

Etiska aspekter på vaccination

– ett medicinskt perspektiv

Anders Lindberg

Leg. läkare, infektionsspecialist, f.d. smittskyddsläkare, Halmstad.
E-post: aglindberg@gmail.com.

Vaccinationer aktualiserar många etiska aspekter. Prevention skiljer sig principiellt från behandling. Individens önsknings sammanfaller inte alltid med samhällets. Fördelar och nackdelar med vaccinationer kan upplevas olika av skilda intressenter. Många vaccinationsprogram gäller små barn, som kännetecknas av nedsatt självbestämmande. Vaccinationer skapar också ofta diskussion om frivillighet kontra obligatorium, om rättvisa, solidaritet och delaktighet. För att uppnå tillit till rekommenderade vaccinationer krävs respekt, öppenhet och lyhördhet.

Vaccinations raise many ethical aspects. Prevention is principally different from treatment. Personal wishes do not always coincide with those of society. The pros and cons of vaccinations may be differently experienced by separate stakeholders. Many vaccination programmes are intended for small children, who are characterized by reduced autonomy. Moreover, discussions are often created around voluntary versus mandatory vaccination, around justice, solidarity and participation. To reach public trust in recommended vaccinations there is a need for respect, openness and sensitiveness.

Etik, eller moralfilosofi, rör frågor om gott och ont, rätt och fel, vinst och risk. Etiska frågeställningar aktualiseras naturligt i diskussioner om hälsa, sjukdom, lidande och död. Särskilt intressanta blir de sjukdomar som är överförbara – smittsamma – eftersom de så tydligt illustrerar vårt beroende av varandra. Att förebygga smittsamma sjukdomar genom en aktiv åtgärd som vaccination öppnar därför ett brett fält av etiska aspekter, i första hand genom de grundläggande principerna om att göra gott och att inte orsaka skada [1,2].

Smitta och immunitet

Tidigt i mänsklighetens historia måste man ha gjort två iakttagelser när det gäller sjukdomar. För det första att man ibland ser ett samband mellan sjukdomsfall, en anhopning i tid och rum. Där någon form av ”pest” härjade var det klokt att hålla sig borta; vissa sjukdomar verkade kunna överföras till människor i den nära omgivningen. Oavsett tidens förklaringsmodell, av till exempel religiös, astrologisk eller biologisk natur, måste erfarenheten av det vi kallar smitta varit uppenbar.

Den andra iakttagelsen illustreras i den grekiske historieskrivaren Thukydidens skildring av sin samtid och av den farsot som drabbade Aten år 430 f Kr. I verket ”Kriget mellan Sparta och Athen” (eller ”Historia om det peloponnesiska kriget”) beskrivs den dödliga smittan, men också att de sjuka vårdades av dem som överlevt sjukdomen: ”Den angrep nämligen ej samma person två gånger; i varje fall var den andra attacken inte dödlig” [3]. Det vill säga samma erfarenhet som sedan gjorts för t ex smittkoppor och mässling; de överlevande riskerar inte samma sjukdom igen, de är undantagna – eller immuna.

Med sådana erfarenheter uppkommer naturligt tanken att om möjligt utsätta sig för en form av lindrig och kontrollerad infektion för att därigenom bli immun; att skyddas som om man haft den verkliga sjukdomen, men slippa dess allvarliga konsekvenser. Modern medicinsk teknologi har framgångsrikt utvecklat detta koncept i form av vacciner som gjort att gissel som smittkoppor globalt kunnat utrotas och polio reducerats med 99 % de senaste 25 åren. Andra vaccinationer har gjort att sjukdomar som t ex stelkramp, difteri, mässling, påssjuka och röda hund blivit rariteter i vårt land [4,5].

