

HIV-förebyggande åtgärder och etik

Tore Nilstun

I Lund pågår ett HIV-preventionsprojekt som varit föremål för intensiv debatt. Det kontroversiella inslaget i projektet är utdelningen av rena sprutor och kanyler till narkomaner. Anhängarna betonar nödvändigheten av att hejda aids-epidemin, medan motståndarna hävdar att sprutbytesverksamheten kommer att leda till ökat missbruk. I artikeln görs en etisk analys av detta projekt.

En modell för beskrivning och analys av etiska konflikter presenteras. Modellen har två dimensioner. Den första anger den etiska analysens värdeprenisser och den andra anger grupper av involverade personer. Att tillämpa modellen på en problemsituation innebär att identifiera, bedöma och sammanväga etiska vinster och kostnader för de involverade personerna.

Tore Nilstun är docent i praktisk filosofi i Lund. Sedan 1988 arbetar han med ett MFR-projekt om etiska konflikter och forskning kring HIV och aids.

Sedan den 24 november 1986 pågår ett HIV-preventionsprojekt vid Infektionskliniken i Lund med bla utdelning av rena sprutor och kanyler till narkomaner. Projektet har varit föremål för intensiv debatt. Enligt anhängarna bör utdelningen av rena sprutor och kanyler fortsätta i syfte att hindra spridning av HIV-smitta bland injicerande narkomaner (även om detta skulle medföra en viss ökning av narkotika-missbruket). Enligt motståndarna bör utdelningen av rena sprutor och kanyler upphöra i syfte att bekämpa missbruket av narkotika (även om detta skulle medföra något större spridning av HIV-smitta bland injicerande narkomaner).

Här föreligger en etisk konflikt. En *etisk konflikt* är en situation där det finns en moralisk skyldighet att genomföra båda av två oförenliga handlingsalternativ. I detta fall finns *både* en moralisk skyldighet att bekämpa spridningen av HIV-infektion bland sprutnarkomaner *och* en moralisk skyldighet att bekämpa narkotikamissbruket. Utdelning av rena sprutor och

kanyler är väsentligt för att nå det första syftet, dvs att förhindra smittspridningen. Men att dela ut rena sprutor och kanyler är knappast ett sätt att markera avståndstagande från missbruk av narkotika. Utdelningen torde snarare kunna förmedla en tillåtande attityd till narkotika och därigenom främja en verksamhet som bör bekämpas. Det finns alltså moraliska skäl som stöder två oförenliga handlingsalternativ, både att fortsätta med utdelningen av rena sprutor och kanyler, och att upphöra med denna verksamhet.

Med utgångspunkt i den beskrivning av HIV-preventionsprojektet som gjorts av Ljungberg, Tunving och Andersson [7], ska jag i det följande analysera denna etiska konflikt. Först ska jag emellertid kort redogöra för uppläggnen av HIV-preventionsprojektet.

Rena sprutor till narkomaner

HIV-preventionsprojektet bedrivs vid Infektionskliniken i Lund och genomförs i samarbete med Narkomanvårdsenheten. Huvudsyftet är att förhindra HIV-smitta bland missbrukare av intravenösa narkotika (amfetamin och heroin). Missbrukarna kommer självmant eller på remiss från tex Narkomanhälsan i Lund. På Infektionsklinikkens mottagning informeras de om att man kan skydda sig mot blodsmitta genom att använda rena sprutor och kanyler, och mot sexuell smitta genom att använda kondomer.

Det kontroversiella inslaget i projektet är utdelningen av rena sprutor och kanyler. Nya besökare får maximalt 2 sprutor och 4 kanyler. Efter att narkomanen återkommit några gånger och vid dessa besök lämnat in använda verktyg, höjs ransonen till maximalt 4 sprutor och 8 kanyler. Narkomanen får kvitte-

.....
En etisk konflikt är en situation där det finns en moralisk skyldighet att genomföra båda av två oförenliga handlingsalternativ
.....

ra ut sina verktyg genom att signera ett personligt kort, på vilket alla besök noteras. Besökaren får vara anonym, men måste i så fall ange samma fingerade namn eller kod vid varje besök. Vid dessa besök erbjuds också kondomer.

