

TUR – om slump vid prioriteringar i sjukvården

Mikael Axberg

Prioriteringsdebatten saknar inte förslag på kriterier för fördelning av knappa sjukvårdsresurser. Fördelning efter behov och nytta framhålls ofta som särskilt relevanta. Ett allmänt accepterat och ofta använt kriterium är också kö enligt principen "först till kvarn". Här tas argument upp till stöd för att prioritera med hjälp av lotterier, en förbisedd och kanske oförtjänt illa ansedd fördelningsteknik.

Författaren är doktorand vid statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet och skriver på en avhandling om rättvis fördelning av sjukvårdsresurser. Arbetet sker inom ramen för projektet "Tillämpad politisk filosofi", som leds av docent Jörgen Hermansson.

Inledning

I *Geniernas återkomst* berättar P C Jersild historien om det politiska livet i staden Urbino. Stadens egenmäktiga härskare – Alessandro – låter bygga sig ett torn där han förskansar sig, isolerad från stadens övriga liv, bortsett från en hisstrumma genom vilken mat och andra förnödenheter transporteras. Innan den självvalda isoleringen konstruerar Alessandro en slumpmaskin och producerar med dess hjälp ett stort antal sifferkombinationer som samlas i en bok. Väl i tornet utgör boken det enda instrumentet för Alessandros maktutövning. På livets alla områden är det tänkt att medborgarnas liv ska styras med slumpens hjälp. Vem ska gifta sig med vem? Vem ska syssla med vad? Med jämna mellanrum singlar det från tornet ned papperslappar med sifferkombinationer, som används i förvaltningen av staden. Förvaltaren blir dock aldrig riktigt klok på vad dessa siffror egentligen betyder. Så med tiden lär han sig att avgöra tvister och andra angelägenheter efter eget förstånd. Mannen i tornet och dennes siffror får en enbart symbolisk och legitimerande funktion. Med hänvisning till Alessandro kan förvaltaren kalla sina beslut rättvisa och folket låter sig därmed nöjas.¹

Alessandro överskattade slumpen som instrument

för beslutsfattande. Även om vi ibland betraktar det som en slump hur våra liv i olika avseenden gestaltar sig, är det en slump av en annan karaktär än den som Alessandros sifferkombinationer står för. Valet att skaffa sig en viss utbildning, göra en yrkeskarriär, ingå ett äktenskap m m vill vi ska vara resultat av överlagda beslut och inte tombola. Att livet till stor del bestäms av turliga eller oturliga omständigheter är inget skäl för att låta krona eller klave avgöra viktiga beslut. Vi måste skilja på den slump som livet innehåller vare sig vi vill eller inte – vad som ibland kallas ödet – och den slump vi råar över, t ex valet att singla slant. I det senare fallet är det fråga om ett medvetet val av slumpen som beslutsteknik. Vi måste också skilja på den enskilde individens användande av slumpen i val som rör denne själv och slumpmässiga beslut hos de institutioner i samhället som fördelar nytta och börda medborgarna emellan. I det senare riktas blickarna bort från den enskilde och dennes kanske livsavgörande beslut. Istället fokuseras yrkesmänniskor, som i sitt arbete har att fatta beslut som för andra kan vara livsavgörande. Vårdpersonal, främst läkare, hör till dem som på detta sätt har andra människors öde i sina händer.

