

Redaktion:

Temaredeaktører: Søren Flinch Midtgaard

Intern redaktør: Mette Kjær

Redaktion: Anne Binderkrantz, Niels Ejersbo, Sune Welling Hansen, Mette Kjær, Robert Klemmensen, Asbjørn Sonne Nørgaard, Thomas Pallesen, Rune Slothuus, Kim Mannemar Sønderkov og Morten Valbjørn

Redaktionskomité:

Peter Dahler-Larsen, Institut for Statskundskab, SDU

Kasper Møller Hansen, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet

Per Henriksen, Fagkonsulent i gymnasieskolen

Peter Viggo Jakobsen, Forsvarsakademiet

Lotte Jensen, CBS

Helene Kyed, DIIS

Christian Albrecht Larsen, Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

Helle Ørsted Nielsen, DMU & Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet

Morten Ougaard, Institut IKL, Handelshøjskolen

Bo Smith, Beskæftigelsesministeriet

Eva Sørensen, Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, RUC

Søren Winter, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

© politica

Tidsskriftet *Politica* udgives med støtte fra

Forskningsrådet for Samfund og Erhverv under Det Frie Forskningsråd

Omlagsdesign: Kasper Lægård, Avail Design

Grafisk tilrettelæggelse: One Hundred Proof

Tryk: Grafisk Produktion Odense

ISSN 0105-0710

ISBN 978-87-7335-183-3

Redaktionen sluttet den 10. april 2014

Bestilling af tidsskriftet:

Syddansk Universitetsforlag

E-mail: press@forlag.sdu.dk

Telefon: 6615 7999

Girokonto: 5 04 51 93

Politica publicerer alene artikler bedømt ved peer review, enten i form af enkeltstående artikler bedømt ved mindst to anonyme reviewers eller som del af et temanummer bedømt ved mindst én anonym reviewer. Der accepteres manuskripter på dansk, norsk og svensk.

Se www.politica.dk for kontaktoplysninger og skrivevejledning.

Politica er indekseret i *International Political Science Abstracts*, som udgives af IPSA.

Tidsskriftet *Politica*, c/o Institut for Statskundskab

Bartholins Allé 7, 8000 Aarhus C

Indhold

Temaartikler

- 135 *Andreas Albertsen*
Brugerbetaling, ventelister og afgifter: personligt ansvar for egen sundhed?
- 152 *Martin Marchman Andersen*
Hvorfor er sociale uligheder i sundhed uretfærdige?
- 170 *Søren Flinch Midtgaard*
Paternalisme, sundhedsfremme og lighed
- 187 *Lasse Nielsen*
Fair mulighedslighed og sundhed
- 204 *Thomas Søbirk Petersen*
For gammel til behandling? Bør kvinder over 45 år have adgang til kunstig befrugtning?

Artikler udenfor tema

- 219 *Thorbjørn Sejr Nielsen og Christian Vestergaard*
Kommunestørrelse og demokrati – effekten af kommunestørrelse på borgernes eksterne politiske effektivitetsfølelse
- 237 Kurt Houlberg
David og Goliat i kassen før lukketid – danske kommuners likviditets- og gældsudvikling op til kommunesammenlægningerne i 2007

Anmeldelse

- 258 Hussein Kassim, John Peterson, Michael W. Bauer, Sara Connolly, Renaud Dehousse, Liesbet Hooghe og Andrew Thompson, *The European Commission of the Twenty-First Century*, Oxford University Press, 2013 (Jens Blom-Hansen)

261 Abstracts

265 Om forfatterne

Andreas Albertsen

Brugerbetaling, ventelister og afgifter: personligt ansvar for egen sundhed?¹

Personligt ansvar er et centralt begreb i den politiske og den akademiske debat om sundhedspolitik. Tanken er, at hvis folk er ansvarlige for at leve en livsstil med en betydelig sundhedsrisiko, så har de også et ansvar for de konsekvenser, der kan følge heraf. Trods denne umiddelbare appel er der fremført stærke kritikker af personligt ansvar i en sundhedskontekst. Det fremføres, at sådanne tilgange overser den betydelige effekt, sociale og naturlige omstændigheder har på menneskers helbred, at det vil betyde en ubarmhjertig skæbne til dem, der træffer risikobetonede valg, eller basere sig på en indsamling af information, der langt overskrider privatsfærens grænser. Held-egalitarismen er et naturligt udgangspunkt for denne diskussion. Denne teori om fordelingsmæssig retfærdighed fokuserer på individers valg og ansvar. Dette muliggør en diskussion af, hvorvidt forskellige tiltag fremført i og omkring den held-egalitaristiske litteratur undgår nogle af de kritikker, der ofte rejses mod teorier, der søger at anvende idéen om personligt ansvar i en sundhedskontekst. Hvilken model der er mest attraktiv, er stærkt betinget af den kontekst, den søges indført i.

Nye teknologier, nye sygdomsmønstre og en aldrende befolkning aktualiserer diskussionen af, hvorledes vi bør prioritere samfundets og sundhedsvæsnets knappe ressourcer. Personligt ansvar er et centralt begreb i den politiske og akademiske debat herom. I diskussionen af konkrete sundhedstiltag og sundhedspolitikker inddrages det personlige ansvar ofte. Med henvisning til denne idé foreslås det at lægge afgift på cigaretter eller lade alkoholikere vente længere på en ny lever end dem, der har leversvigt af andre grunde (Veatch og Steinfels, 1974; Glannon, 2009). Personligt ansvar i sundhed er ikke et entydigt begreb, men diskuteres her som havende to elementer: 1) Når mennesker har muligheden for frit og informeret at vælge mellem forskellige livstile, så er de ansvarlige for de sundhedsmæssige konsekvenser af dette valg, og 2) vi bør holde personer ansvarlige for de sundhedsmæssige konsekvenser, der opstår som følge af sådanne livsstilsvalg. I de seneste årtier har implikationerne af personligt ansvar i en sundhedskontekst været genstand for en omfattende akademisk debat (Buyx, 2008; Buyx og Prainsack, 2012; Dworkin, 1981; Leichter, 2003; Minkler 1999; Nielsen, 2013; Nielsen og Axelsen, 2012; Reiser, 1985; Veatch og Steinfels, 1974; Veatch, 1980; Wikler, 1987, 2002). I politiske debatter spiller idéen ind. Den britiske Labour-regerings store sundhedsudspil *Choosing*