Ett annat viktigt inslag i projektet är att bedriva aktiv smittspårning genom utvidgad HIV-testning av narkomaner. De narkomaner som inte testats på länge uppmanas att genomgå HIV-test direkt. Provsvaren meddelas enligt Infektionsklinikens gängse rutiner för speciellt riskutsatta individer. I första hand har de erbjudits återbesök. I övriga fall meddelas svaren per brev eller telefon.

Som nämnts ovan är projektets huvudsyfte att förhindra HIV-smitta bland narkomaner. På sikt är det emellertid också viktigt att hjälpa narkomanerna att komma ur sitt missbruk. Övertalning och motivering till direktkontakt med narkomanvården är därför besöksrutin i många fall. Från sensommaren 1987 har även Narkomanvårdsenheten förlagt en del av sin uppsökande verksamhet till Infektionsklinikens mottagning.

En modell för etisk analys

Modellen innehåller två dimensioner vilka kombinerar idéer hämtade från Francoeurs "etikprincipmodell" [3] och Hermeréns "aktörsmodell" [4]. Den första dimensionen anger analysens värdepremisser och den andra grupper av involverade personer (*Figur 1*).

Figur 1. En modell för identifiering och analys av etiska konflikter.

Involverade personer	Relevanta etiska principer		
	A	B	C
Grupp 1			
Grupp 2			
Grupp 3			
Grupp 4			

Att tillämpa modellen på en etisk problemsituation innebär att först identifiera och gruppera de involverade personerna, därefter formulera de relevanta etiska principerna, och till slut kartlägga och sammanväga de etiska vinsterna och kostnaderna.

Den första uppgiften är alltså att identifiera och gruppera de personer som på olika sätt är involverade i eller berörs av HIV-preventionsprojektet. Varje grupp består av personer som, i den aktuella situationen, har likartade intressen. Vad gäller det här aktuella projektet torde de viktigaste grupperna vara

- Intravenösa missbrukare
- Sexuella partner till dessa
- Nyrekryterade missbrukare
- Infektionsklinikens personal
- Narkomanvårdens personal
- Socialvårdens personal

Den andra uppgiften är att formulera de relevanta etiska principerna. Dessa utgör analysens värdepremisser. Jag ska här använda mig av tre, troligen allmänt accepterade etiska principer: autonomi-, omsorgs- och rättvisep principen [2].

Autonomiprincipen: Alla människor har en moralisk skyldighet att respektera varandras rätt till självbestämmande så länge det inte inkräktar på andras rätt att bestämma över sig själva. Denna princip kräver respekt för de val en person träffar i enlighet med sin egen övertygelse.

Omsorgsprincipen: Alla människor har en moralisk skyldighet att inte tillfoga någon lidande (principen om non-maleficens) och en moralisk skyldighet att förebygga lidande, att avlägsna lidande, och i någon mån att öka välbefinnande (principen om beneficens). Risker att skada är endast moraliskt berättigade om den klart uppvägs av minskat lidande eller ökat välbefinnande.

Rättvisep principen: Alla människor har en moralisk skyldighet att handla rättvist mot andra när det gäller att fördela knappa resurser. Detta innebär ett speciellt krav på rättvis tillgång till vård, samt rättvis juridisk behandling.

Förekomst av etiska vinster och kostnader

Den tredje uppgiften är att identifiera etiska vinster och kostnader för de involverade personerna. De två termerna "vinster" och "kostnader" används här i en tämligen vid betydelse. Allt som faller in under någon av de etiska principerna och positivt berör en grupp är en etisk vinst, medan det som berör dem negativt är en etisk kostnad. I det följande ska jag, med utgångspunkt i de data som presenteras i [7], ange kän-

da och möjliga vinster och kostnader för de sex olika grupperna av involverade personer.

Intravenösa missbrukare. Från verksamhetens början hösten 1986 till slutet av 1988 har totalt ca 800 narkomaner besökt infektionskliniken i Lund. Det sammanlagda antalet besök är närmare 4000. I Sydvästskåne uppskattas antalet narkomaner till ca 3000 [8]. Enkätdata insamlade 1987/88 tyder på att sprutdelningen har minskat under de senaste åren. 41 % svarade att de tidigare aldrig delade sprutor, medan hela 81 % säger att de numera aldrig delar sprutor. Inget tyder heller på att en HIV-epidemi drabbat missbrukarna i Skåne. Projektet öppnar också nya möjligheter att vidga narkomanvårdsinsatserna. Genom de regelbundna besöken på Infektionsmottagningen av en rutinerad narkomanvårdare har tex många nya kontakter knutits med narkomanvården. Sammantaget finns alltså ett stöd för antagandet att situationen förbättrats för injicerande sprutnarkomaner. Att projektet har spelat en roll i detta sammanhang förefaller rimligt. Hur stor betydelse det haft, är dock knappast möjligt att med säkerhet avgöra.

