

principer som i stor utsträckning pågått opåverkade av varandra: en medicinetisk diskussion som uttalat ägnat sig åt behovsprincipens tillämpning i vården, samt en allmän filosofisk diskussion om behovsprincipen.⁵ I artikeln visas förhoppningsvis hur dessa två diskussioner kan korsbefrukta varandra.

I denna artikel vill jag i första hand visa vilka utmaningar en behovsprincip som vill svara på fråga 1) och 2) måste anta. Detta kommer ändå att utmynna i en ganska bestämd tes: behovsprincipen utgör ingen självständig princip som löser fördelningsfrågor på egen hand. För att vara rimliga (försvarbara, tydliga och handlingsvägledande) måste behovsprinciper preciseras och då i enlighet med andra teorier: dels andra teorier om vari ett gott liv består (eller vilka aspekter av ett gott liv vården bör befrämja) och dels andra teorier om fördelning. Om det finns något unikt med behovsprinciper, så är det att de är sufficientistiska (se avsnitt 3). Sufficientismen är dock minst sagt problematisk, som vi ska se.

En kort personlig not: jag gillar inte denna slutsats. Jag tycker intuitivt att behovsprinciper känns rimliga. Men så fort man börjar precisera dem är det som att de rinner mellan ens fingrar. Jag hoppas därför att någon antar utmaningen i denna artikel: att formulera en behovsprincip som besvarar frågorna på ett rimligt sätt.

1.1 Behovsbegreppet

VAD INNEBÄR DET att säga att det finns ett behov av något? Här råder (nästan) konsensus: behovsutsagor är *instrumentella* (handlar om medel för ändamål) och, just därför, inte sällan *elliptiska* (innebär implicita förutsättningar).⁶ Att säga: »I glesbygden behövs bil» är ett kortare sätt att säga: »(Många) glesbygdsbor måste (de facto) ha bil för att (exempelvis) kunna ta sig till jobbet och hem varje dag». Behovsbegreppet förutsätter alltså en treställig relation som kan analyseras som följer: »P (någon eller några) måste ha X (det behövda medlet eller behovsobjektet) för R (målet för vilket medlet är en nödvändig förutsättning)». Detta innebär att behov inte är en slags önskningar: man kan behöva något utan att vilja ha det eller ens vara medveten om att man behöver det.

Det är förstås svårt att godta att »behov» som ett språkligt begrepp, analyserat på detta vis, skulle medföra några särskilda moraliska anspråk. Det är exempelvis fullständigt på sin plats att använda behovsbegreppet om mål som är okloka (»Jag behöver ett järn (för att lugna nerverna)»), moraliskt förkastliga (»Nazityskland behövde en effektiv byråkrati (för att kunna genomföra Förintelsen)») eller moraliskt neutrala (»Pelle behöver lim (för att färdigställa modellplanet)»). De som hävdar att behovstillfredsställelse är av större moralisk vikt än preferenstillfredsställelse eller att behov är en rimlig prioriteringsgrund menar att detta gäller *vissa slag* av behov.

1.2 Behovsprincipen

VILKA SLAGS BEHOV har då särskild moralisk vikt? På en mycket abstrakt nivå råder även här stor konsensus: de behov som människor har särskilda anspråk på att få tillfredsställda är de som är nödvändiga för ett acceptabelt eller minimalt gott liv. För dessa behov gäller, anser många behovsteoretiker, Företrädelseprincipen: ett behov av något äger företräde framför (d.v.s. är viktigare att tillfredsställa än) ett önskemål för samma sak (Frankfurt, 1998: 20). Varken Frankfurt eller de flesta andra som försvarat Företrädelseprincipen menar att detta gäller förbehållslöst. Om önskemålen för något är tillräckligt många eller starka eller om behovet är förhållandevis trivialt, så kan tillfredsställandet av önskemål ha större moralisk vikt än behovstillfredsställelsen. Med andra ord ska Företrädelseprincipen förstås som en *prima facie*-princip, som kan övertrumpas av andra överväganden.⁷ Precis hur stark den är har jag inte sett närmare utrett, och jag lämnar därmed denna komplikation i det följande.

Med andra ord finns det enighet om för vilket mål det är särskilt viktigt att tillhandahålla var och en medel (behovsobjekt): ett minimalt gott liv.⁸ Utifrån detta kan man också ge ett svar på vilka anspråk på den offentligt finansierade vården vi kan göra (om än väldigt generellt och teoretiskt): den vård som är nödvändig för att uppnå ett minimalt gott liv, men inte mer.

Givetvis har ingen tänkt sig att det är vårdens uppgift att ge

människor *allt* de behöver för ett minimalt gott liv. För ett minimalt gott liv krävs mer än vård och medicinska åtgärder; förmodligen krävs exempelvis tillgång till föda, kläder, bostad och kanske möjlighet till meningsfull sysselsättning och mänskliga relationer. Det är givetvis inte rimligt att lägga uppgiften att tillgodose denna typ av behov på vården, åtminstone inte enbart. En viss arbetsfördelning i samhället för att uppnå en tillräcklig grad av behovstillfredsställelse är därmed rimlig. Vad vården ska koncentrera sig på för typ av behov är i stor utsträckning en praktisk fråga, som bl.a. har att göra med vad vården kan göra bättre än andra samhällsliga institutioner. Vissa har dock menat att det är en principiell fråga: vården (och medicinen) ska tillgodose våra hälsorelaterade behov, inget annat. Vi återkommer till denna idé nedan (avsnitt 2.2).

Det går givetvis att ha olika uppfattningar dels om vad som gör ett liv gott och dels om hur mycket av det goda som krävs för att ett liv ska vara minimalt gott. Låt oss börja med det förstnämnda. Ger behovsprincipen något svar på vad som är ett gott liv? Eller finns det åtminstone någon idé om det goda livet som på ett naturligt sätt knyter an till behovsprincipen?

2. Ett minimalt *gott* liv

2.1 Vad är gott enligt behovsprincipen?

ÅTMINSTONE EN, VÄLDIGT generell, tanke är vanlig hos moralfilosofer som vill försvara någon form av behovsprincip: ett behov har särskild moralisk kraft om dess tillfredsställelse är nödvändigt för »mänskligt aktörsskap» (human agency).⁹ Här upphör emellertid enigheten, eftersom det finns vitt skilda uppfattningar om hur denna idé ska preciseras.