Prevention och behandling

Det finns en fundamental skillnad mellan medicinska åtgärder som föransleds av sjukdom hos en individ (behandling) och sådana åtgärder som riktas mot ett flertal friska personer för att förebygga en eventuell

sjukdom (prevention). I det första fallet är ohälsan en realitet för den enskilda individen och toleransen för negativa effekter av en behandling (biverkningar) kan vara stor, särskilt vid allvarlig sjukdom. När det gäller prevention är sjukdomshotet däremot diffust, opersonligt, och acceptansen för biverkningar är låg, särskilt om risken för den aktuella sjukdomen upplevs som liten, antingen för att den blivit sällsynt eller inte uppfattas som så allvarlig. Av resonemanget följer också att eventuella biverkningar av en given behandling drabbar just den sjuke, men ingen kan däremot säga om den som far illa av en förebyggande åtgärd också är den individ som annars skulle ha sjuknat. Vaccinationer aktualiserar här ett etiskt dilemma; att väga potentiella vinster mot risker. Och risker för vem?

Barn och vuxna

Större delen av de vaccinationer som genomförs i dag, nationellt och globalt, riktar sig till barn, ofta med start redan i spädbarnsåldern. Små barn är helt beroende av vårdnadshavarens beslut. Barnet har således nedsatt autonomi eller självbestämmande, men har ändå rätt till full respekt för sin integritet [6]. Man kan som regel utgå från att föräldrar vill sina barns bästa, inte minst att de vill skydda barnet mot sjukdom och lidande. Det finns dock situationer där konflikt kan uppstå mellan föräldrars inställning och vetenskapssamhällets rekommendationer. Ett exempel är när föräldrar av religiösa skäl motsätter sig blodtransfusion till sitt barn, även när så-

dan anses livräddande. I sådana fall av hot om omedelbar och allvarlig skada kan det bli aktuellt att samhället juridiskt övertar vårdnadsansvaret. Kan det motsvarande gälla föräldrar som motsätter sig starkt rekommenderade barnvaccinationer? Moraliskt kan frågan mycket väl diskuteras, men juridiskt är svaret i Sverige nej. Alla vaccinationer är hos oss principiellt frivilliga, undantagen är t ex kopplade till krav för viss yrkesverksamhet eller för vissa resmål (se nedan). Om föräldrarna motsätter sig vaccination uppkommer ett nytt etiskt dilemma. Det finns barnläkare som tvekar om att ta fortsatt medicinskt ansvar för ovaccinerade barn. Argumenten kan då vara att det dels strider mot gott medicinskt omhändertagande, dels att barnet kan utgöra en smittrisk för andra, t ex i väntrummet. Debatten har främst förts i USA, där dock barnläkarakademien inte ställer sig bakom en sådan avvisande attityd, som sannolikt minskar möjligheten att barnet ändå till slut vaccineras. Och varför bara bekymra sig för miljön i det egna väntrummet?

Individ och samhälle

Den enskildes intresse kan ibland komma att ställas mot kollektivets önskan. Ur folkhälsosynpunkt uppmuntras ofta den enskilde till visst beteende för sin egen skull, men också för det allmännas bästa. Vi har flera exempel på tvingande lagstiftning i den riktningen, t ex kravet på nykterhet i trafiken; individens frihet underordnas kollektivets väl. Denna form av utilitarism blir särskilt tydlig när det

gäller de smittsamma sjukdomarna, som ju så uppenbart visar att vi angår varandra. De väcker frågor om ansvar och solidaritet. Den som är smittsam kan utgöra en fara för sin omgivning. Vacciner används i första hand för att skydda individen, men också för att minska smittrisen för omgivningen, och särskilt för att skydda de individer som av olika skäl inte kan vaccineras. Om tillräckligt många blivit immuna uppstår ett indirekt skydd för de fåtaliga ovaccinerade, den effekt som på engelska kallas ”herd immunity”, en form av samhällsimmunitet. Här skymtar flera intressanta etiska aspekter. Är det rimligt att utsätta någon för vaccination för andras skull? Ur individsynpunkt kan det tvärtom vara lockande att alla andra vaccineras, då kan jag själv avstå – och slipper därigenom också risken för biverkningar. Ett sådant beteende kan alltså vara rationellt ur den enskildes perspektiv, men också uppfattas som asocialt och som en form av osolidarisk snålskjuts (”fripassagerare”). En intressant konsekvens är även att denna indirekta skyddseffekt snabbt minskar så snart flera gör samma bedömning och avstår från vaccination.