Sexuella partner till intravenösa missbrukare. Varje HIV-smittad narkoman som fortsätter sitt missbruk är en stor riskfaktor för fortsatt smittspridning. Det gäller därför att påverka missbrukarna så att de inte blir smittade av eller för smittan vidare till sina sexuella partner. Vikten av att känna sin partner väl och att använda kondom betonas därför så ofta tillfället ges. Detta gäller speciellt kvinnliga narkomaner som försörjer sig som prostituerade. Alla erbjuds kondomer. Förstagångsbesökarnas intresse är mycket svalt, men sedan de vid upprepade tillfällen fått information om risken för sexuell smitta ökar efterfrågan på kondomer. Om detta i sin tur medför en ökad användning av kondomer (vilket väl inte är helt otroligt) är det frågan om en vinst för denna grupp.

Nyrekryterade missbrukare. Enligt rapporten [7] finns inga tecken som tyder på att injektionsmissbruket skulle ha ökat i Lund under observationstiden eller att ungdomar rekryterats till injektionsmissbruk. Genom att förlägga projektet till Infektionskliniken, och inte till narkomanvården, har man försökt vara tydlig i sina budskap. Infektionskliniken ger praktisk hjälp mot HIV-smitta, medan narkomanvården arbe-

tar för att avbryta missbruket. På sikt kan man dock inte utesluta att projektet medför en ökad nyrekrytering och därför en kostnad för denna grupp.

Infektionskliniken personal. Antalet besök på kliniken har ökat kraftigt och därigenom också arbetsbelastningen för personalen. Många missbrukare har varit abstinenta och krävt omedelbar service. Enstaka fall av fysiska hot och stöld har förekommit, men förbättrade säkerhetsrutiner har förebyggt ett upprepande. På kort sikt innebär detta en omsorgskostnad för personalen. Om projektet lyckas i sitt syfte att förhindra spridning av HIV-smitta, kommer det emellertid på sikt att innebära klara omsorgsvinster för denna grupp.

Narkomanvårdens personal. I rapporten [7] sägs personalen inom Lunds narkomanvård gradvis ha "överbunnit sin initiala skepsis mot" HIV-preventionsprojektet. Detta gör att den ursprungliga autonomikostnaden försvinner. Narkomanvården har fått en mer positiv image och visat sig stå på missbrukarnas sida. Om patienterna, mot sina goda föresatser skulle få återfall, kan man hänvisa dem till Infektionskliniken där de kan få rena verktyg. Men om projektet medför nyrekrytering av narkomaner skulle detta innebära en ökad kostnad för narkomanvårdens personal.

Socialvårdens personal. Många motståndare till HIV-preventionsprojektet finns inom denna grupp. I en artikel [1] varnar Boberg, som talar för de 25 socialsekreterarna i rådgivningsgruppen i narkotikafrågor inom Malmö socialförvaltning, för att antalet missbrukare kan öka dramatiskt. Om hennes synpunkter är representativa för socialsekreterarna föreligger här en autonomikostnad, och om hennes farhågor besannas kommer det även att medföra en ökad belastning för socialvårdens personal.

Sammanfattningsvis gäller att HIV-preventionsprojektets viktigaste vinster uppkommer för intravenösa missbrukare och deras sexuella partner, medan de viktigaste kostnaderna uppkommer för eventuellt nyrekryterade missbrukare. De flesta vinsterna och kostnaderna aktualiseras av omsorgsprincipen, dvs av skyldigheten att inte skada, att förebygga och minska lidande och i någon mån att öka välbefinnande. Men även autonomi- och rättvis principen är relevanta i detta sammanhang. Att missbrukarna får

tillgång till rena sprutor och kanyler utgör en autonomivinst för denna grupp, medan en ökad nyrekrytering av sprutnarkomaner till följd av projektet skulle innebära att denna grupp får bära en orättvis börda i kampen mot aids-epidemin.

De olika vinsterna och kostnaderna sammanfattas i Figur 2.