Health fokuserede på at give individer information til at træffe sunde valg (Department of Health, 2004). I Tyskland har flere tiltag indenfor sundhedsforsikringer tilstræbt at give incitamenter til at træffe sunde valg – også gennem mistede fordele for dem, der ikke gør (Schmidt, 2008). Idéen om personligt ansvar er indenfor den politiske filosofi nært forbundet med held-egalitarismen og denne teoridannelses syn på fairness. Held-egalitarismen er en valgsensitiv teori, der betoner, at fordelinger kun er retfærdige, og kun når de ikke afspejler omstændigheder men derimod menneskers valg (Cohen, 1989; Arneson, 1989; Lippert-Rasmussen, 1999). Af samme grund er det ikke overraskende, at vi finder både historiske og aktuelle forsøg på at give held-egalitaristiske bidrag til debatten om retfærdighed og sundhed (Albertsen og Knight, 2014; Le Grand, 1991; Roemer, 1993; Segall, 2010; Voigt, 2013). Denne artikel søger at bidrage til denne del af den held-egalitaristiske litteratur gennem en diskussion af forskellige sundhedstiltag fremkommet i og omkring den held-egalitaristiske litteratur.

Artiklen præsenterer kort den held-egalitaristiske idé om fairness og dernæst tre bekymringer vedrørende personligt ansvar i sundhed og held-egalitarisme i sundhed. Herefter diskuteres styrker og svagheder ved seks konkrete institutionelle tiltag, der i større eller mindre grad søger at holde folk ansvarlige for egne valg. Udgangspunktet for diskussionen er kritikker kendt både fra den medicinsk-etiske diskussion om personligt ansvar og fra den held-egalitaristiske litteratur. Kritikkerne går på, at tilgange, der betoner personligt ansvar i sundhed, risikerer at overse, at den betydelige effekt, sociale og naturlige omstændigheder har på menneskers helbred, vil betyde en ubarmhjertig skæbne til dem, der træffer risikobetonede valg, og vil basere sig på en indsamling af information, der langt overskrider privatsfæren. Held-egalitarismen synes at være et oplagt udgangspunkt for dem, der er tiltalt af personligt ansvar i sundhed men er bekymrede over disse kritikker. Det skyldes, at held-egalitarister er principielt imod at lade fordelinger afspejle uvalgte omstændigheder, og at der i den held-egalitaristiske litteratur er brugt meget energi på at komme med principielle forsvar imod de øvrige to indvendinger. Artiklen diskuterer med inspiration fra held-egalitarismen forskellige ansvarsinspirerende modeller, vi kunne indføre i en sundhedskontekst, og diskuterer, hvorvidt disse rammes af de respektive kritikker.

Diskussionen er selsagt ikke uden antagelser og klare begrænsninger. Modellerne vurderes under antagelser, der tilstræber at tage diskussionen under ikke-ideelle forudsætninger. De væsentligste antagelser er, at vi meningsfyldt kan tale om, at nogle (men ikke alle) mennesker kan tilskrives ansvaret for deres egen, ringere sundhedstilstand, og at vi ikke umiddelbart ved, om en

given person er ansvarlig eller ej. Artiklen benytter sig af de brede kategorier naturlige og sociale omstændigheder til at beskrive tilfælde, hvor folk ikke er ansvarlige, men baserer sig ikke på noget specifikt syn på, hvilke betingelser der skal være til stede, før man meningsfyldt kan sige, at en person ikke er ansvarlig for sit livsstilsvalg. Selvom det tilstræbes at gøre diskussionen anvendt i forhold til egentlige politiske tiltag, er debatten på flere punkter overordnet og idealiseret. Det diskuteres ikke, hvilket ansvar samfundet har for at sikre lige muligheder og eliminere de omstændigheder, der påvirker menneskers helbred, og de muligheder, de har for at passe på dette. Det betyder, at kun få ord er brugt på andre (uretfærdige) uligheder, som fx de uligheder i indkomst eller beskæftigelse, der påvirker menneskers helbred. Tilgangen er yderligere afgrænset i den forstand, at den diskuterer fordelingsmæssig retfærdighed indenfor sundhed. Det betyder at diskussionen ikke har inddraget andre værdier og hensyn såsom effektivitet, solidaritet eller gensidighed, der kunne siges at være vigtigere end retfærdighed i en sundhedskontekst. Det følgende afsnit præsenterer held-egalitarismen som generel teori om fordelingsmæssig retfærdighed, og hvorledes en bestemt udvikling heri er særlig relevant for diskussionen i en sundhedskontekst.

Held-egalitarisme og sundhed

Held-egalitarismen er en indflydelsesrig teori om fordelingsmæssig retfærdighed. Centralt i denne er bidrag fra G.A. Cohen (1989) og Richard Arneson (1989). Begge argumenterer for, at hvorledes folk stilles relativt til hinanden ikke bør afspejle omstændigheder men derimod menneskers valg. En nyere formulering af held-egalitarismen betragter fordelingen af samfundets goder og byrder som retfærdig, når, og kun når, menneskers relative position afspejler deres respektive udøvelse af ansvar (Lippert-Rasmussen, 1999). Dette kan siges at indeholde to distinkte elementer. Et der tilsiger, at menneskers relative position ikke bør afspejle omstændigheder, der er udtryk for held, og et der indebærer, at denne gerne må variere med folks egne valg. Held-egalitarister har forskellige syn på, hvorledes det bedst forstås, og hvilke betingelser der skal være opfyldt, før noget er en ikke-valgt eller valgt ulighed. John E. Roemer (1993) fokuserer på uligheder, hvor folks relative position ikke afspejler deres relative indsats for at undgå noget skadeligt eller opnå noget godt. Segall (2010) argumenterer for, at uligheder, der ikke afspejler valg, vi rimeligvis kan forvente, at folk undgår at træffe, er uretfærdige. Alex Voorhoeve (2005) argumenterer for, at vi skal bekymre os om værdien af de forskellige muligheder, folk står overfor. Knight (2013) mener, uretfærdigheden opstår, hvis folk ikke opnår den forventede værdi af de risici, de løber.