I vad som följer ska några olika typer av argument tas upp till stöd för idén att fördela knappa sjukvårdsresurser slumpmässigt genom lotterier. Frågan ställs också om läkarnas ansvar vid prioriteringar påverkas av om lotterier används eller inte. Det är ingen slump (sic!) att lotterier inte används oftare vid prioriteringar inom vården. Skälen för detta är många och goda. Dock riskerar den brist på allvar folk förknippar med ett lotteri och den instinktiva motvilja många känner inför tanken att "spela" med människors liv över-skugga de argument som ändå talar för lotterier. Denna

Vi måste skilja på den slump som vi ibland kallar ödet och den slump vi råar över, t ex valet att singla slant

uppsats pläderar inte för att prioriteringar ska ske med lottens hjälp. Den visar bara på varför lotten *kan* vara ett seriöst alternativ när svåra men nödvändiga beslut ska fattas. Om och när argumenten *för* väger tyngre än argumenten *mot* är däremot en annan fråga. Det beror på hur den konkreta prioriteringssituationen ser ut; vad för slags sjukdomar det handlar om och vilken typ av vård som diskuteras m m.

Behov och nytta

I sin *Solomonic Judgements* behandlar Jon Elster frågan om användandet av slump som beslutsteknik vid olika typer av fördelningsproblem.² Vem ska få vård? Vem ska tilldelas vårdnaden av barn i vårdnadstvister? Vem ska få utbildning? Vem ska göra militärtjänst? Vem ska få invandra? Elster är intresserad av de samhälls institutioner som påverkar människors livssituationer genom att på olika sätt fördela konkreta nyttigheter (eller bördor) till människor i direkt kontakt med dem, t ex sjukvård och utbildning. De rättviseproblem som är förknippade därmed är av ett annat slag än de som rör inkomst – och förmögenhetsfördelning. Rättviseteorier har oftast det senare, mer generella perspektivet och dess implikationer för mer specifika institutioner är ofta oklara.³ Efter vilka principer ska en sjukhuskliniken prioritera bland sina patienter eller en antagningsnämnd fördela utbildningsplatser mellan de sökande? I en välfärdsstat, där medborgarnas livschanser inte bara bestäms via marknaden, kan summan av sådana administrativt fördelade nyttigheter vara väl så viktiga för människor som rent ekonomiska förhållanden.⁴

Förslag till *substantiella* kriterier för fördelning av knappa resurser som sjukvård och utbildningsplatser saknas inte – fördelning efter *behov*, *förtjänst*, *förmåga* och *social nytta* är exempel. De substantiella fördelningskriterierna pekar ut olika slag av egenskaper hos dem som gör anspråk på en nytta. Ibland vägs dessa egenskaper mot varandra, men ofta förknippas en viss nytta med ett visst slags kriterium. Vid utbildning (åtminstone högre utbildning) tänks förmåga vara ett kriterium av avgörande intresse. På sjukvårdsområdet framhålls behov ha motsvarande särställning.

Problemen med behov som kriterium vid fördelning av sjukvårdsresurser är flera. Prioriteringsdebattens huvudpremiss är att behoven är större än resurserna

Det är inte självklart att fördelning efter grad av behov ska innebära att den som är i sämst skick går först

och att det inte är möjligt att ytterligare spä på resurserna. När någon hävdar principen om vård efter behov, ställer man sig därför frågan – vilka behov? På makro-nivå (hälsopolitisk nivå) handlar prioriteringar om att vissa typer av behov och därmed förknippade medicinska specialiteter sätts före andra när vårdkakan ska fördelas. Här ställs ett patientkollektiv mot ett annat. På mikro-nivå (klinikinivå), däremot, ställs enskilda patienter med samma (liknande) typ av behov mot varandra. Vem ska gå först? Fördelning efter behov förstås här naturligen som att det är *graden av behov* som ska avgöra.

Vid närmare eftertanke är det inte självklart att fördelning efter grad av behov ska innebära att den som är i sämst skick går först. När det handlar om att rädda liv, tycker vi att avgörande vårdinsatser ska koncentreras till fall där de kan antas göra skillnad mellan liv eller död. Om någon är så illa därän att livet hursomhelst inte går att rädda, tycker vi att den som istället kan tillgodogöra sig vården ska prioriteras. Det verkar således som behovskriteriet behöver kompletteras och hänsyn också tas till *medicinsk nytta*.

