

Medicinsk etik –

Att orientera sig bland etiska värden och normer i det medicinska och i det mänskliga

Gert Helgesson, Ulrik Kihlbom

Gert Helgesson, professor i medicinsk etik, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, LIME,
Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: gert.helgesson@ki.se
ORCID: 0000-0002-0075-0165

Ulrik Kihlbom, professor i medicinsk klinisk etik, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, LIME,
Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: ulrik.kihlbom@ki.se
DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v102i6.63484>

Hur bör vi prioritera vårdens resurser? Hur stort ansvar bör läggas på individen för dennes hälsa och sjukvård? Hur hanterar vi rimligast artificiell intelligens (AI) inom vården? Den här typen av frågor ställs inom medicinsk etik, som har kommit att mer och mer integrera empiriska studier i en kritisk diskussion av dessa frågor. I den här artikeln beskrivs kort hur området vuxit fram, hur det förhåller sig till mer deskriptiva ansatser och vilken roll den medicinska etiken kan spela för hälso- och sjukvården i framtiden.

How should we prioritize healthcare resources? How much responsibility should be placed on the individual for their health and healthcare? How should we best manage AI in healthcare? These types of questions are raised within medical ethics, which has increasingly integrated empirical studies in the critical discussion of various answers to these questions in health care. This article briefly describes how the field has developed, how it relates to more descriptive approaches, and what role medical ethics may play in the future.

Introduktion

Patienter, sjukvårdspersonal och samhället i stort står inför stora etiska utmaningar. Inom hälso- och sjukvården står ofta mycket på spel: liv eller död? välbefinnande eller lidande? trygghet och förtröstan eller oro och förtvivlan? Frågorna att besvara, bortom det rent medicinska, är många: Hur bör vi prioritera vårdens resurser? Hur stort ansvar bör läggas på individen för dennes hälsa och sjukvård? Hur hanterar vi rimligast artificiell intelligens (AI) inom vården? Bör vi tillåta ändringar i genomet? Bör vi legalisera dödshjälp? Det är den här typen av frågor man försöker besvara inom medicinsk etik. I denna artikel kommer vi att kort beskriva hur området vuxit fram internationellt och i Sverige, hur det förhåller sig till mer deskriptiva ansatser och vilken roll den medicinska etiken kan spela i framtiden.

Etik som ett forskningsfält

Uppfattat som ett akademiskt område återfinns etik på flera olika fakulteter på universitet i Sverige och i andra länder. Inom filosofin brukar man skilja på tre olika fält inom etiken: Metaetik, normativ etik och tillämpad eller praktisk etik.

Inom metaetiken har man, som namnet antyder, ett metaperspektiv på etik. Där försöker man besvara frågor om våra etiska föreställningar och hur de förhåller sig till världen. Är de endast subjektiva eller kanske relativa till kultur? Eller är de objektiva i den meningen att de kan vara sanna oberoende av åsikter om dem och oberoende av kulturella normsystem?

Inom den normativa etiken försöker man utarbeta generella teorier om etiska normer och värden. En norm kan förstås som en regel som säger hur man bör eller inte bör handla. Den praktiska eller handlingsmässiga sidan av den normativa etiken handlar alltså mycket om vilka normer som är rimliga och argumenten för dessa. Värden handlar förstås om vad som är bra eller dåligt och behöver inte vara kopplade till normer.

Det är framför allt *grundläggande* normer och värden man är intresserade av inom normativ etik. Ett förslag på en sådan grundläggande norm eller moralisk princip är Immanuel Kants kategoriska imperativ: Handla alltid så att du kan vilja upphöja maximen för din handling till allmän lag [1]. Varje person bör, menar Kant, alltid handla på ett sådant sätt som hen kan vilja att alla andra ska handla i liknande situationer. Enligt Kant finns det ingen mer grundläggande norm eller etisk princip som kan användas som argument för denna. Dess riktighet inses direkt, om man tänker efter noga. Det kategoriska imperativet är grundbulten i moralen och kan användas för att rättfärdiga eller argumentera emot alla andra mer instrumentella handlingsnormer som ska reglera våra mellanhavanden. Med det kategoriska imperativet kan man visa att det är rätt att

tala sanning och att lögn och stöld är fel, det tänkte sig åtminstone Kant. Ett annat förslag till en grundläggande moralisk princip är utilitarismen. I en klassisk formulering säger den att en handling är den moraliskt rätta om och endast om den har minst lika goda (bättre) konsekvenser som varje annat alternativ. Om en handling inte är rätt är den fel. Här hänger det moraliska alltså inte på vilken avsikt man har eller vilken typ av handling man utför, utan allt hänger på vad konsekvenserna blir [1]. Dessa grundläggande moraliska principer antas vidare gälla universellt, de gäller för alla som kan tillskrivas moraliskt ansvar oavsett situation eller tidsperiod. Principerna tillämpas ofta av dess anhängare för att argumentera för eller emot lagförslag eller mer instrumentella regler eller riktlinjer, exempelvis inom hälso- och sjukvården.