Figur 2. Sammanställning av etiska vinster och kostnader för personer som är involverade i eller berörs av HIV-preventionsprojektet.

Involverade personer	Relevanta etiska principer		
	Autonomi	Omsorg	Rättvisa
Intravenösa missbrukare	KÄNDA VINSTER	TROLIGA VINSTER	
Sexuella partner till dessa		TROLIGA VINSTER	
Nyrekryterade missbrukare		MÖJLIGA KOSTNADER	MÖJLIGA KOSTNADER
Infektionskliniken personal		TROLIGA VINSTER	
Narkomanvårdens personal	INGA KOSTNADER	MÖJLIGA KOSTNADER	
Socialvårdens personal	KÄNDA KOSTNADER	MÖJLIGA KOSTNADER	

Vägning av etiska vinster och kostnader

Så långt visar denna genomgång på en komplicerad blandning av etiska vinster och kostnader. Den fjärde uppgiften innebär att sammanväga dessa i syfte att komma fram till ett välgrundat etiskt ställningstagande.

Vad gäller HIV-preventionsprojektet är detta en synnerligen svår uppgift. Kunskaperna om projektets konsekvenser är mycket osäkar, och etiska bedömningar av dessa tycks inte ha någon annan auktoritet än den de får genom att upplevas som intellektuellt och känslomässigt tillfredsställande för enskilda personer eller grupper. Någon metod att hitta den rätta lösningen på konflikten finns inte. (Det är tveksamt om det ens finns något som rimligen kan kallas "den rätta lösningen".) Vad som följer ska därför endast uppfattas som ett försök att öka inslaget av systematik när man tar ställning till etiska konflikter.

Börja med att identifiera de viktigaste involverade personerna och principerna. I samband med HIV-preventionsprojektet torde de viktigaste personerna vara intravenösa missbrukare, deras sexuella partner, samt nyrekryterade missbrukare. Omsorgsprincipen är den viktigaste principen. Denna uppdelas här i

non-maleficens (skada inte) och beneficens (förebygg och minska lidande). Personerna och delprinciperna anges i modellen så som visas i Figur 3.

Figur 3. Modell för bedömning och vägning av etiska vinster och kostnader för alternativ 1 (att fortsätta med sprutbyte) jämfört med alternativ 2 (att upphöra med sprutbyte).

De viktigaste involverade personerna	Omsorgsprincipen		SUMMA
	Non-maleficens (etiska kostnader)	Beneficens (etiska vinster)	
Intravenösa missbrukare			
Sexuella partner till dessa			
Nyrekryterade missbrukare			
SUMMA			

Därefter bedöms storleken på de etiska vinsterna och kostnaderna. Sådana bedömningar liknar riskbedömningar. En risk är en kombination av sannolikheten för en viss skada och värdet av denna skada [6,7]. På motsvarande sätt kan en etisk vinst (kostnad) tolkas som en kombination av sannolikheten för en viss konsekvens och det positiva (negativa) värdet av denna konsekvens.

Då syftet endast är att jämföra alternativ kan storleken på de etiska vinsterna och kostnaderna med fördel uppfattas som relativa, dvs som vinster och kostnader för ett alternativ (att fortsätta sprutbyte) jämfört med vinster och kostnader för ett annat (att upphöra med sprutbyte). Analysen underlättas ytterligare om varje enskild vinst och kostnad för ett av alternativen (godtyckligt vilket) ges värdet 0. Att upphöra med sprutbyte låter jag vara ett sådant noll-alternativ.

Jämför nu de två alternativen och identifiera den största relativa kostnaden för fortsatt sprutbyte och ge denna kostnad ett godtyckligt negativt värde (dock inte oändligt). Enligt min bedömning är det risken för nyrekrytering av narkomaner som är den största kostnaden. Jag sätter värdet till -5. Med de två värdena 0 och -5 har jag åstadkommit en intervallskala. Denna använder jag för att bedöma avståndet mellan och rangordna alla etiska vinster och kostnader för fortsatt sprutbyte.