Motsvarande resonemang kan vidgas till ett globalt perspektiv. Inget land kan på egen hand utrota en smittsam sjukdom. Det är därför vi envist uppmanas att fortsätta vaccinera mot polio trots, eller snarare på grund av, att sjukdomen nu nästan är utrotad. Smittkoppor kunde man sluta vaccinera mot först då man med säker marginal kunde utsluta några aktuella fall i världen.

Frivilligt eller obligatoriskt

Individens frihet och självbestämmande kan alltså komma att ställas mot kollektivets bästa. När vaccination mot de fruktade smittkopporna i början på 1800-talet visats vara så framgångsrik införde många länder obligatorisk vaccination. Enskilda skulle inte få äventyra den gemensamma sjukdomsbekämpningen. I Sverige infördes tvingande ympning mot koppor år 1816 och avskaffades inte helt förrän 1976. Principiellt är frågan dock mycket aktuell i våra dagar. Många länder har kvar krav på vissa vaccinationer, med undantag för medicinska skäl att avstå. Indirekt tvång tillämpas också på många håll, det kan gälla krav på vaccination inför skolstarten, krav på dokumenterad religiös tillhörighet som skäl för att slippa vaccineras, eller det australiensiska hotet om indraget barnbidrag till de barn som inte vaccineras. En form av krav på vaccination är den som är kopplad till vissa yrken eller arbetsplatser (t ex laboratoriearbete, vårdyrken), eller de internationella kraven på giltiga vaccinationer för vissa resmål. Detta är ju inte ett oundvikligt obligatorium, möjligheten att tacka nej finns alltid i form av ändrade ambitioner i yrkes- eller privatliv. För fullständighetens skull ska sägas att det finns en svensk lag (1952:270) om ”skyddsympning vid krig eller krigsfara m.m.” som kan innebära skyldighet för hela, eller delar av, befolkningen att underkasta sig någon form av vaccination, men bestämmelserna är knappast tillämpliga i vår vardagsituation. I debatten höjs ibland röster för att införa ett obliga-

torium för en del barnvaccinationer även i Sverige, men hittills har sådana förslag inte fått något politiskt genomslag. Dagens höga anslutning till vårt frivilliga program (97-98 % vid två års ålder) ger knappast anledning att överväga krav på vaccination, men vid ökande hot från någon sjukdom eller sjunkande deltagande i programmen kan frågan säkert komma att aktualiseras. Den som överväger ett obligatorium måste då också fundera över eventuella sanktionsmöjligheter; från böter och inskränkta rättigheter till direkt fysisk tvångsvaccination.

Rättvisa

En grundläggande etisk dimension är rättvisa. Det kan gälla allt från rättigheter och skyldigheter till fördelningen av ansvar och möjligheten att få ta del av ett vaccinationsprogram. Hanteringen av ekonomiska resurser väcker frågor om kostnads-effektivitet och alternativnytta. Detta går igen i de krav som ställs på analys inför införande av nya vaccinationer. Bland de 13 punkter som i svensk lagstiftning finns redovisade ingår bl a sjukdomsburda, skyddseffekt, säkerhet, samhällsekonomiska effekter och ”medicinetiska och humanitära överväganden” (Smittskyddsförordningen 2004:255). Här ska alla punkter redovisas utan rangordning, vilket är lätt att formulera som princip, men betydligt svårare att omsätta i praktiken. De flesta av punkterna ger dessutom utrymme för ganska vida tolkningsmöjligheter. Lika väl som införandet av nya vacciner i ett allmänt program måste vila på en stabil vetenskaplig