En översikt över ståndpunkterna kan fås om de delas in i subjektivistiska och objektivistiska tolkningar av mänskligt aktörsskap. De subjektivistiska idéerna lägger tonvikt vid förmågan att uppnå ens egna önskemål eller livsprojekt (Ohlsson 1995 och Copp 1998). De behov som man har särskilda anspråk på att få tillfredsställda är då de som är nödvändiga¹⁰ för att ha möjlighet att uppnå dessa önskemål.¹¹ Med andra ord förutsätter dessa idéer

någon form av preferentialism eller autonomiideal: att det som i slutändan är värdefullt eller viktigt för en individ är att hon lever det liv hon själv vill.

Detta ska skiljas från objektivistiska idéer som utgår från att vissa typer av aktörsskap är eftersträvansvärda för var och en, oberoende av mer individuella livsplaner och önskemål. Bland de objektivistiska idéerna kan man i sin tur skilja på dem som utgår från konventionellt eller samhälleligt bestämda funktionsförmågor och dem som utgår från någon idé om en universell mänsklig natur. Bland *konventionella* idéer återfinns Braybrookes behovsteori, enligt vilken vi har rättmätiga behovsanspråk till det som krävs för att kunna uppfylla »fyra grundläggande samhälleliga roller: som medborgare, medarbetare, föräldrar och hushållare» (Braybrooke 1998: 59).

Traditionellt har idéer om behovs moraliska vikt utgått från någon föreställning om en universell mänsklig natur (Ohlsson 1995: kap. 2). Den idag namnkunnigaste förespråkaren för en sådan idé är nog Martha Nussbaum som utgår från en aristotelisk »tjock vag» idé om ett gott liv. Enligt Nussbaum har alla rätt att komma över en tröskel av omständigheter och förmågor som krävs för att leva och fungera väl i aristotelisk mening (Nussbaum 1998: 153). Nussbaum listar dessa förmågor och omständigheter, som innefattar möjligheten till näring, sexuell tillfredsställelse, att ha en god hälsa, att vara fäst vid saker utöver en själv, att älska, att kritiskt reflektera över sina livsplaner, att interagera i familjen och samhället, att leka och njuta av rekreation. Ett gott liv innefattar dessa komponenter och vi har alltså särskilda anspråk på att förvärva de förmågor och omständigheter som krävs för att de ska kunna förverkligas.¹²

Av denna korta genomgång av olika behovsteoretiker framkommer att deras idéer om vilka mål som behovsutsagor med moralisk kraft uttalar sig om inte skiljer sig mycket från det vanliga spektrumet av teorier om det goda livet: det finns preferentialistiska och perfektionistiska teorier. Visserligen verkar behovsteoretiker förenas av att se det goda livet framför allt i termer av *förmågan att göra saker* (mänskligt aktörsskap) snarare än att *vara i vissa tillstånd*. Inte ens här är dock bilden entydig och utan undantag. Dels finns det de

som drar åt preferentialism snarare än autonomiideal,¹³ som karaktäriseras just av att hävda att tillståndet av preferenstillfredsställelse snarare än att själv uppfylla sina önskemål är det viktiga. Dels finns det alla teoretiker som uttrycker sig i negativa termer (att undvika viss skada) snarare än i positiva termer (att uppnå en viss miniminivå). En del av dessa verkar, åtminstone delvis, förstå skada i enlighet med hedonismen, den inflytelserika teori om intrinsiskt värde som i övrigt är mest underrepresenterad hos behovsteoretiker.¹⁴

Denna oenighet bland behovsteoretiker är kanske inte att förvånas över, eftersom behov är just instrumentella (handlar om medel för mål) och oenighet om vilka mål som är eftersträvansvärda leder till oenighet om vilka behov som är viktiga att tillfredsställa. Detta är emellertid dåliga nyheter för den som hoppades att behovsprincipen skulle vara mer okontroversiell eller enklare att tillämpa än andra fördelningsteorier: vi verkar inte kunna ta ställning till behovsprincipens rimlighet innan vi tagit ställning till vilken teori om det goda livet som är rimligast.

2.2 Hälsa som vårdens mål

ÖVERDRIVER JAG SVÅRIGHETERNA för behovsprincipen? Man skulle kunna hävda att även om behovsprincipen *i allmänhet*, i likhet med exempelvis utilitaristiska teorier, måste ta ställning i frågan om livets goda, så gäller inte detta behovsprinciper *i vården*. Vården har, skulle man kunna mena, ett okontroversiellt och tydligt mål, nämligen patienternas hälsa (Liss 1990: 13–14). Om syftet med vård är att, i möjligaste mån, uppnå hälsa, så måste målet för behoven i vårdsammanhang vara just hälsa.

Detta är emellertid bara att skjuta samma problem ett steg framför sig, för det råder minst lika stor oenighet om vad hälsa innebär (och vad det är för slags hälsa vården ska uppnå) som vad som utgör ett gott liv. För det första återkommer alla centrala teorier om ett gott liv i olika preciseringar av hälsobegreppet. Nordenfelt har inflytelserikt definierat hälsa som (andra gradens) förmåga att uppnå de mål som är nödvändiga (och tillsammans tillräckliga) för ens (tillräckliga grad av långsiktig) lycka (Nordenfelt 1987: 148).¹⁵

Lycka förstås av Nordenfelt delvis i termer av subjektivt välbefinnande, vilket gör att det åtminstone finns en hedonistisk komponent i Nordenfelts hälsobegrepp.¹⁶ För Daniels innebär hälsa att inneha den arttypiska funktionsförmåga som i ett samhälle krävs för att ha lika möjligheter att uppnå sina (rationella) livsmål (Daniels 2008: 31–64). Den värdeteori som ligger till grund för Daniels hälsobegrepp är m.a.o. Rawls ideala preferentialism. Enligt Nussbaum bestäms hälsa av den »tjocka vaga föreställningen om ett gott mänskligt liv» som angavs ovan.¹⁷ Med andra ord utgår Nussbaum från en aristotelisk variant av perfektionism. Alltså: det finns mycket oenighet om det goda livet inbakat i oenigheten om vilken slags hälsa som är eftersträvansvärd. Och det är väl fullt begripligt att det ser ut på det sättet: vad som utgör ett rimligt mål för vården kan inte gärna vara helt frikopplat från vad som utgör rimliga mål för samhället och individerna i övrigt.