Selvom disse teoretiske forskelle er interessante, vil de ikke blive behandlet indgående her. De udtrykker bestemte forståelser af, hvad det er, held-egalitarister mere specifikt bør mene udgør en retfærdig fordeling typisk gennem forskellige forståelser af, hvad der udgør en valgt ulighed. De argumenter, der præsenteres og diskuteres i det følgende, kan for så vidt anvendes, uagtet hvilket af ovenstående man foretrækker.

Efter den kortfattede præsentation af held-egalitarismen og nogle nyere udviklinger af denne vil et forskelligartet men vigtigt argument blive præsenteret. En pointe med stor relevans for artikelens tema er et argument fremført af Serena Olsaretti. Hun har introduceret den indflydelsesrige idé om, at en ansvarssensitiv teori som held-egalitarismen indeholder to forskelligartede elementer: Et kaldet ansvarets grundlag, der beskriver, hvilke faktorer vi mener folk er ansvarlige for, og et kaldet princippet om indsatser, der specificerer de konsekvenser, vi skal lade et sådant ansvar have for personen (Olsaretti, 2009: 170). Det betyder, at blot det at konstatere, at en person er ansvarlig for sin egen ringere position, ikke siger noget endeligt om, hvorledes vi rent institutionelt skal forholde os til det.

I en sundhedskontekst er denne udvikling af held-egalitarismen både interessant og opklarende. Det betyder, at det selv under antagelsen af, at nogle faktisk er ansvarlige for deres egen ringere sundhedstilstand, stadig er et åbent spørgsmål, hvilke institutionelle tiltag vi principielt bør indføre for at lade folks adfærd påvirke deres relative position. Herudfra udspringer artiklens idé om at diskutere styrker og svagheder ved sådanne modeller. Overordnet kan man lade tilstedeværelsen af ansvar få konsekvenser for tre forhold: kvaliteten af behandlingen (herunder adgangen til behandling), prisen på behandlingen og ventetiden til behandlingen (Dworkin, 1981). Disse kan udformes på forskellig vis og kombineres, men for overskuelighedens skyld angår diskussionen her de rene modeller, hvor der kun varieres på én faktor. Flere af disse modeller er fremført i og omkring den held-egalitaristiske litteratur, men der findes ingen samlet diskussion af deres respektive styrker og svagheder. Forslagene vurderes på, om de under de nævnte ikke ideelle antagelser undgår gængse kritikker af held-egalitarister, alt imens de fastholder de held-egalitaristiske ambitioner om en fordeling der afspejler menneskers valg. Inden denne diskussion kan tages, er det nødvendigt eksplicit at oprids kritikken af held-egalitarismen og personligt ansvar i en sundhedskontekst.

Kritikken af personligt ansvar

I den akademiske debat er der fremkommet flere forskelligartede kritikker af at introducere personligt ansvar i en sundhedskontekst. De tre mest markante vil

blive fremhævet her, inden deres relation til og relevans for held-egalitarismen klarlægges. Den første går på, at idéen om personligt ansvar i en sundhedskontekst slet og ret overser noget helt fundamentalt. Hovedpointen er, at sådanne tilgange *overser sociale omstændigheder*, der påvirker menneskers helbred og menneskers livsvalg. Det understreges i denne kritik, at menneskers sygdomme i høj grad skyldes faktorer, der ikke har noget med deres valg at gøre. Mennesker bor i forurenede byer, lever i boliger af varierende kvalitet og slides af arbejdet, de udfører i løbet af dagen. Udover dette påvirkes de livsstilsvalg, vi som mennesker træffer, også af naturlige omstændigheder. Kritikerne fremfører, at tilstedeværelsen af disse ydre omstændigheder betyder, at en sundhedspolitik, der fokuserer på personligt ansvar, overser vigtige og væsentlige problemstillinger og i sidste ende risikerer at holde mennesker ansvarlige for en sygdom, der reelt ikke, eller kun i meget ringe grad, relaterer sig til valg, de har truffet (Daniels, 2011; Magnusson, 2010; Minkler, 1999; Resnik, 2007). Den anden kritik går på, at i situationer hvor folk er ansvarlige for deres ringere sundhedstilstand, vil det være ubarmhjertigt at holde dem personligt ansvarlige herfor (Wikler, 1987). Idéen er, at man dermed må nægte hjælp til mennesker, der har handlet ansvarspådragende, og som følge af deres egne frie og frivillige valg stilles meget ringere end andre. Hvis en person træffer et valg med en betydelig negativ konsekvens for eget helbred, så ligger han så at sige, som han har redt. Det har fået nogen til at argumentere for, at teorier, der betoner personligt ansvar, er ubarmhjertige overfor dem, der træffer sådanne valg. Dette vil blive omtalt som *ubarmhjertighedsindvendingen*.

Den tredje kritik angår karakteren af de oplysninger, der skal frembringes for at kunne sige noget om, hvorvidt en person er ansvarlig for sin (ringere) sundhedstilstand. Det vil typisk være i en situation, hvor vi ønsker at være sikre på, at det ikke er ydre omstændigheder, der er skyld i dette. Det er blevet fremført, at oplysninger kan have en sådan karakter, at selve indsamlingen af dem er grænseoverskridende, forkert og indgribende i dybt personlige forhold. (Harris, 1995). Det kan opfattes som nedværdigende og urimeligt for en patient i et kritisk sygdomsforløb at skulle redegøre for, hvorvidt den aktivitet, der førte til den ringere sundhedstilstand, var valgt eller snarere en vane, der kan spores tilbage til tidlig barndom, opdragelse eller andre uvalgte forhold. Kritikken vil herefter blive diskuteret under overskriften *skamfulde afsløringer*.