grund kan man ställa frågan om hur länge det kan vara rätt att inte erbjuda ett vaccin med visad god skyddseffekt och acceptabla biverkningar. Det är inte ovanligt att det dyker upp debattartiklar från intressegrupper eller specialläkare, som förordar införande av vaccination mot en viss sjukdom som anses särskilt angelägen att förebygga. Ett rättvisekrav är då att ställa sådana önsknings mot andra. Det är därför rimligt att utformningen av de nationella programmen inte bara är en strikt medicinsk fråga, utan representerar en form av bredare samhällsbeslut. Avgörandet ligger därför i dagens svenska lagstiftning hos regeringen.

Ytterligare en rättvisaspekt är prioriteringar i en bristsituation. Frågan aktualiseras vid beredningsplanering inför en ny pandemi. Vilka individer och grupper ska först få tillgång till ett snabbt framtaget vaccin? De svagaste medborgarna? Vårdpersonal som ska ta hand om de sjuka? Nyckelpersoner i andra samhällsviktiga verksamheter? Landets administrativa ledning? Här öppnar sig ett minerat fält med krav på klok sammanvägning av medicinsk kunskap och allmänna värderingar, en politisk utmaning.

Några grundläggande etiska principer är att göra gott respektive att inte skada. Därmed följer stora krav på visad skyddseffekt och omfattande säkerhetsprövningar av ett vaccin som ska ges till ett stort antal friska individer, i synnerhet när det gäller barn. Kraven på sådana prövningar sänks dock rimligen i ett akut hotfullt läge för en sjukdom med hög dödlighet. En aktuell illustration är de pågående försöken med vaccin mot ebola-in-

fektion i Västafrika. Hur snart är det rimligt att börja använda ett oprövat men lovande vaccin mot en hotande allvarlig epidemi? En restriktiv hållning kan uppfattas som okänsligt byråkratisk, en alltför snabb användning som ett vårdslöst experiment med människoliv. Domen avges ofta med efterklokhetens vishet.

Andra aspekter kan gälla forskning, utveckling och produktion av vacciner. Hur nära får akademisk medicin samarbeta med den vinstdrivna läkemedelsindustrin? Vem avgör inriktning och resursfördelning - det fattiga landets behov av skydd mot en allvarlig sjukdom eller den rika världens önskan om marginellt förbättrad hälsa? Och hur sker prissättningen av nya patentskyddade vacciner? I sådana avvägningar skiljer sig emellertid inte vacciner så mycket från andra läkemedel eller behandlingsmetoder.

Delaktighet och ansvar

I ett frivilligt vaccinationsprogram krävs också respekt för den som tackar nej [5]. Det kan yttra sig som ett fortsatt gott omhändertagande av den ovaccinerade, visserligen med återkommande erbjudande om vaccination, men utan någon form av ”represalier”. Ett etiskt förhållningssätt bör också innebära att det man rekommenderar andra ska man själv vara beredd att utsätta sig och sina anhöriga för. Medicinska experter och ansvariga politiker är inte bara ombud för den övriga befolkningen, utan också en del av den. I den stundtals hetsiga debatten om vacciners för- och nackdelar ställs ibland experter mot för-

äldrar, men uppdelningen är skenbar. De flesta vaccinexperter är också föräldrar, omvänt kan hävdas att föräldrar i någon mening också är experter – på sina barn. Värdet av delaktighet får belysas av berättelsen om att vid invigningen av ett nytt byggnadsverk i det antika Rom skulle två personer stå under valvet när byggnadsställningarna avlägsnades; byggherren och arkitekten [7]. En övergripande etisk aspekt på vaccinationer skulle alltså kunna vara att vi gemensamt tar ansvar för att på bästa och säkraste sätt utnyttja medicinska framsteg – att försöka göra gott med minsta möjliga skada. Hög anslutning till frivilliga vaccinationsprogram kräver tillit till det system som värderar och rekommenderar vaccinerna. Detta system måste då också förtjäna tilliten, genom lyhörddhet och öppenhet.