För det andra tillkommer andra oenigheter om hälsobegreppet. Den mest minimala definitionen av hälsa förstår hälsa som liktydigt med frånvaro av sjukdom (Boorse 1977). Emellertid finns det olika uppfattningar om vad sjukdom är. Man kan skilja mellan två typer av sjukdomsbegrepp: deskriptiva och värderande (Brülde och Tengland 2003: 63–64). Deskriptiva sjukdomsbegrepp kallas ofta biomedicinska, eftersom de definierar sjukdom som biologisk dysfunktion.¹⁸ Värderande sjukdomsbegrepp förstår istället sjukdomar som icke-önskvärda tillstånd för individen själv.¹⁹ Men ofta förstås hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom, som exempelvis ett visst slag och en viss grad av funktionsförmåga (som exempelvis Nordenfelts och Daniels förslag).²⁰

Jag tycker att man får ett välbehövligt perspektiv på diskussionen kring hälsobegreppet om man backar ett steg och frågar: vad ska vi med en definition av hälsa till i detta sammanhang? Det kan knappast vara för att fånga språkbruket, åtminstone inte enbart, eftersom språkbruket är vagt²¹ och självklart inte kan avgöra några normativa frågor, som exempelvis »Vad bör vårdens mål vara?» Istället kan man mena att hälsobegreppet bör utformas framför allt för att ge så rimliga svar som möjligt på normativa frågor så som denna.

Det låter som en bättre strategi, speciellt i detta sammanhang där hälsobegreppet ska användas för att göra behovsprincipen till en så rimlig fördelningsprincip som möjligt. Men då kan man givetvis inte använda ett *på förhand utformat* hälsobegrepp för att avgöra frågan om vad vårdens mål bör vara (och följaktligen vilka som bör ges rätt till vård), eftersom hälsobegreppet *ska utformas* för att besvara just dessa frågor. Åtminstone måste vi ta ställning till om något av de begrepp som finns ger ett rimligt svar på de nämnda normativa frågorna. Vi löser alltså inte de normativa frågorna genom att ha ett hälsobegrepp – vi måste ta ställning de normativa frågorna först.

2.3 Oenighet om vårdens mål – vad gör det för behovsprincipen?

SOM SYNES MÅSTE en behovsteoretiker ta ställning i en rad svåra frågor för att göra sin behovsprincip försvarbar, tydlig och handlingsvägledande: ska vårdens mål bestämmas av någon generell teori om det goda och i så fall vilken? Ska det istället bestämmas av ett hälsobegrepp och i så fall vilket? Som vi sett kan vi förmodligen inte besvara den andra frågan utan att fundera över frågan vad vårdens mål *bör* vara. Att åter svara »hälsa» är enbart cirkulärt, eftersom vi måste ange vilken hälsa det rör sig om och varför det är just denna hälsa som vården bör uppnå. Med andra ord, behovsprincipen verkar behöva ett svar på dessa frågor snarare än att utgöra ett svar.

Men spelar dessa oenigheter bland behovsteoretiker om vad som är ett gott liv och vilka mål vården ska uppnå någon roll i praktiken? En som hävdar att de inte gör det är Roger Crisp (Crisp 2002: 136). Han har två argument för detta. Det ena är att huvudpositionerna om vilka liv som är goda ofta kommer till likartade bedömningar om vilka faktiska liv som är goda.²² Detta eftersom »de flesta njuter av och önskar saker som finns på rimliga objektiva listor [över det goda].» Det andra argumentet säger att eventuella skillnader ändå försvinner på den generella nivå där de flesta viktiga prioriteringsbeslut fattas, exempelvis den nationella.

Jag tror att Crisp har fel och det av flera skäl. För det första fattas många viktiga prioriteringsbeslut på klinisknivå, där små skillnader mellan olika patienter kan få avgörande betydelse för beslutet.²³ För

det andra tror jag att olika idéer om det goda livet kan ge väldigt olika utslag om vilka verksamheter som bör prioriteras även på mer generell nivå, exempelvis regional och nationell. I det följande kommer ett axplock av exempel (listan kan göras längre). Objektivistiska teorier, som menar att livets goda består i utövandet av vissa centrala förmågor (som exempelvis Nussbaum och Braybrooke) kan rimligtvis inte anse det lika viktigt att prioritera patientgrupper utan möjlighet att utöva dessa förmågor, som exempelvis individer med Downs. Detta till skillnad från subjektivistiska teorier, enligt vilka förmågan att kunna utföra vissa bestämda aktiviteter inte i sig har någon betydelse för om ett liv är gott. Vissa biomedicinska teorier om sjukdom i kombination med den normativa idén att sjukvården endast ska behandla sjukdom kommer med största sannolikhet inte alls anse att exempelvis dyslexi är något man bör lägga några resurser på.²⁴

Vidare har de olika teorierna olika uppfattningar om graden av behovstillfredsställelse som var och en har särskilda anspråk på att få uppfyllt. Det framgår klart att objektivister som exempelvis Nussbaum sätter tröskeln högt – ambitionen är att alla i möjligaste mån ska uppfylla samtliga föremål på den ovan nämnda listan (se avsnitt 2.1). Även om det är rimligt att anta att andra institutioner än vården ska ha huvudansvar för många av dessa föremål (som exempelvis näring), så kan ibland medicin och vård vara väsentligt för att uppnå annat än god fysisk hälsa, t. ex. förmågan att kunna överväga sina livsplaner eller förmågan att leva ett familjeliv. Andra verkar förespråka en betydligt mer anspråkslös behovströskel, vilket skulle innebära att vårdens åtaganden blir betydligt mer begränsade.²⁵ Detta rör egentligen oenighet om vad som är ett minimalt gott liv snarare än vad som är ett gott liv, men vi ser att redan idéer om vad som är ett gott liv kan vara olika ambitiösa och därmed få konsekvenser för prioriteringar.

3. Ett *minimalt* gott liv

3.1 Behovsprincipen – en tillräcklighetsprincip

DET SOM MÅNGA tycker är intuitivt tilltalande med behovsprin-

cipen är att de som inte har det tillräckligt bra för att kunna sägas leva ens minimalt goda liv har särskilda anspråk på att få det bättre. Däremot har de som redan har det tillräckligt bra inte sådana anspråk: det verkar orimligt att hävda att friska miljonärer har några omfördelningsanspråk på friska miljardärer.