Tillämpad etik och medicinsk etik

En vanlig idé om tillämpad etik har varit att först komma fram till den eller de rimligaste etiska principerna och sedan använda principerna som premisser i deduktiva argument. Tillsammans med relevanta fakta kan man sedan dra en praktisk slutsats om hur man bör handla.

Moralisk princip/etiska teorier

Relevanta fakta

Praktisk slutsats

Men många har varit skeptiska till detta. Redan 1874 höll utilitaristen Henry Sidgwick, i sin monumentala *The Methods of Ethics*, det öppet att svårigheterna att tillämpa utilitarismen kanske är så stora att vanligt folk snarare borde hålla sig till vardagsmoralen än till den korrekta teorin [1]. Den brittiska moralfilosofen C.D. Broad konkluderade 1930 i sin lärobok i etik, *Five Types of Ethical Theories*, att: ”Vi kan lika lite lära oss att handla rätt genom att vända oss till en etisk teori om rätt handlande, som vi kan bli bra golfspelare genom att vända oss till en matematisk teori om en golfbolls rörelse” [1].

Broad var alltså minst sagt tveksam och den hållningen har inte varit ovanlig bland moralfilosofen. Andra utilitarister har varit mer optimistiska. Den australiensiske filosofen Peter Singer skrev 1970 i sin artikel ”Moral Experts” att den expertis moralfilosofen besitter framför allt består i att utvärdera moraliska argument, vilket både innefattar uttolkningen av moraliska begrepp och värderingen av logiska relationer [2]. Singer har sedan argumenterat för ståndpunkter inom medicinsk etik, djuretik, och politisk filosofi som ofta har varit kontroversiella [3-5].

1979 publicerades för första gången Tom Beauchamp och John Childress klassiska *The Principles of Biomedical Ethics* och har sedan dess kommit ut i ytterligare 7

upplagor, den senaste 2019 [6]. Här presenteras de ”fyra principerna”: göra gott, icke skada, respekt för autonomi och rättvisa. Beauchamp och Childress menade att dessa ska uppfattas som mellannivåprinciper som har en medlande roll mellan abstraktare etisk teori och vardagsmoralen. De ska alltså kunna grundas i etiska teorier och användas i praktiken. Under senare år har de även menat att praktiken också kan vara relevant för etisk teori. Principerna är inte rangordnade utan kan väga olika tungt i olika situationer. Beauchamp och Childress fyra principer blev snabbt mycket populära, både internationellt och i Sverige.

En mycket omdiskuterad idé om hur våra moraliska föreställningar bör förhålla sig till etiska principer utvecklades av filosofen John Rawls och kallas för *reflektivt ekvilibrium* [1]. Som namnet antyder är den en idé om att nå jämnvikt genom reflektion. Jämnvikten ska råda mellan våra genomtänkta etiska omdömen om enskilda fall, etiska principer och andra hypoteser vi hyser, exempelvis om mänsklig psykologi och rationalitet. Reflektivt ekvilibrium har också kommit att bli en metodologisk idé om hur vi kan arbeta fram goda etiska skäl för handlingar, beslut och uppfattningar. Olika typer av uppfattningar ska hänga ihop genom logiska relationer (motsägelsefrihet), argumentativa relationer (evidens) och förklaringsrelationer. Hänger våra uppfattningar inte ihop måste vi revidera någonstans i systemet. Men vilka är då ”våra genomtänkta omdömen”? En del kritiker menade att Rawls och andra filosofer förutsatte att deras genomtänkta omdömen var generaliserbara till andra. Under de sista decennierna har man försökt att identifiera andra uppfattningar, exempelvis hos allmänheten. Detta leder oss till relevansen hos empiriska studier i etik.