Försvare av det rena behovskriteriet kan förstås hävda att den vars liv inte går att rädda och därför inte har någon som helst nytta av en behandling inte heller har något behov av den.⁵ Intressant är därför att fråga sig hur vi ställer oss om det inte handlar om liv eller död. Ska den som är i ett relativt dåligt tillstånd och för vilken en vårdinsats kan göra viss, om än begränsad nytta prioriteras? Eller ska den som är i relativt bra skick och som kan få ut mer av en behandling gå först? Är det bara behov vi är intresserade av eller är det också den nytta vården kan göra för människor med olika grad av behov? Många skulle nog säga att den medicinska nyttan är viktig och ibland underförstått talet om fördelning efter behov att den som har det största behovet också har mest nytta av behandling. Förhållandet mellan behov och nytta är dock en problematik som inte ska tas upp här.

Lotteri och kö

Ett *proceduriellt* alternativ till substantiella fördelningskriterier är lotteri. När kan det senare rättfärdigas? Användandet av slump som beslutsteknik möts i allmänhet av ogillande därför att det uppfattas som ett förnuftets misslyckande. Vi vill gärna se skäl för alla slags beslut och tenderar att konstruera sådana även där skäl inte finns eller inte på något avgörande sätt talar för det ena eller andra beslutet. Genom att istället ta hjälp av lotten kan vi rättfärdiga att vi gör på det ena eller andra sättet i situationer då något slags beslut måste fattas men alternativen är likvärdiga. Inom sjukvården skulle det innebära att lotten användes för att åtskilja dem som utifrån relevanta substantiella kriterier inte kan skiljas åt. Flera kanske bedöms ha lika stort behov och samma nytta av en viss vård men inte alla kan få den.⁶

Elster tänker sig två ytterligare anledningar till att använda lotteri. *Det ena fallet* är då olika värden eller kvaliteter står i konflikt med varandra och dessa på något sätt är *ojämförbara*. Det finns alltså inget rimligt sätt att väga dessa mot varandra. Här underförstås en pluralistisk värdeteori – att det finns en mångfald av egenvärden – och inte som inom utilitarismen där alla värden antas vara instrumentella i förhållande till ett unikt egenvärde (nyttan). Ett exempel på en möjlig sådan olöslig konflikt inom sjukvården skulle kunna vara frågan hur *levnadsår* och *livskvalitet* ska viktas i händelse av att det ena står mot det andra i en prioriteringssituation.

Beslut av denna typ har av Calabresi & Bobbitt karaktäriserats som *tragiska*. Det är avgöranden som kan gälla liv och död och där valen inte kan rättfärdigas eller rationaliseras. Hur man än gör blir det fel, givet de värden man försvarar.⁷ Beslut är ändå nödvändiga och där principerna inte räcker till kan alltså lotten vara till hjälp. De kriterier som hittills nämnts som tänkbara vid prioriteringar av sjukvårdsresurser – behov och nytta – kan, som vi sett, ge olika svar på frågan vem som ska gå först. Hur ska då behov och nytta vägas mot

.....

En anledning att använda lotteri: då olika värden eller kvaliteter står i konflikt med varandra och dessa på något sätt är ojämförbara

.....

.....

En annan anledning: då ett visst beslut i och för sig kan vara "det bästa", men att man nöjer sig med ett beslut som är tillräckligt bra

.....

varandra? Det blir än mer komplicerat om det finns ytterligare hänsyn vi vill väga in. I frånvaro av något överordnat värde eller kriterium kan lotten avgöra sådana beslutskonflikter.