Behovsprincipen förstås också i enlighet med denna intuition inom vårdsammanhang: dels som en princip om hur resurser ska fördelas under en viss nivå (fråga 2)) och dels som en princip som säger när ytterligare anspråk på vård inte längre har kraft (fråga 1)). Med andra ord försöker behovsprinciper formulera en tröskel när vi har *tillräckligt* av det goda. Den typ av position som behovsprinciper ger uttryck för kallas därför i den internationella diskussionen för »sufficientarianism» (i fortsättningen *sufficientism*).²⁶

Sufficientism består alltså av två påståenden: 1) att det är angeläget att lyfta dem som är under tröskeln över tröskeln (dessa har anspråk på oss, som kan hjälpa dem att komma över tröskeln, att bli hjälpta med det), samt 2) att det inte är angeläget att ytterligare lyfta dem som ligger över tröskeln (de har inga anspråk på någon annan att bli hjälpta). Det förstnämnda påståendet kan vi kalla *den positiva tesen* och det sistnämnda *den negativa tesen*.²⁷ Tillsammans utgör dessa teser alltså *sufficientism*. Om de som ligger under tröskeln identifieras med dem som inte har tillräckligt goda liv (eller tillräckligt god hälsa) utgör dessa två teser de antaganden som förklarar olika behovsprinciper (se avsnitt 1.2).

Det stora problemet för alla former av *sufficientism* är förstås att precisera en tröskelnivå som är både försvarbar och tillämpbar. För det första riskerar varje mer precist försök att formulera en tröskel att bli *godtycklig*. Hur mycket av det goda är tillräckligt? Ju lägre tröskeln sätts, desto rimligare blir den positiva tesen (att det är angeläget att lyfta dem under tröskeln), men desto mindre rimlig blir den negativa (att de över tröskeln inte har några legitima omfördelningsanspråk). Och tvärtom, ju högre tröskel, desto rimligare blir det att hävda att de ovanför tröskeln inte har några anspråk på ytterligare resurser, men desto svårare blir det att försvara att de under tröskeln har anspråk att lyftas hela vägen till tröskeln.

Detta problem ger upphov till misstanken att sufficientism har sin intuitiva rimlighet på grund av att den förblir *vag* i angivandet av den relevanta tröskeln. Problemen beror nog, i viss utsträckning åtminstone, på att sufficientaristen söker en tröskel som samtidigt ger stor eller absolut²⁸ prioritet för dem under tröskeln och liten eller ingen prioritet alls för dem över tröskeln.

För det andra verkar sufficientism *otillräcklig* för att svara på många fördelningsfrågor. Den säger i sig inget om hur vi ska prioritera bland dem som ligger under tröskeln. Ett vanligt förslag, som verkar vara i behovstänkandets anda, är att de som har det sämre ställt alltid ska prioriteras framför dem som har det bättre ställt, eller, uttryckt i behovstermer, att »större behov ska gå före mindre behov» (SOU 1995:5: 153). I linje med detta har man i Sverige tolkat behovsprincipen som prioriteringsprincip för vården: »de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvalitén» ska prioriteras (SOU 1995:5, Prop. 96/97:60: 18).²⁹ Hädanefter kommer denna princip därför att kallas »sjukast först»-principen.

»Sjukast först»-principen är dock problematisk, minst sagt. I värsta fall kan den innebära att vi behöver lägga alla våra resurser på ett fåtal extremt behövande som bara kan bli hjälpta i liten utsträckning under väldigt kort tid, istället för att hjälpa väldigt många nästan lika behövande väldigt mycket.³⁰ Skälet till att »sjukast först»-principen har denna svårsmälta implikation är att den i sig inte tar hänsyn till hur mycket resurserna ger i utbyte. Den tar exempelvis inte hänsyn till prognosen. Därmed blir principen moraliskt godtycklig i sin närsynta fokusering på den som för tillfället är sjukast. Exempelvis kan en patient med progressiv leversjukdom ganska snart bli mycket sjukare (ha allvarligare symptom) än den som för tillfället är sjukast i en levertransplantationskö. (Howard 2001)

Vidare är inte »sjukast först»-principen i sufficientismens och behovsprincipens anda, trots att det kan verka så vid första påseende. Det som enligt dessa idéer spelar roll är ju att man befinner sig över en viss tröskel eller, med behovsprincipens ord, har ett minimalt

bra liv. Istället kritiserar sufficientister ofta egalitarister just för deras fokus på de sämst ställda (Frankfurt 1987: 31). Anta att man vid en brandkatastrof antingen hinner rädda livet på fem personer, men då måste låta fem gå en kvalfull död tillmötes i lågorna eller hinner ge alla tio smärtstillande så att de samtliga dör en kvalfri död. Enligt Frankfurt borde då egalitaristen hävda att vi snarare ska ge smärtstillande till alla än att rädda fem till livet, eftersom det sämsta utfallet är en kvalfull död (vilket valet att rädda fem innebär). Att prioritera de sämst ställda medför då att vi måste låta fem personer vi kunde ha räddat till livet stryka med, vilket de flesta förmodligen skulle anse vara det klart sämre alternativet i denna situation. Här, menar Frankfurt, ger istället sufficientismen rätt besked: hellre lyfta fem till en acceptabel nivå (fortsatt överlevnad) än att alla ges ett uthärdligt, men direkt förestående, döende.³¹

Det faktum att sufficientismen inte försvarar »sjukast först»-principen talar visserligen till dess fördel, men lämnar fortfarande frågan om hur man ska prioritera bland dem under tröskeln obesvarad. Ett tänkbart förslag är att man ska prioritera så att en så liten andel personer som möjligt befinner sig under tröskeln.³² För att göra detta måste man förmodligen sätta tröskeln orimligt lågt, så att man inte kan sjunka så mycket mer när man väl befinner sig under tröskeln. Annars förespråkar principen att man ska ta ytterligare en person över tröskeln, även om det innebär att tusentals under tröskeln får drastiskt försämrade liv. Alltså: ju lägre man sätter tröskeln, desto rimligare att hävda att man ska minimera andelen som ligger under tröskeln. Men desto orimligare blir den negativa tesen att fördelningsanspråk över tröskeln saknar moralisk kraft. Att minimera andelen personer under tröskeln ter sig alltså inte som en tilltalande lösning på fördelningsfrågan. Så frågan om prioritering under tröskeln kvarstår. Vi ska se på ytterligare ett förslag om hur det kan lösas.