Empirisk etik

Etik har historiskt varit ett teoretiskt ämne, där den värld vi lever i främst har ”lånats in” till den filosofiska diskussionen genom enstaka iakttagelser och exempel, alternativt genom förgivettagna generella påståenden om människan, samhället och naturen. Inom tillämpad etik har detta tillvägagångssätt övergivits av de flesta och istället betraktas det som nödvändigt att beakta faktiska omständigheter i etiska resonemang och analyser.

Kopplingen mellan det *normativa* och det *empiriska* är inte solklar. Det vi vet är att det inte går att direkt dra normativa slutsatser från empiriska påståenden. Av det faktum att en majoritet för närvarande föredrar alternativ *A* framför alternativ *B* följer exempelvis ingenting om vilket av alternativen som är etiskt korrekt. Av att alla i rummet tycker att det alltid är fel med abort följer ingenting om rätt och fel i abortfrågan. Av att mycket skog i Sverige i stort sett bara består av trädslagen gran och tall följer ingenting om vilka träd som borde finnas i svenska skogar. Och så vidare. Rätt och fel avgörs inte av fakta (oavsett om dessa rör åsikter eller något annat).

Frågor om rätt och fel handlar i grunden om värden och normer. I en etisk diskussion tas argument för och emot olika normativa påståenden upp till prövning. Argumentationsanalys, inklusive en mängd viktiga distinktioner, ingår i den etiska verktygslådan jämte etiska teorier och principer. Att etik i grunden handlar om värden och normer hindrar dock inte att empiri ofta påverkar normativa slutsatser, men de avgör dem inte på egen hand. Ofta gömmer sig värdeomdömena under ytan, för att vi är så överens om dem eller för att vi utan vidare förstår vilka som underförstås. Då kan det se ut som att det empiriska redan inrymmer det normativa. Exempel: ”Hypertoni utgör en indikation för behandling.” Det kan låta som ett rent medicinskt omdöme men med lite eftertanke inser vi att hypertoni sägs utgöra ett skäl för behandling. Det är alltså inte rent beskrivande utan normerande. Dessutom finns det säkerligen fler underliggande värdeantaganden om att de tillstånd hypertoni är förknippat med är dåliga för dem som råkar ut för tillstånden.

Vi sade just att etik i grunden handlar om värden och normer men att empiri kan påverka de normativa slutsatserna. Hur då? Tänk dig att du har en plikt att ta väl hand om dina föräldrar. Vad ska du göra då? Att bli väl omhändertagen innebär, förenklat, att få hjälp att må bra, känna sig nöjd osv. För att veta vad plikten kräver av en måste man då veta vad som får ens föräldrar att må bra och känna sig nöjda. Vad som har dessa effekter är en empirisk fråga. Ett annat exempel: För etiska teorier som innebär att den rätta handlingen är den som har de bästa konsekvenserna (”bästa konsekvenser” ges då en bestämd tolkning av teorin ifråga) är det alltid en relevant empirisk fråga vilka konsekvenser de olika handlingsalternativen faktiskt skulle få. Även om man som etiker menar att människors värderingar – dvs vad de *håller* för värdefullt – inte bestämmer vad som *är* värdefullt, kan det vara av stort intresse för etiska analyser att veta vilka värderingar som förekommer bland dem som är berörda av något visst, exempelvis introduktionen av AI-baserade verktyg i den kliniska vardagen. Om inte annat kan det ge information om var man kan vänta sig motstånd mot eller stöd för förändringar.

Med andra ord kan empiriska studier i etik ge svar på frågor som exempelvis: Hur ter sig etiska problem när de uppstår i praktiken, till exempel på kliniken? Vilka etiska uppfattningar om prioriteringar har patienter och hälso- och sjukvårdspersonal? Hur stämmer dessa uppfattningar med mer generella etiska principer som kommer till uttryck i lagar och riktlinjer?

Många svenska avhandlingar i medicinsk etik från senare år har empiriska inslag. Det gäller även Karolinska Institutet. Vi kommer här att lyfta några exempel på empirisk forskning från etikenheten på LIME. De illustrerar olika poänger med att göra empirisk forskning när man i grunden är intresserad av etiska frågor. De två första exemplen ingår i avhandlingar från LIMEs etiken-

het medan det tredje exemplet, också det från etikenheten, handlar om doktoranders erfarenheter av avvikelser från etablerade författarskapsnormer. Det fjärde kommer från ett nyligen avslutat EU-projekt.