Artiklen diskuterer styrker og svagheder ved forskellige modeller for personligt ansvar fremkommet i og omkring den held-egalitaristiske litteratur. Det vil blive gjort ved at se på, i hvor høj grad de nævnte modeller formår at undgå disse væsentlige indvendinger. Det skal bemærkes, at disse indvendinger er forskelligartede. Den første kritik kan fremføres med udgangspunkt i en af

held-egalitarismens iboende værdier, mens de øvrige udspringer i et andet syn på fordelingsmæssig retfærdighed. Det er centralt for held-egalitarister, at fordelinger ikke afspejler folks omstændigheder. Alligevel er det en ofte fremført kritik, at held-egalitarisme i en sundhedskontekst vil have lige netop denne konsekvens (Cavallero, 2011; Wikler, 1987, 2002). For de to øvrige kritikere gælder det, at de oftest opfattes og diskuteres som eksterne kritikere af held-egalitarismen. Flere har fremført og diskuteret varianter af ubarmhertigheds-kritikken (Anderson, 1999; Feiring, 2008; Fleurbaey, 1995; Voigt, 2007) og kritikken om skamfulde afsløringer (Wikler, 1987; Wolff, 1998). Af samme grund har held-egalitarister på et principielt niveau gjort meget for at afvise disse (Albertsen, 2013; Arneson, 2000, 2004; Knight, 2009; Segall, 2010; Stemplowska, 2013; Tan, 2012). Uagtet styrken af disse teoretiske argumenter har held-egalitarister forsømt diskussionen af, om disse kritikere rammer forskellige modeller for at introducere personligt ansvar i en sundhedskontekst. Det er denne diskussion, der vil blive taget op her.

Forskel i behandlingens kvalitet

Ser vi helt overordnet på den type forslag, der går ud på, at folk, der har handlet ansvarspådragende og som følge heraf har ringere sundhedstilstand end andre, skal behandles ringere i sundhedssystemet end andre, findes der to varianter. En stærk der indebærer, at folk helt nægtes behandling, og en svagere der tilsiger, at de skal modtage behandling af en ringere kvalitet (fx ved at der stilles færre ressourcer til rådighed). Selvom positionen ikke finder mange forsvare i litteraturen, er den teoretisk interessant. Ihukommende at diskussionen her tages under de to antagelser, at nogle, men ikke alle, er ansvarlige for deres egen ringere sundhedstilstand, og at vi ikke umiddelbart har sikker viden om, hvilke personer det gælder for, synes denne tilgang umiddelbart at være problematisk af flere grunde. Indfører vi et system, der nægter at behandle dem, der er ansvarlige, indebærer det en betydelig risiko for, at denne meget voldsomme konsekvens også vil ramme nogle, der reelt ikke er ansvarlige for deres egen sundhedstilstand. Et system, der tilstræber at nægte behandling til dem, der selv er ansvarlige for deres egen ringere sundhedstilstand, kunne suppleres af en praksis, der undersøger og afklarer, hvorvidt en given person reelt er ansvarlig for sit eget ringere helbred. Problemet herved synes at være, at en sådan undersøgelse risikerer at inddrage faktorer og forhold, som det synes ydmygende at skulle oplyse til tredjepart. Det betyder, at tilgangen synes sårbar overfor indvendingen om skamfulde afsløringer. Selv hvis vi kunne forestille os at en indledende undersøgelse kunne give klarhed over, hvem der var ansvarlig for egen sundhedstilstand uden at involvere skamfulde afsløringer, er der yder-

ligere komplikationer for tilgangen. Det må siges, at de, der korrekt vurderes som værende ansvarlig for egen sygdom, overlades til en meget hård skæbne. Tilgangen, hvor folk nægtes behandling, synes dermed også at være ubarmhertig og må samlet set siges i meget ringe grad at være i stand til at undgå de gængse indvendinger mod at anvende personligt ansvar i en sundhedskontekst.

Man kunne forestille sig den her diskuterede tilgang varieret således, at modellen i stedet tilstræbte at give de pågældende en ringere behandling end dem med uforskyldt dårligt helbred. Udover at det givetvis kan være lidt svært at forestille sig, hvorledes denne ringere behandling konkret skal praktiseres, er denne ændring stadig problematisk i forhold til de kritikker, de konkrete modeller her diskuteres ud fra. Det fjerner eller mindsker givetvis styrken af ubarmhertighedskritikken, mens de øvrige kritikker synes at bevare deres styrke. Afslutningsvis bør det bemærkes, at både tilgangen, hvor behandling nægtes til dem, der selv er ansvarlige for deres sundhedstilstand, og den, hvor de gives ringere behandling, synes at have en fælles svaghed. I hvert fald et fællestrek som held-egalitarister, der ønskede at foreslå sådanne tiltag, må forholde sig til. Det synes intuitivt mærkværdigt at nægte folk muligheden for at lade deres handlinger have konsekvenser på anden vis end ringere helbred. Eller sagt på en anden måde: Hvis en person træffer et risikofyldt valg, der resulterer i, at vedkommende har ringere helbred end andre, så synes der ikke umiddelbart at være gode grunde til at forbyde vedkommende at betale sig fra at modtage samme behandling (og helbred) som andre, for til gengæld økonomisk set at værre ringere stillet som følge af de risikofyldte valg. Held-egalitarister der måtte være tiltalt af de løsninger, der her diskuteres, skulle altså fremkomme med et argument for, hvorfor personer, der er ansvarlige for deres ringere sundhedstilstand, absolut skal være ved dårligere helbred end andre frem for blot på en eller anden parameter at være dårligere stillet som følge af deres egne valg. Den oplagte måde er at tillade folk at veksle en ringere sundhedstilstand til en økonomisk ulempe gennem en form for brugerbetaling. Denne afsluttende pointe giver anledning til at drøfte den type tiltag, hvor folk bliver bedt om at dække de omkostninger, deres adfærd medfører.