En snarlig tanke rymmer idén om varje människas ofantliga och ojämförbara värde. När sådana värden står på spel kan skillnader i behov och nytta framstå som irrelevanta. Hänvisningar till dylika kriterier vid prioriteringar blir bara försök att rationalisera det icke rationaliserbara. Det minst dåliga blir då istället att ge var och en samma chans, som i ett lotteri.⁸

Det andra fallet där det också kan finnas anledningar att använda sig av ett lotteri är då ett visst beslut i och för sig kan vara "det bästa", givet något kriterium man anser vara det rätta, men att man nöjer sig med ett beslut som är *tillräckligt* bra. En vidare strävan kan vara förknippat med orimliga informationskostnader eller till och med vara kontraproduktivt.⁹

Om informationskostnaderna är alltför stora, så lönar det sig inte att utröna vilket beslut som är "korrekt" enligt något på förhand givet kriterium. Behov (eller nytta) kanske är det relevanta prioriteringskriteriet obeaktat kostnaderna för att reda på vem som har störst behov (eller nytta). Därmed inte sagt att detta ska prövas. En fingeradering för att avgöra större eller mindre behov är kostnadskrävande på ett sätt som inte alltid kan motiveras. För det första tas det resurser från verksamheten att utröna olika vårdsökandes grad av behov. För det andra kan det kosta för patienterna (lidande) att vänta på en utdragen beslutsprocess. Det verkar orimligt att låta människor i värsta fall dö under tiden man prövar vem som har störst behov. Det kan då vara bättre att slumpmässigt prioritera patienterna via ett lotteri.

En ytterligare nackdel med behovskriteriet är det incitament det skapar för de vårdsökande att framställa sina behov som större än vad de är. Därmed riskerar prioriteringen ske mer utifrån patientens förmåga att uttrycka sig och verka övertygande än utifrån behov. Denna negativa bieffekt undviker ett lotteri, som inte

.....
Till skillnad från lotteriet innehåller vårdköen ett visst inslag av förtjänstkriterium i det fall väntetiden fördrivs i väntrummet
.....

premierar ouppriktighet eller social kompetens.

I inledningen poängterades att slumpmässiga beslut inte förutsätter en medveten slantsingling eller lottdragning. Vid närmare eftertanke kan ett av de mest använda och accepterade sätten att prioritera inom sjukvården – kö enligt principen om ”*först till kvarn*” – uppfattas som ett i vissa avseenden slumpmässigt förfarande. Många av argumenten för och emot lotterier är därför också giltiga för en sådan vårdkö.¹⁰ Det faktum att man blir sjuk och behöver vård är i sig uttryck för ett *naturens lotteri*, även om man genom eget val av livsstil kan påverka oddsen (det blir då frågan om ett slags hälsohasard där slumpen ändå till sist avgör utfallet).¹¹ Att si eller så många andra samtidigt har kommit att behöva vård är också en naturlig slump.

Naturens eget lotteri bestämmer således delvis turordningen i en vårdkö. Givet turordningen är det dock ingen slump när det blir ens tur. I en vårdkö kan vi därmed bilda oss en uppfattning ungefär när vi kan komma att få vård. Detta moment av förutsägbarhet är den avgörande skillnaden mellan kö och lotteri och det som kanske gör att vi har lättare att acceptera kön (förutom den rent kulturella betingningen).¹² Till skillnad från lotteriet innehåller också vårdköen ett visst inslag av förtjänstkriterium i det fall väntetiden fördrivs i väntrummet (fysisk kö). Den som väntar på sin tur försakar då annat, vilket kan anses meritera denne för att få vård. En administrativ kö (väntelista där man i hemmet blir kallad) har inte detta inslag.

Varken lotterier eller ”*först till kvarn*” behöver ses som rena alternativ till substantiella beslutsriterier. Det rimligaste är istället kombinationer av olika slag. I praktiken tar ett kösystem ofta hänsyn till både väntetid och behov, där det senare tar sig uttryck i förturer av olika slag. På motsvarande sätt kan lotteri och behov kombineras. En möjlighet är viktade lotterier, där chanserna fördelas utifrån behov. Det är då inte frågan om att rangordna de vårdsökande efter graden av behov. Det skulle ju medföra just de informationskostnader som man kanske vill undvika. Poängen är istället

att snabbt och approximativt indela patienterna i ett antal behovskriterier vilka sedan tilldelas olika stor chans i lotteriet. En annan möjlighet är att de som tillhör en och samma behovskategori utgör den grupp ur vilken det sedan lottas. De som i behovsgrad har uppnått ett visst tröskelvärde avgränsas och sedan får lotten avgöra dem emellan. Någon vidare prövning av behov utöver detta tröskelvärde görs inte.