Allmänhetens förtroende för sjukvården

Anna Lindblads avhandling handlar om allmänhetens attityder och resone-mang om frågor och beslut vid livets slut [7]. Den behandlar framför allt frågor om terminal sedering (nedsövning av terminalt sjuka vid livets slut för att de ska slippa uppleva smärta och ångest), att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling samt läkarassisterat suicid. En av delstudierna byggde på en enkätundersökning riktad till allmänheten, där attityder och argument för respektive emot läkarassisterat suicid undersöktes, dvs argument för och emot att läkare, under vissa preciserade villkor, ska kunna hjälpa den som vill ta livet av sig, till exempel genom att skriva ut dödliga preparat [8]. En majoritet (73%) av dem som besvarade enkäten var positiva till möjligheten till läkarassisterat suicid i sjukvården, 12% var emot och 15% var osäkra. I den allmänna debatten hade denna idé avfärdats bland annat med argumentet att det skulle sänka allmänhetens förtroende för sjukvården om så skedde. Med enkäten ville Anna och hennes handledare ta reda på om det verkligen var så. Efter att ha beskrivit några tänkta villkor för hur detta skulle kunna gå till om det blev verklighet, ställdes bland annat följande fråga i enkäten: ”Om det skulle bli möjligt med läkarassisterat självmord under ovannämnda villkor, skulle det då påverka Ditt förtroende för sjukvården?”. På detta svarade 38% att de trodde att deras förtroende skulle öka, 17% att det skulle minska och 45% att deras förtroende för sjukvården inte skulle påverkas [8]. Sammantaget innebär detta resultat ett starkt ifrågasättande av det empiriska påståendet att förtroendet hos allmänheten skulle minska vid införande av tillgång till läkarassisterat suicid i sjukvården. Just detta empiriskt grundade argument emot en sådan möjlighet i sjukvården framstår därigenom som grundligt ifrågasatt (ett enkätresultat innebär förstås ingen slutgiltig dom över argumentet; andra enkäter med samma fråga skulle kanske få andra utfall). Detta utgör hur som helst ett exempel på hur empirisk forskning kan bli relevant för prövandet av hållbarheten hos empiriskt grundade etiska argument.

I en efterföljande artikel analyserades fritextsvar från denna enkät och en motsvarande enkät riktad till läkare. Svaren, som analyserades kvalitativt, antydde att läkarnas större motstånd mot läkarassisterat suicid inte nödvändigtvis berodde på en annan uppfattning i sakfrågan – en del läkare verkade invända framför allt för att de själva inte ville behöva medverka i en sådan verksamhet [9]. Även detta är relevant input för vad som kan vara ett rimligt sätt att hantera förslaget på att införa läkarassisterat suicid som möjlighet i svensk sjukvård.

Öppna och dolda värderingar

Det är inte självklart att bästa sättet att ta reda på någons värderingar i en viss fråga är att ställa en öppen fråga. Ibland kan det säkert fungera, men när respondenterna är medvetna om att de egna uppfattningarna avviker från offentliga normer, så kan de vara ovilliga att avge ett ärligt och sanningsenligt svar. Ibland är de kanske heller inte medvetna om att det svar de skulle ge på en principiell fråga – exempelvis ”Bör patientens eget ansvar påverka hur denne prioriteras?” – inte sammanfaller med hur de tänker när de ställs inför konkreta fall.

Man kan tycka att det är viktigt att personal inom hälso- och sjukvården fattar beslut och agerar i enlighet med sjukvårdens officiella värderingar. Vad gäller prioriteringar i sjukvården är en utgångspunkt att dessa ska göras utifrån behov, där större behov ska prioriteras framför mindre, utan någon form av diskriminering. Patientens eget ansvar för att ha hamnat i en situation där denne nu behöver sjukvård får enligt dessa prioriteringsprinciper inte påverka patientens vård. Man får exempelvis inte nedprioriteras för att man skadat sig i samband med riskfyllda fritidsaktiviteter eller för att man varit inblandad i en trafikolycka efter att ha druckit alkohol [10-11].