Forskel i behandlingens pris

I det følgende diskuteres to forskellige tiltag, der på hver sin måde forsøger at få folk til at dække omkostningerne, der følger af deres risikofyldte adfærd i relation til sundhed. Det første forslag synes enkelt i sin natur. Det går ud på, at alle de, der gennem egne valg påfører sig en sygdom, skal dække de omkostninger, behandlingen af sygdommen indebærer.² Umiddelbart kan det lyde simpelt. En person pådrager sig en sygdom gennem sine egne valg, og dette

har så nogle omkostninger, som denne person selv skal dække. Inden vi for alvor kan tage fat i diskussionen af, hvorvidt denne løsning undgår de relevante kritikker, er det nødvendigt at gøre opmærksom på, at omkostninger faktisk er et mere upræcist begreb i denne sammenhæng end ovenstående indikerer. Da spørgsmålet om, hvad omkostninger præcist dækker over, kan have betydning for vores vurdering af denne model, er det nødvendigt at bemærke usikkerheden omkring dette. Vi bør derfor starte med at overveje, hvad der tæller som omkostninger i denne sammenhæng. En række omkostninger, såsom opvarmning og oplysning af operationsstuen, synes egentlig upåvirket af, om den pågældende person pådrager sig en sygdom eller ej. For omkostninger til hospitalets administrative personale, lægens uddannelse eller anlægsudgifter synes det svært konkret at vurdere, om patienten også skal pålægges at betale en andel af disse udgifter. Alt dette vedrører, hvad der tæller som omkostninger forbundet med behandling. Lad os for nemheds skyld antage, at det er muligt at fastsætte dette præcist. Det vil herefter være nødvendigt at afgøre, hvorvidt patienten skal betale de fulde omkostninger eller blot en andel heraf. Begrundelsen for at lade dem betale udgiften er givetvis, at de belaster sundhedsvæsenet som følge af deres valg. Det er rigtigt, men for de fleste er alternativet ikke, at de ikke ville belaste sundhedsvæsenet, men derimod at de ville belaste det senere og på anden vis. Dette kan illustreres ved at betragte en person, der er ansvarlig for at ryge og derfor under den her diskuterede model skal dække udgifterne, der følger, når vedkommende får behov for behandling. Men hvis personen ikke havde røget, er det usandsynligt, at udgifterne til behandling for senere fremkomne uvalgte sygdomme ville have været 0. Som følge heraf kunne man argumentere for, at det, folk burde betale, er den andel af deres omkostninger, der udgør forskellen mellem deres faktiske forbrug og deres forventelige/kontrafaktiske forbrug, i fald de ikke havde haft den pågældende adfærd. Ser vi bort fra disse problemer med at bestemme omkostningerne og hvilke omkostninger, der kan tilskrives en persons ansvar, så er det muligt at lave en vurdering af, hvorvidt hel eller delvis brugerbetaling undgår de nævnte kritikker. Tilgangen synes på lige fod med de ovenfor drøftede tiltag, hvor der varieres på kvalitet, at kunne kritiseres for at risikere at overse sociale og naturlige omstændigheder og for at være afhængig af en ydmygende indsamling af informationer. En væsentlig social omstændighed, der synes særlig aktuell i denne kontekst, er, hvorvidt folks økonomiske formåen afspejler uvalgte omstændigheder. Er der store uretfærdige økonomiske uligheder, synes det selvsagt problematisk, at store dele af befolkningen udelukkes fra at modtage behandling, blot fordi de uforskyldt ikke har råd. Hvis det er tilfældet, er det ikke i tråd med held-egalitarismen at lade sådanne forskelle blive til forskelle i sundhed gennem brugerbetaling. I tillæg

hertil møder vi igen et trade-off mellem, hvor sikre vi ønsker at være på, at vi ikke opkræver betaling fra dem, der ikke selv er skyld i deres sygdom, og faren for at undersøgelserne, der skal kortlægge dette, beror på skamfulde afsløringer og manglende respekt for folk. Dog synes anklagen om ubarmhertighed noget mindre relevant i denne sammenhæng. Det skyldes, at alle vil kunne modtage behandling, men ikke alle vil kunne modtage gratis behandling. Det kan selvsagt fremføres, at det stadig er en ubarmhertig konsekvens for personer, hvor det både gælder, at de selv er ansvarlige for deres ringere sundhedstilstand og for, at de ikke har råd til at betale for det. I forlængelse heraf er det oplagt at se på en variant, hvis fortalere selv mener bedre afspejler held-egalitærens intuitioner og undgår mange af de her nævnte problemer, der er ved omkostningsløsningen, som den blev præsenteret herover.

Capellan og Norheim: afgifter på usunde valg

Under indtryk af, at idéen om at holde folk ansvarlige for de omkostninger, der opstår som følge af deres valg, på mange måder er problematisk, har Alexander Cappellen og Ole Norheim (2005, 2006) fremført en alternativ variant. Deres model indeholder to forskellige elementer, der søger at holde folk ansvarlige for deres adfærd. De mener, at vi bør holde folk omkostningsansvarlige i den forstand, det forrige afsnit diskuterede det for en gruppe af sygdomme. Det gælder for de sygdomme, der helt eller delvist skyldes folks valg, og som (I) ikke er livstruende, (II) ikke begrænser politisk deltagelse eller fundamentale kapabiliteter, og (III) hvor omkostningerne er små i forhold til personens indkomst (Cappellen og Norheim, 2006: 315). De specifikke krav er tydeligvis tilføjet for at undgå nogle af de kontraintuitive konsekvenser, der blev diskuteret i det forrige afsnit. Dette er selvsagt en ret *ad hoc* måde at løse problemerne på, og teorien savner for så vidt at begrunde, hvorfor disse krav er udvalgt frem for andre. Den mest plausible begrundelse for lige netop disse krav synes at være, at de forsøger (i praksis) at undgå nogle af de problemer en ren traditionel held-egalitærisme har i forhold til at være ubarmhertig og ramme folk, der ikke selv er skyld i deres sygdom. Det må siges, at denne måde at holde folk omkostningsansvarlige på synes at undgå ubarmhertighedsindvendingen. Tilgangen synes dog i praksis at risikere at holde folk ansvarlige for sociale og naturlige omstændigheder, og selve afklaringen heraf kan fremstå ydmygende. Cappellen og Norheim mener dog, at det personlige ansvar også bør spille en anden rolle i tilfælde, hvor et eller flere af de tre kriterier ikke er opfyldt. I sådanne tilfælde mener de alligevel, at der er mulighed for at holde folk ansvarlige, blot på en anden måde. Det gøres ved at skifte fokus fra at holde folk ansvarlige for konsekvenserne af deres valg til at holde folk ansvarlige for selve valgene. I praksis vil

dette ofte indebære, at folks valg pålægges en skat eller en afgift. De på denne måde indbetalte penge dækker så de udgifter, der opstår i forbindelse med, at nogle personers valg har den konsekvens, at de får en behandlingskrævende sygdom. De anfører som begrundelse for denne tilgang, at ansvar for omkostninger i disse tilfælde ville betyde, at de pågældende personer ville opleve en eller flere af følgende: livstruende konsekvenser, begrænsede muligheder for politisk deltagelse, og at omkostningerne har en uproportionel størrelse set i forhold til personens indkomst.