I valet mellan köer enligt principen om ”*först till kvarn*” och lotterier har sagts att förutsägbarheten talar för köer. Finns det något som istället talar för lotterier? Även om man använder sig av administrativa köer (väntelista) istället för fysiska (väntrum) och på så sätt undviker slöseri med patienternas tid, är ett eventuellt lidande en kostnad oavsett var man befinner sig under väntetiden. De tidigare köerna i Sverige för höftleds- och starroperationer (nu i stort sett bortopererade) är exempel på hur människor kan få gå med sina problem under lång tid. Varje ny patient som placeras sist i kön fick ställa in sig på att vänta ibland upp till flera år på operation. Med ett lotteriförfarande skulle varje sådan ny patient åtminstone haft *chansen* att få sin operation direkt. Oroar vi oss för att någon på så sätt riskerar att aldrig få någon vård, kan väntelista och lotteri kombineras, t ex genom att varannan gång se till väntetid och varannan gång lotta eller helt enkelt lotta köordningen. I båda fallen (från det senare) uppnås förutsägbarhet. Ett alternativt sätt att kombinera väntetid och lotteri är att använda viktade lotterier, där antalet chanser i dragningarna ökar proportionellt med antalet gånger man tidigare deltagit utan att vinna.¹³ För vissa typer av livshotande sjukdomar och där kösituationer faktiskt förekommer (t ex de som kräver dialysvård) är det också så att patienter riskerar dö vid långa väntetider. Om endast ”*först till kvarn*” där används kan det få förödande konsekvenser.

Ett argument som talar både för lotterier och ”*först till kvarn*” är just det irrationella momentet, som kan göra att människor lättare accepterar att de får stå åt sidan. Det kan vara smärtsammare att inse att man per-

.....
Det finns anledning att vara kritisk inför tanken att lotterier på något sätt skulle befria läkare från ansvar
.....

sonligen inte uppfyller ett visst substantiellt kriterium (som man dessutom kanske tycker är felaktigt) än att befinna sig själv bara haft otur. Den som kan skylla på tillfälligheter har kanske lättare att acceptera ett nederlag, än den som tvingas inse sin egen otillräcklighet?¹⁴

Lotteri och ansvar

Ett argument för lotterier som det finns anledning att vara kritisk inför är tanken att lotterier på något sätt skulle befria läkare eller andra beslutsfattare i motsvarande situation från ansvar.¹⁵ Lotteriet ses då som ett alternativ till ett egentligt beslutsfattande, ett slags icke- beslut. Genom att låta slumpen fälla avgörandet tror man sig befrias från ansvar för utfallet. Vad som dock glöms bort är att valet att dra lott istället för att göra rationella överväganden i sig är ett beslut som man ansvarar inför.

Donna Dickenson framhåller i sin *Moral Luck in Medical Ethics* att lotterier kan vara ett sätt att avhända sig ansvar. Hennes problem rör frågan: "Is it possible for the health care professional to act in a way that would not have to be revised in the light of outcomes?"¹⁶ Bakgrunden är en diskussion om huruvida läkare och deras handlingar ska bedömas utifrån motiv och avsikter eller konsekvenser – således en variant av den gamla filosofiska diskussionen om plikt- och konsekvensetik. Problemets kärna är att vi i vissa fall tillskriver personer ansvar för händelser som ligger utanför deras kontroll, samtidigt som vi tycker att ingen ska göras ansvarig för händelser där man inte rått över omständigheterna. Vilket ansvar vilar på läkare och annan vårdpersonal, när de ställas inför resursbrist har att prioritera patienter (eller fatta andra svåra beslut, t ex om vilken behandling som ska sättas in)? All god vilja till trots, finns det alltid något beslutsfattaren inte rått över, varpå konsekvenserna av beslutet beror.