3.2 Sufficientism och prioritanism kombinerade

UR BEHOVSTEORETISK SYNVINKEL är det önskvärt med en prioriteringsprincip som undviker problemen med »sjukast först»-

principen, men som samtidigt tar tillvara intuitionen att ett behov är viktigare att åtgärda ju större det är. En princip som verkar åstadkomma detta är den så kallade *prioritanismen*. Prioritanismen förnekar att den som har det sämst ställt har absoluta anspråk på att prioriteras först (till skillnad från »sjukast först»-principen), utan hävdar istället att vi har starkare skäl att hjälpa någon ju sämre ställt den personen har det. Prioriteten för sämre ställda blir alltså viktade till dessas fördel, enligt principen.

Följande exempel kan ge ett översiktligt intryck av vad prioritanismen säger. Anta att hälsa går att mäta numeriskt och att en viss individ ligger på hälsonivå 1 (väldigt lågt). Anta att en annan person ligger på hälsonivå 50 och en tredje på 99, samt att 100 är tröskeln över vilken ytterligare förbättringar inte har någon moralisk vikt, d.v.s. tillräcklig hälsa. Då kunde prioritanisten exempelvis mena att lyfta personen som ligger på 1 till 2 är värt 99, att lyfta den som ligger på nivå 50 till 51 är värt 51 och att lyfta den som ligger på 99 till 100 är värt 2.³³ Det innebär, allt annat lika, att lyfta någon lika många hälsosteg från en lägre nivå är mer värt (bättre) än från en högre nivå. Om den som lyfts från en högre nivå lyfts betydligt mer kan det ändå vara mer värt än att lyfta någon från lägre nivå. På liknande sätt kan det vara mer värt att lyfta tillräckligt många fler från högre nivå än att lyfta en enskild från lägre nivå. Därmed ger prioritanismen företräde till de sämre ställda i större utsträckning än en mer renodlat utilitaristiskt inspirerad princip, som skulle väga alla förbättringar lika tungt.³⁴ Å andra sidan ger prioritanismen inte absolut företräde till de sämre ställda, vilket gör att principen undviker implikationen att alla vårdens resurser riskerar att slukas av ett fåtal som har det väldigt illa, men som man ändå inte kan hjälpa särskilt mycket.

Roger Crisp har laborerat med en fördelningsprincip som kombinerar behovsprincipers inbyggda *sufficientism* med prioritanism för dem under behovströskeln. Enligt Crisp bör man tillämpa en utilitaristisk fördelningsprincip för dem ovanför tröskeln; ovanför tröskeln ska man alltså fördela så att det sammanlagda värdet av

fördelningen blir så stort som möjligt (Crisp 2002: 139). Behovströskeln bestämmer enbart hur fördelningar mellan de ovanför tröskeln och under tröskeln ska se ut: där ska absolut prioritet ges till »icke-triviala» förbättringar för dem under tröskeln (Crisp 2003: 758). Med andra ord kan ingen förbättring ovanför tröskeln, oavsett storlek och antal personer förbättringen tillkommer, någonsin få »köpas» för en försämring eller mindre (icke-trivial) förbättring för dem under tröskeln.

Skälet till detta förslag är att Crisp vill undvika vissa implikationer som prioritanismen *utan tröskel* skulle få på populationsnivå. Likt utilitarismen utesluter inte prioritanismen principiellt några som helst viktningar mellan sämre och bättre ställda. Därmed kan även prioritanismen påbjuda att försämma det väldigt mycket för några få (eller låta dessa ligga kvar på en låg nivå) om det gynnar tillräckligt många andra som redan har det bra i en väldigt begränsad utsträckning.³⁵ För att ta Crisps eget exempel: prioritanismen helt utan tröskel kan rekommendera att lägga resurserna på en hudkräm som hjälper en miljon³⁶ i stort sett fullt friska människor med en trivial hudåkomma framför att hjälpa hundra väldigt sjuka individer att bli fullt friska.

Crisps förslag är på flera sätt tilltalande ut behovsprincipiellt perspektiv. Han behåller behovsprincipens sufficientiska kärna med en tröskel, samtidigt som han tydligt svarar på fråga 2) om hur behov ska prioriteras (även om svaret är på en abstrakt nivå). Eftersom han försvarar prioritanism under tröskeln undviker han orimligheterna med »sjukast först». Samtidigt kan han behålla grundtanken att större behov äger företräde, eftersom sämre ställda alltid väger tyngre vid prioriteringar (även om deras anspråk kan trumfas om tillräckligt många andras basala behov också kan uppfyllas). Crisps behovsprincip tillhör alltså dem som bäst svarar mot de utmaningar behovsteorier ställs inför.

Emellertid kvarstår flera problem även för Crisps mer utarbetade behovsprincip. Ett problem är de svårsmälta följder Crisps förslag har, följder som blir speciellt tydliga på populationsnivå. En persons icke-triviala förbättring under tröskeln är enligt hans prin-

cip påbjuden om det så krävs att hela övriga mänskligheten måste tas ned till tröskelnivån (Casal 2007: 298–299).

Ett annat problem med Crisps teori är att den fortfarande dras med den ovan nämnda svårigheten med godtycklighet och vaghet vad gäller angivandet av tröskelvärdet. Crisps egna exempel på dem som klart ligger på endera sidan tröskeln är talande (Crisp 2002: 140). Enligt Crisp ligger personer som lider av följande tillstånd under tröskeln (och har därmed absoluta anspråk på att prioriteras framför dem över):³⁷ tillstånd som orsakar allvarlig smärta över en betydande tid (t. ex. vissa cancerfall), tillstånd som allvarligt sätter ner fysiska förmågor (t. ex. Parkinsons) eller mental funktion (t. ex. schizofreni). Följande är exempel på tillstånd som ligger över tröskeln: milda hudåkommor, vanlig förkylning och mild hörsnuva.

Det är inte särskilt vågat att påstå att väldigt mycket vård och medicinska åtgärder riktar sig mot tillstånd som i allvar ligger mellan dessa tydliga fall, kanske det mesta. Vad ska sägas om sent debuterande och långsamt växande cancer som inte behöver ställa till med så mycket problem (som en del prostatacancer) eller allvarlig hörsnuva (för att ta Crisps egna exempel)? Vidare: vad ska sägas exempelvis om svårare stukningar, harmynthet, fibromyalgi eller dyslexi?

Överlag verkar rimligheten hos Crisps behovsteori bero på var mer precis behovströskeln ligger. Men varje försök att närmare precisera behovströskeln får problem. Det blir särskilt tydligt om man tänker på dem som ligger nära tröskeln. Idén att de som ligger precis över tröskeln aldrig får prioriteras framför dem som ligger precis under ter sig moraliskt godtycklig, speciellt om man tänker sig att alternativen är att antingen höja väldigt många som precis ligger över tröskeln väldigt mycket eller att höja någon enstaka som precis ligger under tröskeln så att han precis kommer över den.