Som supplement hertil anføres det, at når folk træffer ensartede valg og dermed løber ensartede risici, så er eventuelle forskelle, der opstår imellem dem, udtryk for held (Cappelen og Norheim, 2005: 479). Denne sidste begrundelse er ikke klassisk held-egalitær, idet den indebærer en omfordeling mellem folk, der løber den samme risiko men opnår forskellige udfald. Denne tankegang er tættere på den variant af held-egalitarismen, der i litteraturen omtales som *all luck egalitarianism* (Segall, 2010). Det første, der skal siges om dette forslag, er derfor, at det på et væsentligt punkt afviger fra det held-egalitære ideal, idet denne form for finansiering indebærer, at de, der løb en risiko men ikke blev syge, dækker dele af de udgifter, der er for folk, der løb tilsvarende risiko og blev syge. Det bør alligevel overvejes, hvorledes denne supplerende tilgang om ansvar for valg rammes af de øvrige kritikker. Først skal det bemærkes, at tilgangen ikke synes at lede til ubarmhjertige konsekvenser, idet folk faktisk behandles. På tilsvarende vis nødvendiggør tilgangen ikke ydmygende undersøgelser og kortlægninger af folks private forhold. Der synes ikke noget behov for at registrere folks trufne valg, de skal blot betale den pålagte afgift. Det kan dog som en praktisk omstændighed nævnes, at der findes aktiviteter, det er sværere at afgiftspålægge end andre. Hvorimod afgifter på faldskærme til fritidsbrug, alkohol og alpinski synes lette at implementere, er det sværere at afgiftspålægge det usunde valg at blive hjemme på sofaen. En måde at tilstræbe en løsning til dette problem på ville være at understøtte sundere aktiviteter økonomisk, fx at subsidiere adgangen til svømmehaller og fitnesscentre.

Det næste, der skal bemærkes, er, at tilgangen faktisk lader sociale og naturlige omstændigheder have en betydelig indflydelse. Det skyldes, at alle valg pålægges en afgift uden at tage i betragtning, om nogle grupper har sværere ved at undlade at træffe bestemte valg end andre. Problemet er således, at tilgangen også tillægger folks valg moralsk betydning i tilfælde, hvor det ikke for alle, der træffer sådanne valg, synes rimeligt at tilskrive dem ansvar for de trufne valg. Så selvom der i idéen om, at alle der har en given risikoadfærd, synes at være en tiltalende tankegang, risikerer selv denne tilgang at tillade folks omstændig-

heder at påvirke folks relative position. Effekten af dette må dog siges at være mindre end den, der kan forventes af den model, der holdt folk omkostningsansvarlige. Hertil skal lægges den allerede nævnte problematik, at dette andet element i teoridannelsen bevæger denne væk fra et klassisk held-egalitaristisk udgangspunkt og tættere på det, der i litteraturen omtales som all luck egalitarianism. Fra et held-egalitaristisk synspunkt er det klart problematisk, at denne tilgang både synes at holde folk ansvarlige for (nogle) uvalgte omstændigheder og sikrer omfordeling, der kompenserer for valgte forhold ved at omfordele mellem dem, der løber en ensartet risiko.

Forskel i ventetid

Ventelister er intet ukendt fænomen i sundhedsvæsnet. I den almindelige sundhedspolitiske debat betragtes de som ofte som et (nødvendigt) onde, der udtrykker ubalancer i sundhedssystemet. Ventelister *kan* udtrykke, at efterspørgslen efter behandling overstiger systemets kapacitet, og at folk af den grund må vente. Men det behøver ikke at være tilfældet. Ventelister mere generelt kan bruges som en prioriteringsmekanisme, hvilket i en dansk kontekst illustreres af SRSF-regeringens arbejde med en differentieret behandlingsgaranti, hvor kun nogle sygdomme har en behandlingsgaranti på én måned, mens andre sygdomme først garanteres behandling efter to. Det betyder i praksis, at patienter med bestemte sygdomme prioriteres højere end andre. Argumentet herfor er dog ikke baseret på ansvar, men på at disse sygdomme skulle have større behandlingsbehov end de, der skal vente to måneder. Ventelisterne, og måske snarere hvem der venter, kan således være udtryk for eksplicitte prioriteringer (Dworkin, 1981; Jensen, 2007). Spørgsmålet er så, hvorledes denne tankegang kan anvendes i forbindelse med personligt ansvar. Umiddelbart synes to praktiske indretninger nærliggende i relation til personligt ansvar. En hvor den enkeltes sygdomsforløb og årsager kortlægges, og en hvor bestemte sygdomme eller sygdomsårsager som udgangspunkt giver lavere prioritet, fordi de antages at være udtryk for, at personen ikke i tilstrækkelig grad har bestræbt sig på at undgå at blive syg. Valget mellem de to praktiske udformninger synes samtidig at være et trade-off mellem at risikere at lade folks omstændigheder influere deres position relativt til andre og en grundig potentiel ydmygende undersøgelse af deres personlige forhold. I den første udformning risikerer vi at skulle gennemføre sådanne undersøgelser, i den anden er risikoen at folk har sygdomme klassificeret som værende udtryk for personligt ansvar, af grunde de ikke kan gøre for. Et trade-off vi genkender fra de hidtil diskuterede modeller. Løsningen synes i de fleste tilfælde ikke at være ubarmhertigt hård. Ingen nægtes behandling, men nogle kommer til at vente mere på den end andre –

det kan dog være nødvendigt at lave ad hoc undtagelser for tilfælde, hvor øget ventetid i høj grad øger chancen for permanent forværret helbred. I det kommende afsnit vil vi se på en løsning, der potentielt også indebærer en venteliste, men som også giver folk muligheden for ikke at skulle vente.