När en läkare tvingas välja mellan olika patienter vilken han ska behandla eller måste bestämma sig för vilken typ av behandling en viss patient ska få *och saker och ting sedan går snett*, hur ska vi se på det? Låt säga att en läkare i en liv och död-situation väljer att koncentrera sina insatser till en ung patient, varvid en åldring som får stå åt sidan avlider men sedan även den unge. Kanske hade åldringens liv kunnat räddas. Eller säg att ett liv kan räddas med rätt medicinsk insats, men att patienten avlider efter den behandling läkaren

väljer att ge. Kanske hade livet kunnat räddas med en annan behandling. När kan man säga att en läkare gjorde fel? När kan man klandra honom/henne? När finns det skäl för läkaren att ångra sig?

Dickenson skiljer här på "project failure" och "personal failure". Misslyckanden hör med nödvändighet till yrket, men hur skiljer man det professionella från det privata? En läkare kan inte gärna göra annat än att handla med patientens bästa för ögonen mot bakgrund av vetenskap och beprövad erfarenhet. När det statistiskt ofrånkomliga ibland inträffar, ska det då ses som ett personligt misslyckande – något som påverkar ens självkänsla – eller är det bara att önska sig bättre lycka nästa gång? Det senare innebär att man med facit i hand ångrar sig i meningen att man inser att man borde gjort annorlunda, men att det inte föranleder ånger i meningen skuldmedvetenhet. Ett personligt misslyckande däremot skapar en känsla av skuld. Man förebrår sig själv att det blev som det blev.

Låt oss skilja på en beslutsfattares motiv för en handling, handlingen i sig och handlingens konsekvenser. Om läkaren ser till patientens bästa (d v s bortser från egna och andras intressen) och använder hela sitt kunnande och trots det misslyckas, kan vi inte gärna säga att motiven var felaktiga eller att det förelåg försumlighet. Det kan till och med vara så att läkaren, mot bakgrund av vad vetenskapen säger, i varje liknande fall gör rätt i att handla som han/hon gjorde i det misslyckade fallet. Trots det kan vi säga att läkaren gjorde fel med avseende på konsekvenserna. Men kan han/hon klandras för det, av sig själv eller andra?¹⁷

Finns det någon väg ut ur detta problem (som fö i litteraturen benämns "moral luck")? Dickenson vill bemöta det med lotterier. Genom att medvetet använda slump vid svåra beslut tänks de tillfälligheter som påverkar handlingars utfall kunna bemästras.

Only by openly recognising the operations of chance can one avoid vulnerability to moral luck. The decision to randomize treatment draws chance's fire by incorporating its operations.¹⁸

Frågan är varför just denna beslutsregel ("Välj den vars namn står på lotten) är immun mot tillfälligheter- nas inverkan på ett sätt som inte gäller för andra beslutsregler. Om en handling med facit i hand befins felaktig, så påverkas väl inte denna bedömning av det sätt på vilket det beslutades om att utföra handlingen?

.....

nyttan av en medicinsk behandling och därför bör lotta istället. Här skiljer sig Broome från Elster.

⁷ Calabresi & Bobbit (1978).

⁸ Kilner (1990), 194 f.

⁹ Det senare problemet gäller för vårdnadstvister, som upptar Elsters huvudsakliga intresse (titeln – *Solomonic Judgements* – anspelar på ett sådant fall med bibliska referenser). En vårdnadsprocess som utgår från att verka "för barnens bästa" kan komma att ge ett sämre utfall än om lotten får avgöra. För barnets bästa kan det vara så att man inte ska handla "för barnets bästa". I en process där det senare ska provas spelas nämligen föräldrarna ut mot varandra på ett sätt som drabbar barnet. Det är alltså nödvändigt att göra en distinktion mellan *besluts- och utvärderingskriterium*. Det vi vill uppnå genom ett beslut och som vi utvärderar utfallet emot sammanfaller inte alltid med det kriterium som bör användas när beslutet fattas.