Detta problem verkar kvarstå var än tröskeln sätts. Sätts tröskeln lågt måste man tänka sig att de som ligger runt tröskeln har det ganska illa. Då ter det sig orimligt att de som ligger precis över tröskeln aldrig ska prioriteras framför dem som ligger precis under den, eftersom de som precis ligger över tröskeln också har det ganska

illa. Sätts tröskeln högt måste man tänka sig att de som ligger runt tröskeln har det ganska bra. Då ter det sig orimligt att de som ligger precis under tröskeln alltid ska prioriteras framför dem som ligger precis över den, eftersom de som precis ligger under tröskeln ändå har det ganska bra. Crisps förslag verkar alltså råka in i ett dilemma liknande det som nämndes i föregående avsnitt: ju högre tröskeln sätts, desto orimligare är det att hävda att de under tröskeln alltid har absolut prioritet och ju lägre den sätts desto orimligare är det att hävda att de över aldrig kan ha det, oavsett hur nära tröskeln de ligger, hur många de än är och hur mycket deras situation kan förbättras.

Problemet med Crisps behovsprincip uppstår förstås på grund av dess *absoluta* prioritet av dem som ligger under tröskeln framför de som ligger över den. Med andra ord utgör tröskeln en restriktion för prioriteringar: inga vinster, hur stora de än är och hur många de än tillkommer, kan någonsin rättfärdiga en förlust under tröskeln, även om den är liten.

En lösning på detta problem är att ha en tröskel som kan övertrumfas om vinsterna är tillräckligt stora i jämförelse med förlusterna. Med andra ord skulle det röra sig om en mellanform mellan prioritarianism och sufficientism som säger att förbättringar under tröskeln väger *mycket* mer än förbättringar över. Hur en sådan lösning närmare bestämt skulle se ut finns det dock inget förslag på. Det är dock av intresse i sig att konstatera att den rimligaste formen av behovsprincip förmodligen måste acceptera någon idé om viktning mellan de över och under behovströskeln. Frågan är om inte prioritarianismen, rätt viktad, själv klarar denna utmaning utan att krångla till det med trösklar.

4. Slutsats

DET ÄR SVÅRT att komma på något område där behovsprincipen har hävdats i sådan utsträckning som i vården och vårdetiken. Behovsprincipen har inte enbart ansetts lämplig för att avgöra hur resurser och insatser ska fördelas inom vården, utan också för att avgöra vilken vård som alls ska erbjudas av den offentligt finansierade

vården. Behovsprincipen har alltså tänkts utföra en dubbel uppgift: dels avgöra vilka som alls har rättmätiga anspråk på vård och dels avgöra hur vård ska fördelas bland dem som har sådana anspråk. Denna artikel har därmed försökt ge en översikt av diskussionerna i dessa två frågor: vilka (vård)behov har universell moralisk kraft? Samt: hur ska man prioritera bland behoven? Artikeln är ett försök att sammanföra den medicinetiska och den allmänfilosofiska diskussionen av behovsprincipen för att se om dessa frågor kan besvaras. Närmare bestämt: går det att formulera en behovsprincip som ger ett försvarbart, tydligt och handlingsvägledande svar på frågorna?

Det verkar stå klart att ingen har lyckats med det hittills. Enkelt uttryckt är en av de viktigaste förklaringarna följande. Om någon frågar: »Hur bör vård fördelas?» och någon annan svarar »Efter behov!», så har den som svarar detta egentligen inte sagt så mycket. Behovsprincipen utgör ingen självständig princip som löser fördelningsfrågor på egen hand. Den behöver fyllas ut för att vara tydlig och handlingsvägledande, och det är först när den fyllts ut som dess försvarbarhet kan utvärderas. Närmare bestämt behöver en behovsprincip ta ställning till frågan vad som är ett minimalt gott liv, eftersom behovsprincipernas gemensamma kärna är att hävda att de behov som har moralisk kraft är de som måste uppfyllas för att uppnå detta. Då behöver man säga vad som är ett gott liv eller, åtminstone, vad som är tillräckligt god hälsa. Jag har argumenterat för att bägge dessa alternativ kräver ett grundläggande ställningstagande i vad som gör livet värt att leva.

Sedan behöver man ta ställning till hur behovstillfredsställelse ska fördelas. Jag har hävdats att det utmärkande för behovsprinciper är att de är »tillräcklighetsprinciper», d.v.s. sufficientistiska. Med andra ord karaktäriseras behovsprinciper av att de antar en tröskel av det goda över vilken ingen person har anspråk på att få ytterligare, eller åtminstone mycket svagare sådana anspråk. Det är förstas samma tröskel som anger vad ett minimalt gott liv är. Det är vidare förstas i kraft av att vara sufficientistiska principer som behovsprinciper kan svara mot den ena uppgiften: att avgöra vilka som alls har rättmätiga anspråk på vård.

Jag argumenterade dock för att sufficientistiska principer har problem med godtycklighet och otillräcklighet. Det sistnämnda problemet innebär att behovsprinciper måste kompletteras med någon uppfattning om hur man ska prioritera bland dem under tröskeln. Det bästa förslaget är kanske Roger Crisps, som kombinerar prioritanism under tröskeln med sufficientism. Förslaget lider dock fortfarande av problem med godtycklighet vad gäller angivandet av den relevanta tröskeln. Dessutom verkar den få normativt problematiska följder, eftersom den hävdar att absolut prioritet ska ges till dem under tröskeln. Om man ger upp det antagandet är det oklart vilken skillnad som kvarstår gentemot en form av prioritanism som viktat vinster och förluster olika på olika nivåer.

Det faktum att ingen hittills har lyckats med att formulera en behovsprincip som på ett tillfredsställande sätt kan besvara artikelns frågor betyder förstås inte att ingen kommer att kunna göra det i framtiden. Jag hoppas någon kommer att anta artikelns utmaning och formulera en sådan princip.³⁸ Det är uppenbarligen inte bara jag som ser något väldigt tilldragande i grundtanken: åt var och en efter behov.³⁹

→

Niklas Juth är fil.dr i praktisk filosofi och universitetslektor vid Centrum för hälso- och sjukvårdsetik på Karolinska institutet.