I en studie som ingick i Joar Björks avhandling undersöktes hur läkare (och allmänheten) förhöll sig till ansvarsfrågan [12-13]. Utgångspunkten var en kort fallbeskrivning med en patient med obotlig lungcancer. En ny kostsam behandling som ännu inte blivit rutinbehandling och som skulle kunna förlänga patientens liv med tio veckor fanns nu tillgänglig. Skulle patienten erbjudas den? Frågan kunde besvaras med ja eller nej. Inspirerat av Joshua Knobess experimentella forskning delades enkäten upp i två versioner, där hälften av respondenterna fick ena versionen och hälften den andra. Det enda som skiljde versionerna åt var att patienten i ena versionen varit rökare en stor del av sitt liv medan patienten enligt den andra versionen aldrig rökt en cigarett. Resultaten från studien visade att svaren varierade med vilken fallbeskrivning respondenterna tagit del av. Medan 73,9% av läkarna var beredda att erbjuda behandlingen till patienten som inte hade rökt var 61,1% beredda att ge den till patienten som rökt. Denna skillnad var statistiskt signifikant. Motsvarande skillnad fanns i svaren från allmänheten (83,8% jämfört med 68,7%) [12]. Studien ger inget tydligt svar på varför svaren skiljer sig åt på detta sätt på gruppnivå. Författarna för ett resonemang om att det skulle kunna vara så att ett ansvarstänkande får genomslag när enskilda fall beaktas, trots att detta enligt svenska prioriteringsriktlinjer inte får utgöra grund för prioriteringar.

Avvikelser från författarskapskriterier i medicinska avhandlingar

Två centrala teman inom forskningsetik är forskningsfusk och oegentligheter kring hanteringen av författarskap på vetenskapliga artiklar. Många doktorander har i undervisningssammanhang vittnat om att författarlistan för artiklarna i deras avhandling inte alltid sköts på rätt sätt, framför allt genom att namn läggs till utan att dessa personer på något väsentligt sätt har bidragit till den forskning som presenteras i artikeln.

Hur ska man se på poängen med empiriska undersökningar i det här sammanhanget? Ett uppenbart svar är att om ett problem uppmärksammas, men det saknas detaljerad kännedom om problemets omfattning, så kan det vara värdefullt att ta reda på detta. Är problemet blygsamt krävs kanske inga åtgärder, är det däremot omfattande finns större anledning att försöka vidta åtgärder. Genom fritextsvaren kan man dessutom få uppslag till förklaringar till varför problemen föreligger.

I en studie tillfrågades samtliga nydisputerade i Sverige i medicinsk vetenskap om de tre första författarskapskriterierna i de mest etablerade riktlinjerna för författarskap [14]. Frågan formulerades på följande vis (här fritt översatt från engelska): ”Enligt dig, har någon lagts till i författarlistan på någon av artiklarna i din avhandling (a) utan att ha gjort ett substantiellt bidrag [med preciseringar enligt riktlinjerna]?; (b) utan att ha gjort utkast till första manusversionen av artikeln eller reviderat manus kritiskt med avseende på viktigt intellektuellt innehåll?; (c) utan att ha godkänt slutversionen av manuskriptet?”.

Resultatet av undersökningen visade att 53% av de nyblivna doktorerna menade att det brutits mot något av dessa kriterier i minst en av artiklarna i deras avhandling. 39% svarade att personer lagts till på författarlistan utan att ha givit ett substantiellt bidrag till artikeln, dvs utan att ha gjort en tillräcklig arbetsinsats för att förtjäna medförfattarskap. Ungefär lika många (40%) hade erfarenheter av avvikelser från andra kriteriet (skriva eller kritiskt granska manus) och 14% menade att de aldrig fått något slutgiltigt godkännande från en eller flera medförfattare. Av fritextsvaren framgick att de nyblivna doktorerna hade flera olika förklaringar till avvikelserna. Ibland handlade det om att enskilda forskare använde sin maktposition till att gynna sig själv eller sina forskarvänner. Ibland handlade det istället om att se till att en doktorand kunde gå i mål med sin avhandling genom att få en ”gratisartikel”. Även andra förklaringar angavs. Vi frågade även om upplevd felhantering av författarordningen på artiklarna i avhandlingen – 28% svarade att författarordningen i åtminstone en artikel i avhandlingen inte speglade medförfattarnas relativa bidrag till artikeln [14]. Artikeln följdes några år senare upp med en jämförelse mellan Sverige, Norge och Danmark [15].