Identifiera den största relativa vinsten för fortsatt

sprutbyte. Enligt min bedömning är det förebyggande av HIV-smitta bland intravenösa missbrukare som är den största vinsten. Då denna vinst, enligt min uppfattning, uppväger den största kostnaden, sätter jag detta värde till +8. Gör på motsvarande sätt för de övriga fyra cellerna. Enligt mina bedömningar medför projektet en relativ vinst för missbrukarnas sexualpartner (denna ger jag värde +3), och en relativ kostnad för personer som redan är intravenösa missbrukare då risken finns att de kommer att öka sitt missbruk (denna ger jag värde -2). Fortsatt sprutbyte medför varken några ökade kostnader för missbrukarnas sexualpartner eller några ökade vinster för nyrekryterade missbrukare, varför båda dessa celler får värdet 0.

En liten varning är här på sin plats. Att etiska vinster och kostnader på detta sätt översätts till siffror får inte förleda läsarna att tro att deras värden är objektivt bestämbara. Siffrorna är uttryck för mina delvis intuitiva och subjektiva bedömningar av värdet (positivt eller negativt) av respektive utfall och av sannolikheten för detta utfall.

Modellen ifylld i enlighet med de här redovisade bedömningarna återges i *Figur 4*.

Figur 4. Mina bedömningar av etiska vinster och kostnader för att fortsätta med sprutbyte jämfört med nollalternativet: att upphöra med sprutbyte. För det senare har alla vinster och kostnader värdet noll, vilket gör att slutsumman också blir noll.

De viktigaste involverade personerna	Omsorgsprincipen		SUMMA
	Non-maleficens (etiska kostnader)	Beneficens (etiska vinster)	
Intravenösa missbrukare	-2	8	6
Sexuella partner till dessa	0	3	3
Nyrekryterade missbrukare	-5	0	-5
SUMMA	-7	11	4

Sammanvägningen görs genom att summera de etiska vinsterna och kostnaderna. De relativa vinsterna övervägar för intravenösa missbrukare och deras sexualpartner, medan de relativa kostnaderna överväger för nyrekryterade missbrukare. Sammantaget ger fortsatt sprutbyte en vinst på +4 (vilket ska jämföras

med värdet 0 för alternativet att upphöra med sprutbyte). Enligt *mina* kunskaper och värderingar är alltså valet mellan de här aktuella alternativen ganska självklart. HIV-preventionsprojektet bör fortsätta.

Avslutande kommentar

I denna uppsats har jag presenterat en modell för beskrivning och analys av etiska konflikter, dvs situationer där det finns en moralisk skyldighet att genomföra båda av två oförenliga handlingsalternativ.

Att tillämpa modellen på en sådan konflikt innebär att lösa fyra olika uppgifter. De första tre uppgifterna (att identifiera involverade personer, formulera etiska principer, och att kartlägga etiska vinster och kostnader) torde kunna lösas på ett sätt som uppfyller rimliga krav på intersubjektivitet, dvs kompetenta bedömare bör kunna komma fram till likartade lösningar. Detta gäller emellertid inte den fjärde uppgiften (att bedöma vinsternas och kostnadernas storlek). Sådana bedömningar bygger på en kombination av kunskaper (som i HIV-preventionsprojektet är mycket osäkra) och enskilda personers eller grupperas moral (vilka i relevanta avseenden mycket väl kan skilja sig åt). Kompetenta bedömare behöver därför inte alltid vara överens om hur en etisk konflikt bör lösas.

REFERENSER

1. *Boberg J*: Nej till liberal narkotikapolitik. Sydsvenska Dagbladet 1988-12-05.
2. *Dahlström G*: The Appleton Consensus. Nya riktlinjer om att avstå från behandling — bra underlag för svensk principdebatt. Läkartidningen 1989; 18: 1709—1712.
3. *Francoeur TF*: Biomedical ethics. A guide to decision making. New York: John Wiley & sons 1983.
4. *Hermerén G*: Kunskapens pris. Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap. Stockholm: Forskningsrådets förlagstjänst 1986.
5. *Lindell B, Sjöberg L*: Vilket är viktigast vid riskbedömning: Sannolikhet eller konsekvens? Läkartidningen 1989; 50: 4435—4437.
6. *Lindell B, Sjöberg L*: Översikt om riskjämförelser. Läkartidningen 1989; 51: 4525—4528.
7. *Ljungberg B, Tunving K, Andersson B*: Rena sprutor till narkomaner. HIV-förebyggande åtgärder enligt Lunda-modellen. Lund: Studentlitteratur 1989.
8. *Tunving K*: Missbrukarna tar färre risker. Sydsvenska Dagbladet 1988-12-02.