Noter

1 Braybrooke (1998: 93).

2 I det följande kommer jag att använda »vårdetik» brett för att inkludera både vårdetik och medicinsk etik, d.v.s. även fördelning av medicinska åtgärder och resurser till sådana.

3 Det går dock att tala om prioritering i en snävare bemärkelse, som rangordning av alternativ: i vilken ordning möjliga vårdåtgärder ska genomföras. Prioritering i denna snävare mening kan då urskiljas från fördelning och ransonering (Liss 2004).

4 Assisterad befruktning är ett talande exempel på hur förändringar i vad vi uppfattar som vårdbehov sker över tid. Även om det fortfarande hävdas att IVF är lyxvård (<http://www.karolinska.se/OM/press-nyheter/nyhetslista/Nobelpriset-i-fysiologi-eller-medicin/>) är det idag ganska okontroversiellt att hävda att infertilitet är en sjukdom (WHO

gör det) och att exempelvis IVF-behandlingar ska bekostas av den offentliga vården (vilket också görs i Sverige).

5 För några noterbara undantag, se framför allt Daniels (2008) och Segall (2010).

6 Miller (1976: kap. IV avsnitt 2) och Wiggins (1987: 9–11) är undantag och argumenterar för att det finns icke-instrumentella behovsutsagor. För övertygande argument för att de förmodligen har fel, se Griffin (1986: 327, fotnot 7), samt Ohlsson (1995: 96–98).

7 Med några undantag; se exempelvis Crisps behovsteori (se avsnitt 3.2).

8 Vissa talar hellre om frånvaro av (tillräckligt allvarlig) skada (t.ex. Frankfurt 1998, Wiggins 1998, von Wright 1982). Skillnaden verkar dock i huvudsak vara terminologisk: om man pressar dessa teorier på vad som utgör tillräckligt allvarlig skada kommer de rimligtvis att vara tvingade att hänvisa till någon variant av idén om en skada som utsluter ett minimalt gott liv. Ytterligare en terminologisk not: »minimalt gott» används i det följande brett, inkluderandes teorier som hellre talar om minimalt acceptabla liv (om man nu tycker att »gott» låter för anspråksfullt; Ohlsson 1995: 47–48).

9 Se t.ex. Hamilton (2003: 35–47), O'Neill (1998), Copp (1998). Ibland talas istället om mänsklig funktionsförmåga el. dyl. (se t.ex. Griffin 1986: 40–55, Nussbaum 1998).

10 Och tillsammans tillräckliga (Ohlsson 1995: 95).

11 Detta innebär förstås inte en rätt att få alla ens önskemål uppfyllda, utan en möjlighet, vilket kräver ett minimalt acceptabelt eller gott liv. Det sistnämnda har man då rätt till (Ohlsson 1995: 111). Subjektivismen hos både Ohlsson och Copp tyglas i viss mån av att de anser att önskemålen ska uppfylla vissa villkor för att vara värdefulla att uppfylla (se t.ex. Ohlsson 1995: 73, 77, 84).

12 Vilken grad av dessa komponenter som ska vara närvarande för ett minimalt gott liv är just vagt enligt Nussbaum.

13 T.ex. Ohlsson (1995).

14 T.ex. Crisp (2002: 136), von Wright (1982).

15 Andra gradens förmåga är förmågan att skaffa sig en förmåga.

16 Detta gäller också för exempelvis Brülde och Tenglands hälsobegrepp (Brülde och Tengland 2003: kap. 10).

17 Enligt Nussbaum ingår inte alla nämnda föremål på listan i hälsobegreppet, men hälsobegreppet innefattar enligt Nussbaum uppenbarligen mer än »kroppslig hälsa» (som är en separat punkt på listan). Exempelvis talar hon om »emotionell hälsa» och innefattar i det t.ex. förmågan att älska (Nussbaum 2002: 123).

18 De förmodligen två mest utarbetade biomedicinska teorierna är 1) den som förstår biologisk dysfunktion som biostatistisk avvikelse (Kendell 1975), och 2) dysfunktion förstådd som störning av naturlig funktion (Wakefield 1992).

19 Se t.ex. Brülde och Tengland (2003: kap. 5).

20 Man skulle kunna invända att man inte måste anta att Nordefelts definition av hälsa är värderande, eftersom det inte nödvändigtvis måste antas att lycka eller välbefinnande är eftersträvanvärt. Eftersom Nordenfelt uttryckligen anser att hälsa är eftersträvanvärd så är emellertid den värderande tolkningen mer näraliggande.

21 Det är åtminstone mycket vagare än några av de föreslagna teorierna om hälsobegreppets innebörd, vilket visas av att det alltid går att hitta något exempel på vad vi intuitivt skulle säga innebär hälsa och sjukdom som rimmar (mer eller mindre) illa med teorin i fråga (se Brülde och Tengland 2003: passim).

22 Till dessa huvudpositioner räknar Crisp traditionsenligt hedonism, preferentialism och perfektionism (eller »objective list-theories») (Crisp 2002: 136).

23 Se t.ex. PrioriteringsCentrums rapport (2007:2: 155–156).

24 Jag tänker på Wakefields förslag att sjukdom är störning av naturlig funktion; se Nordenfelt (2003).

25 Se exempelvis Ohlsson (1995) som upprepat betonar att vi bara har rätt till det som krävs för ett minimalt *acceptabelt* liv.

26 Det mest tongivande moderna försvaret för sufficientism finns utan tvekl i Frankfurt (1987). En utmärkt presentation och diskussion finns i Casal (2007).

27 Casal (2007: 297–304) utvecklar dessa teser.

28 Om den ska vara absolut eller bara stor är omdiskuterat, se avsnitt 3.2.

29 Se även Prioriteringscentrums Rapport (2007:2: 51): »de med de svåraste tillstånden ska prioriteras».

30 Detta är den i diskussionen ofta anförda »bottenlösa hälet»-invändningen mot »sjukast först»-principen (se t.ex. Daniels 1985, samt Brock 2002).

31 Det går givetvis att ifrågasätta såväl att egalitarismen har den implikation Frankfurt hävdar (Casal 2007: 307–308) som att sufficientismen klarar sig undan den (det måste väl bero på var man lägger tröskeln och hur man ska vikta de under tröskeln mot varandra). Jag kommer dock inte att göra detta här.

32 Det är vettigt att satsa på att minimera andelen, snarare än antalet, under tröskeln, eftersom det säkraste sättet att minimera antalet under tröskeln är att se till att det inte finns några människor som kan ligga under tröskeln.