Personcentrerad vård inom hematologi

I ett avslutat EU-projekt, *MEET-AML*, utförde vi empiriska studier med patienter med akut myeloid leukemi (AML) i Finland, Italien och Tyskland. I både intervjuer och enkäter besvarade patienterna frågor kring hur de såg på risker och vetenskapliga osäkerheter förknippade med nya typer av terapier, beslutfattande och precisionsmedicin och delandet av personliga data [16]. Sådana resultat lämpar sig väl för att adressera etiska problem och avvägningar när nya behandlingsstrategier utvecklas.

Värdefullt tvärvetenskapligt samarbete

Som vi försökt visa kan medicinsk etik ta sig an många samhällsfrågor och komma med inspel utifrån perspektiv och teorier som når utöver vad renodlat empirisk forskning kan tillföra. Medicinsk etik visar sig användbar inte minst när medicineteriker kommer i närkontakt med frågor och problem som yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och forskare stöter på i sin verksamhet, snarare än att de på egen hand försöker klura ut vilka svårigheter och problem som kan uppstå (även om även detta kan visa sig fruktbart). Etiska aspekter på användning av AI kan ses som ett exempel: Det finns ett antal teman som identifierats i debatten kring AI som innebär generella problem, så som black box-problematiken, ansvarsfrågan och risken för bias. Men utöver dessa finns en mängd andra etiska aspekter på AI-användning som är mer kontextspecifika. För att till exempel kartlägga vilka aspekter som blir aktuella i samband med implementering av AI i en viss klinisk kontext, eller för viss forskning, måste man undersöka frågan i den aktuella kontexten. Tvärvetenskapliga samarbeten är därför en nyckel för den fortsatta utvecklingen av den medicinska etiken.

Nyttan av tvärvetenskapliga samarbeten har många gånger visat sig vara ömse-sidig. Medicinsk etik kan stärka många tvärvetenskapliga samarbeten. Inte minst i större projekt, så som EU-projekt, kan medicinsk etik ge ett värdefullt komplement men också hantera potentiella etiska problem och resonera kring balansen mellan möjligheter och risker, till exempel avseende nya medicinska behandlingar, utifrån ett etiskt perspektiv. Eftersom medicinsk etik omfattar både klinisk medicinsk etik och medicinsk forskningsetik finns förmågan att värdera och bedöma såväl kliniska möjligheter och risker som forskningsetiska utmaningar.

Referenser

1. För de klassiska referenserna (Kant, Sidgwick, Broad och Rawls) hänvisas till Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/>
2. Singer P. Moral experts. *Analysis*. 1972;32(4):115–117.
3. Singer P. *Animal liberation: A new ethics for our treatment of animals*. New York: Harper Collins; 1975.
4. Kuhse H, Singer P. *Should the Baby Live?: The Problem of Handicapped Infants*. Oxford: Oxford Uni-

- versity Press; 1985.
5. Singer P. *Praktisk etik*. 3:e uppl. Bokförlaget Thales; 2016.
 6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. åttonde upplagan. Oxford University Press; 2019.
 7. Lindblad A. *End of life decisions: Studies of attitudes and reasoning*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013.
 8. Lindblad A, Löfmark R, Lynøe N. Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden. *Scand J Public Health*. 2009;37:260–264.
 9. Helgesson G, Lindblad A, Thulesius H, Lynøe N. Reasoning about physician-assisted sui-cide: analysis of comments by physicians and the Swedish general public. *Clin Ethics*. 2009;4:19–25.
 10. *Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val*. (SOU 1995:5). Stockholm: Socialdepartementet, 1995, p. 5.
 11. Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritze.
 12. Björk J, Lynøe N, Juth N. Are smokers less deserving of expensive treatment? A random-ised controlled trial that goes beyond official values. *BMC Med Ethics*. 2015;16:28. doi: 10.1186/s12910-015-0019-7.
 13. Björk J. *Just responsibilities? On responsibility for health in Swedish healthcare priority setting*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet; 2021.
 14. Helgesson G, Juth N, Schneider J, Lövtrup M, Lynøe N. Misuse of coauthorship in medical theses in Sweden. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2018;13(4):402–411.
 15. Helgesson G, Holm S, Bredahl L, Hofmann B, Juth N. Misuse of co-authorship in medical PhD theses in Scandinavia: A questionnaire survey. *J Acad Ethics*. 2023;21:393–406.
 16. Grauman Å, Kontro M, Haller K, Nier S, Aakko S, Lang K, et al. Personalizing precision medicine: Patients with AML perceptions about treatment decisions. *Patient Educ Couns*. 2023 Oct;115:107883. doi: 10.1016/j.pec.2023.107883.