Feirings ventemodell

Eli Feiring (2008) har præsenteret en variant af idéen om ventelister, hvis eksplicite formål er at undgå flere af de indvendinger, der her drøftes. Selvom Feiring ikke er held-egalitarist, er det værd at overveje, om hendes tilgang til ansvar i sundhed er attraktiv i denne kontekst. Feirings idé udvikles i forbindelse med livsstilssygdommen fedme men kan fint anvendes i en bredere kontekst. Hun oplister en række grunde til, at det kan være praktisk svært og/eller normativt problematisk at arbejde med et ansvarsbegreb, der er bagudrettet i den forstand, at det beskæftiger sig med, hvorvidt folk selv er ansvarlige for deres sygdom, og så forsøger at holde folk ansvarlige herudfra. Det er netop et sådant ansvarsbegreb, der har været motivationen for de hidtil diskuterede tilgange, og den måde, Feiring problematiserer det på, relaterer sig netop til sociale og naturlige omstændigheder, skamfulde afsløringer og ubarmhjertighed. Feiring ønsker af disse grunde at tale om det, hun kalder et fremadrettet ansvar. Idéen er, at de, der kommer til sundhedsvæsnet med en behandlingskrævende sygdom, der kan relateres til deres livsstil, stilles overfor et valg. De kan indgå en aftale med sundhedsvæsnet, der indebærer, at de skal ændre deres livsstil fremadrettet. I fald de indgår en sådan aftale, vil de blive behandlet på lige fod med alle andre. Hvis de vælger ikke at indgå aftalen, vil de blive placeret længere tilbage på ventelisten. Det er dermed nærliggende at behandle Feirings forslag som en mildere variant af ventelisten behandlet ovenfor. Konceptet er grundlæggende, at folk ikke vurderes på deres fortidige ageren, men på det valg de træffer vedrørende deres fremtidige ageren. Hvis de ønsker at vedblive med at leve det liv, der har resulteret i denne sygdom, så får de en lavere prioritet i sundhedsvæsnet, end hvis de siger ja til at lægge deres liv om. Først diskuteres en række uklarheder i Feirings teori, herefter diskuteres det, hvordan Feirings position klarer sig i forhold til de relevante indvendinger. Der synes at være et behov for, at Feiring specificerer, hvilke konsekvenser det bør have, i fald nogen bryder en indgået aftale. Hun synes at være tiltalt af, at dette kan resultere i en nedprioritering i forhold til fremtidige behandlingsbehov. En anden komplikation,³ der synes relevant at nævne, er den, der opstår, hvis en person pådrager sig en sygdom, der skyldes personens egne valg, efter at denne person har aflagt sig denne adfærd, fx ved at holde op med at ryge. Hvis modellen ikke stiller krav til denne person eller blot stiller krav om at fortsætte med at

være ikke-ryger, så forekommer den at ignorere personens eget ansvar i en grad, der synes problematisk. Hvis vi antager en rimelig afklaring på begge disse komplikationer, lad os da se på, hvorvidt Feirings teoridannelse kan undgå de gængse kritikker, og hvorvidt det er et alternativ, held-egalitarister kan omfavne. Feirings tilgang synes ikke at indebære risiko for at blive *ubarmhjerterig*, idet en ansvarsjusteret venteliste næppe kan karakteriseres som havende en sådan karakter. Ej heller synes modellen i første omgang at få brug for undersøgelser, der kan involvere *skamfulde afsløringer*. Disse kan givetvis være nødvendige i forbindelse med at placere et ansvar for aftalebrud. På tilsvarende vis synes der at være et problem med sociale eller naturlige omstændigheder. I forhold til sådanne uvalgte omstændigheder er de hovedsageligt relevante i forhold til at influere folks evne til at overholde en indgået aftale. Feiring synes at tillade konsekvenser ved aftalebrud, uanset om det er sådanne omstændigheder, der ligger bag et aftalebrud. Det sidste, der skal bemærkes, er, at Feirings model i tilfælde, hvor folk har aflagt sig deres risikobetonede adfærd, ikke synes i stand til at lade denne adfærd få nogle konsekvenser – selv i situationer hvor adfærden er klart selvvalgt og tilgængelig uden nogen form for skamfulde afsløringer. Dette er klart problematisk i et held-egalitaristisk perspektiv, og det synes derfor tvivlsomt, at held-egalitarister direkte kan tage Feirings forslag til sig.

Perspektiverende konklusion

På baggrund af ovenstående kunne det være nærliggende at drage en konklusion om, at at det på baggrund af diskussionen er svært at vælge imellem de forskellige modeller for at holde folk ansvarlige. De har alle på forskellig vis svært ved at undgå at blive ramt af en eller flere af de væsentlige kritikker, der er blevet drøftet her. Men blot det, at det ikke er klart, hvilken model vi bør foretrække generelt, udelukker ikke, at der er værdifulde pointer i at tage diskussionen.

Selve det at diskutere forskellige modeller for personligt ansvar er vigtigt for den held-egalitaristiske litteratur. Det skyldes, at idéen om at nægte behandling til tider behandles som den held-egalitaristiske standardposition. Den ovenstående diskussion viser en pluralitet af mulige tiltag, held-egalitarister kan tilslutte sig. En pluralitet kritikker af held-egalitarismen i en sundhedskontekst burde notere sig. Idéen om at nægte behandling er ydermere problematisk som paradigmatiske eksempel på held-egalitarisme i sundhed, fordi vi faktisk har held-egalitaristiske grunde til at være skeptiske overfor denne løsnings ensidige fokus på, at de, der løber en risiko med deres helbred, skal have dårligere helbred end andre frem for blot at være dårligere stillet på et andet parameter. I tillæg hertil synes den også både ubarmhjerterig og med risiko for at skulle