33 Givetvis går det enligt prioritarismen att vikta olika mycket och på olika sätt. Generellt blir det svårare att triumfa sämre ställdas (mer behövandes) anspråk ju större värde man lägger på förbättringar av sämre ställdas positioner i jämförelse med bättre ställdas.

34 Som exempelvis QALY (se Mooney 1989).

35 Ohlsson (1979) har ju argumenterat för att denna konsekvens gör utilitarismen orimlig, så här verkar olika behovsteoretiker kunna enas.

36 Eller fler, beroende på de sämre ställdas »viktvärde» (se not 33).

37 Crisp (2002) språkbruk är att tala om dessa som liggandes över tröskeln, eftersom han pratar om storlek av behov (det finns en gräns över vilken ens behov är tillräckligt stora för att man har rätt att prioriteras).

38 Jag lovar att själv försöka lite till.

39 Jag vill tacka Jens Johansson, Henrik Ahlenius, Gert Helgesson, Niels Lynöe, Manne Sjöstrand och Maja Wessel för värdefulla kommentarer till texten.

Referenser

- BOORSE, CHRISTOPHER (1977) »Health as a theoretical concept». *Philosophy of Science*, 44, s. 542–573.
- BRAYBROOKE, DAVID (1998) »The concept of needs, with a heartwarming offer of aid to utilitarianism». I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 57–72.
- BROCK, DAN W. (2002) »Priority to the worse off in health-care resource prioritization». I: Rosamond Rhodes m.fl. (red.) *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. New York: Oxford University Press, s 362–372.
- BRÜLDE BENGT & TENGLAND PER-ANDERS (2003) *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

- BUCHANAN, ALLEN m.fl. (2000) *From Chance to Choice - Genetics and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CASAL, PAULA (2007) »Why sufficiency is not enough». *Ethics*, 117, s. 296–326.
- COPP, DAVID (1998) »Equality, Justice, and the Basic Needs». I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 113–134.
- CRISP, ROGER (2002) »Treatment according to need: justice and the British National Health Service». I: Rosamond Rhodes m.fl. (red.) *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. New York: Oxford University Press, s. 134–143.
- CRISP, ROGER (2003) »Equality, priority, and compassion». *Ethics*, 113, s. 745–763.
- DANIELS, NORMAN (1983) »Health care needs and distributive justice». I Bayer, R m.fl. (red.) *In Search of Equity. Health Needs and the Health Care System*. New York: Plenum Press, s. 1–42.
- DANIELS, NORMAN (2008) *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.
- FRANKFURT, HARRY (1987) »Equality as a moral ideal». *Ethics*, 98, s. 21–43.
- FRANKFURT, HARRY (1998) »Necessity and Desire». I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 19–32.
- FREDERICK, SHANE & LOEWENSTEIN, GEORGE (1999) »Hedonic adaptation». I: Daniel Kahneman m.fl. (red.) *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage, s. 302–329.
- GRIFFIN, JAMES (1986) *Well-Being: Its Meaning, Measurement, and Moral Importance*. New York: Oxford University Press.
- HAMILTON, LAWRENCE (2003) *The Political Philosophy of Needs*. New York: Cambridge University Press.
- HOWARD, DAVID H. (2001) »Hope versus efficiency in organ allocation». *Transplantation*, 72, s. 1169–1173.
- JUTH, NIKLAS (2005) *Genetic information: values and rights. The morality of presymptomatic genetic testing*. Göteborg: Acta Philosophica Gothoburgensia.
- KENDELL, R.E. (1975) »The concept of disease and its implications for psychiatry». *British Journal of Psychiatry*, 127, s. 305–315.
- LISS, PER-ERIK (2004) *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård: en begreppsanalys*. Linköping: PrioriteringsCentrum, Landstinget i Östergötland.
- MILLER, DAVID (1976) *Social Justice*. Oxford: Clarendon Press.
- MOONEY, GAVIN (1989) »QALYs: are they enough? A health economist's perspective». *Journal of Medical Ethics*, 15, s. 148–152.
- NORDENFELT, LENNART (1987) *On the Nature of Health*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- NORDENFELT, LENNART (2003) »On the evolutionary concept of health: health as natural function». I: Lennart Nordenfelt and Per-Erik Liss (red.) *Dimensions of Health and Health Promotion*. Amsterdam: Rodopi Press, s. 37–56.
- NUSSBAUM, MARTHA (1998) »Aristotelian Social Democracy». I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 135–156.
- NUSSBAUM, MARTHA (2002) *Kvinnors liv och social rättvisa. Ett försvar för universella värden*. Udevalla: Daidalos.

BEHOVSPRINCIPEN I VÅRDEN

- OHLSSON, RAGNAR (1979) *The Moral Import of Evil. On Counterbalancing Death, Suffering, and Degradation*. Stockholm: Akademilitteratur.
- OHLSSON, RAGNAR (1995) *Morals Based on Needs*. New York: University Press of America Inc.
- O'NEILL, ONORA (1998) »Rights, obligations and needs». I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 95–112.
- PrioriteringsCentrums rapport (2007:2) *Vårdens alltför svåra val?* Linköping: Prioriterings-Centrum, Landstinget i Östergötland.
- Prop. (96/97:60). Regeringens Proposition »Prioriteringar inom hälso- och sjukvården». Stockholm: Socialdepartementet.
- SANDBERG, ANDERS (2011) »Cognition Enhancement: Upgrading the Brain». Kommande i: Julian Savulescu m.fl. (red.) *Enhancing Human Capacities*. London: Wiley Blackwell Publishers.
- SEGALL SHLOMI (2010) *Health, Luck, and Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- SOU (1995:5) *Vårdens svåra val*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- WAKEFIELD, JEROME C. (1992) »The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values». *American psychologist*, 4(3), s. 373–388.
- WALZER, MICHAEL (1983) *Spheres of Justice: A Defence of Pluralism and Equality*. Oxford: Blackwell Publishers.
- WIGGINS, DAVID (1985) »Claims of need». I: David Wiggins *Needs, Values, Truth* (3:e upplagan). New York: Oxford University Press, s. 1–58.
- WIGGINS, DAVID (1998) »What is the force of the claim that one needs something?» I: Gillian Brock (red.) *Necessary Goods. Our Responsibility to Meet Others' Needs*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, s. 33–56.
- VON WRIGHT, GEORG HENRIK (1982) »Om behov». *Filosofisk tidskrift*, 1, s. 1–12.