Litteratur

1. Caplan A, Schwartz J. Ethics (pp. 1508-13). In: Vaccines (Plotkin S, Orenstein W, Offit P, eds) 6th ed. Elsevier-Saunders; 2013.
2. Poland C, Jacobson R, Opel D, Marcuse E, Poland G. Political, ethical, social, and psychological aspects of vaccinology (pp. 335-57). In: Vaccinology – an essential guide (Milligan G, Barrett A, eds). Chichester: Wiley-Blackwell; 2015.
3. Thukydides. Kriget mellan Sparta och Athen. Del 1, sid 155 (i översättning av Sture Linnér). Forum; 1978.
4. Lindberg A. Vaccinationer – primärprevention med problem. Läkartidningen 2004;101(28-29):2352-54. <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2004/28865.pdf>
5. Lindberg A. Misstron mot vaccinationer måste bemötas med respekt. Läkartidningen 2013;110(16):822-24. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19511>
6. Bischofberger E, Elinder G. Etiska aspekter på vaccination av barn (sid 81-87) I: Vacciner till barn – skyddseffekt och biverkningar. SBU-rapport 191. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009.
7. Fisk D. Perception of risk – is the public probably right? (pp.133-39). In: Risk communication and public health (Bennet P, Calman K, eds). Oxford University Press; 1999.



SVENSKA SPEL

Forskningsanslag från Svenska Spels forskningsråd

Ansökningsår 2016

Svenska Spels forskningsråd lämnar stöd till forskning om spelberoende och förebyggande åtgärder mot spelproblem. Rådet strävar efter att stimulera uppbyggandet av goda forskningsmiljöer.

Medlen avser stöd såväl till doktorander, forskare de närmsta fem åren efter disputation (post doktoral period) samt graduerade forskare vid universitet och högskolor som söker projektbidrag. Medel medges för projekt som sträcker sig från ett till fem år.

Rådet beslutar om beviljande av anslag till inkomna ansökningar, utifrån projektets vetenskapliga kvalitet och samhällseliga relevans samt forskargruppens kompetens. Rådet önskar preciserade ansökningar som ger en tydlig bild av metoden och syftet med forskningen samt dess samhällseliga relevans.

Svenska Spels forskningsråd bidrar med medel till personella resurser, medel till omfattande kringkostnader i samband med projekt beviljas inte. Kringkostnader för en doktorand får maximalt omfatta 10 procent av en professorslön. Rådet beviljar inte OH-kostnader som överskrider 20 procent. Svenska Spels forskningsråd sammanträder i juni 2016 för beslut om ansökningarna och fördelning av medel.

Sista ansökningsdag är den 30 april 2016, kl. 24.00 (därefter stängs webbsystemet).

Ansökan sker digitalt här (<http://ansokan.3ddata.se/start/sp.asp>) och bör innehålla projektbeskrivning, budget och CV för huvudsökande och eventuella medsökande.

Administrationen sköts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Ansökningar skall lämnas via rådets webbaserade ansökningssystem. Efter att ansökan har skickats in elektroniskt, skrivs första sidan ut för underskrift av huvudsökande samt av prefekt eller motsvarande. Originallet postas så snart som möjligt till Svenska Spels forskningsråd, c/o CAN, Box 70412, 107 25 Stockholm.

KONTAKTPERSONER:

Vid frågor om Svenska Spels forskningsråd
Karin Granath, 010-120 32 76, karin.granath@svenskaspel.se

Vid frågor om ansökningssystemet
Therese Travis, 0723-714 305, therese.travis@can.se