¹⁰ Kilner (1990), 198.

¹¹ För en sammanfattning av den rättviseteoretiska debatten om relevansen av egna val och personligt ansvar, se Cohen (1989).

¹² Kilner (1990), 199.

¹³ Kilner (1990), 204.

¹⁴ Kilner (1990), 193 f. Problemet här gäller främst substantiella kriterier som på något sätt bygger på människors sociala värde, t ex om man har barn och är familjeförsörjare, om man är arbetsför och i den meningen produktiv eller om man sitter på socialt viktiga poster. Behov och nytta är kriterier som i detta avseende är mindre problematiska. De medför inte den stigmatisering som en prövning av socialt värde innebär.

¹⁵ Kilner (1990), 198.

¹⁶ Dickenson (1990), 56.

¹⁷ Martha C Nussbaum lyfter i sin *The Fragility of Goodness* (1986) fram tänkandet hos vissa grekiska filosofer (fr a Aristoteles) och lärdomarna i de grekiska tragedierna. Grekerna förstod människans utsatthet och hur lite hon rår över sitt öde, menar Nussbaum. Den moderna människan tilltror sitt förnuft och sin moraliska integritet på ett sätt som var främmande för grekerna. De trodde inte på någon riskfri moral och insåg att verkligheten alltid tränger sig på den som rationaliserar och förnekar tragiska situationer. Slump och tillfälligheter påverkar våra handlingar och dess omständigheter och därför vår karaktär som moraliska agenter, menar Nussbaum. Säger vi något annat smiter vi inte bara från vårt ansvar, vi missar också livets skönhet – det estetiska i mänsklig sårbarhet. Se också Zimmerman (1987).

¹⁸ Dickenson (1990), 72.

REFERENSER

- Axberg M (1990): Den teoretiska rättvisan – teoretisk elegans och empirisk relevans. Statsvetenskaplig tidskrift, nr1.
- Broome J (1984): Selecting People Randomly. *Ethics*, vol 95:56–67.
- Calabresi G, Bobbit P (1978): *Tragic Choices*. New York: Norton.
- Cohen G A (1989): On the Currency of Egalitarian Justice. *Ethics* vol 99:906–944.
- Daniels N (1988): *Am I My Parents' Keeper?* Oxford: Oxford University Press.
- Daniels N (1985): *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dickenson D (1991): *Moral Luck in Medical Ethics and Practical Politics*. Aldershot: Avebury Series.
- Elster J (1991): Local justice and interpersonal comparisons. *Interpersonal Comparisons of Well-Being*, eds Elster & Roemer. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster J (1992): *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster J (1989): *Solomonic Judgements. Studies in the limitations of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jersild P C (1987): *Geniernas återkomst*. Stockholm: Bonniers.
- Kilner J F (1990): *Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection*. New Haven: Yale University Press.
- Nilstun T, Olsson R, Hermerén G (1992): Jämlikhet, behov, valfrihet och effektivitet bör vägas in vid prioritering i rättvis sjukvård. *Läkartidningen*, vol 89:41:3409–3414.
- Nozick R (1974): *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books.
- Nussbaum M C (1986): *The Fragility of Goodness. Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rawls J (1971): *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Walzer M (1983): *Spheres of Justice*. New York: Basic Books.
- Zimmerman M J (1987): Luck and Moral Responsibility. *Ethics* vol 97:374–386.
- Jersild (1987)
- Tack till Tore Nilstun vid Enheten för medicinsk etik, Lund, för värdefulla kommentarer.