anvende skamfulde afsløringer. For både ventelister og omkostninger gælder det, at der synes at være et trade-off mellem, hvor præcist vi ønsker at kortlægge ansvar for at undgå at holde folk ansvarlige for deres omstændigheder og faren for, at de afsløringer, vi beder folk om at lave, er skamfulde og ydmygende for dem. Det betyder at det kan have stor betydning for, om en løsning er attraktiv, hvor let og tilgængelig information sådanne vurderinger baserer sig på. Herudover kan det siges, at skulle vi overordnet set vælge mellem ventelister og brugerbetaling, synes det væsentligt, om samfundet som helhed er præget af uvalgte uligheder i indkomst og formue. Er dette tilfældet, kan vi have held-egalitaristiske grunde til at foretrække en model baseret på ventelister frem for brugerbetaling. Denne pointe om indkomst udtrykker en anden mere generel pointe. Selvom vi kan diskutere retfærdighed i sundhed, så vil vores vurdering af retfærdige fordelinger og retfærdige tiltag på sundhedsområdet spille sammen med vurderinger af, hvor retfærdigt andre goder og byrder er fordelt.

Modeller, der delvist nedtoner et fokus på ansvar, blev også drøftet. Det blev bemærket, at Capellan og Norheims alternative version af brugerbetalingsmodellen på et afgørende punkt afviger fra det held-egalitaristiske ideal og er nærmere all luck egalitarianism. For Feirings version af ventelisterne gælder det, at den afviger fra det held-egalitaristiske ideal, men også at den indeholder uklarheder, der gør, at den ikke oplagt er at foretrække som alternativ. Hverken Capellan og Norheims idé om at pålægge alle risikofyldte valg en afgift eller Feirings forslag til ventelister synes at undgå risikoen for, at vi ender med at holde folk ansvarlige for sundhedstilstande, der i høj grad skyldes bestemte omstændigheder. Held-egalitarister må ydermere være bekymret for, om ikke modellerne siger for lidt om statens ansvar for at eliminere sådanne omstændigheder. Det synes at være vigtigt for held-egalitarismen, men samtidig noget der glider i baggrunden i sådanne modeller, hvor alle valg pålægges en afgift, eller hvis alle, der ikke overholder aftaler med sundhedsvæsnet, stilles ringere af den grund. De mere rene modeller for brugerbetaling, venteliste eller behandlingens kvalitet synes mere oplagt at kunne kombineres med sådanne tiltag.

Noter

1. Temaet i denne artikel var centralt i kandidatseminaret ”Ulighed i sundhed: Svære valg for individer og samfund”, som jeg underviste i efteråret 2012. Jeg skylder derfor en tak til de studerende, der gennem drøftelser og diskussioner har bidraget til ovenstående. Herudover er jeg taknemmelig for konstruktiv kritik fra Martin Marchman Andersen, David V. Axelsen, Kristian Jensen, Søren Flinch Midtgaard,

Lasse Nielsen, Thomas Søbirk Petersen, Jens Dambaard Thaysen og to anonyme reviewere.

2. Denne diskussion har haft stor gavn af Andersen (2014).
3. En komplikation påpeget af en reviewer.

Litteratur

- Albertsen, Andreas (2013). Lader held-egalitarismen Fanden tage de uansvarlige sidste? *Politica* 45 (2): 217-232.
- Albertsen, Andreas og Carl Knight (2013). A framework for luck egalitarianism in health and healthcare. *Journal of Medical Ethics* 6: 158-173.
- Andersen, Martin Marchman. (2014). What does society owe me if i am responsible for being worse off? *Journal of Applied Philosophy*. DOI: 10.1111/japp.12054.
- Anderson, Elizabeth S. (1999). What is the point of equality? *Ethics* 109 (2): 287-337.
- Arneson, Richard J. (1989). Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 56 (1): 77-93.
- Arneson, Richard J. (2000). Luck egalitarianism and prioritarianism. *Ethics* 110: 339-349.
- Arneson, Richard J. (2004). Luck egalitarianism interpreted and defended. *Philosophical Topics* 32 (1/2): 1-20.
- Buyx, Alena (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: Why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics* 34 (12): 871-874.
- Buyx, Alena og Barbara Prainsack (2012). Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *Clinical Ethics* 7 (2): 79-85.
- Cappelen, Alexander W. og Ole F. Norheim (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics* 31: 476-480.
- Cappelen, Alexander W. og Ole F. Norheim (2006). Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy* 76 (3): 312-319.
- Cavallero, Eric (2011). Health, luck and moral fallacies of the second best. *The Journal of Ethics* 15 (4): 387-403.
- Cohen, G. A. (1989). On the currency of egalitarian justice. *Ethics* 99 (4): 906-944.
- Daniels, Norman (2011). Individual and social responsibility for health, pp. 98-114 i Carl Knight og Zofia Stemplowska (red.), *Responsibility and Distributive Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Department of Health (2004). *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*. Department of Health.
- Dworkin, Gerald (1981). Taking risks, assessing responsibility. *The Hastings Center Report* 11 (5): 26-31.
- Feiring, Eli (2008). Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics* 34 (1): 33-36.

- Fleurbaey, Marc (1995). Equal opportunity or equal social outcome? *Economics and Philosophy* 11 (01): 25-55.
- Glannon, Walter (2009). Responsibility and priority in liver transplantation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 18 (1): 23-35.
- Harris, John (1995). Could we hold people responsible for their own adverse health? *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 12 (1): 147-53.
- Jensen, Karsten Klint (2007). Skal rygere, overvægtige og ældre sættes bagerst i sygehuskøen?, i Kasper Lippert-Rasmussen og Jesper Ryberg (red.), *Født og forbliver lige og frie?: om diskrimination og etik*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Knight, Carl (2009). *Luck Egalitarianism*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Knight, Carl (2013). Egalitarian justice and expected value. *Ethical Theory and Moral Practice* 16: 1061-1073.
- Le Grand, Julian (1991). *Equity and Choice: an Essay in Economics and Applied Philosophy*. New York: HarperCollins Academic.
- Leichter, Howard M. (2003). "Evil habits" and "personal choices": assigning responsibility for health in the 20th century. *The Milbank Quarterly* 81 (4): 603-626.
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2001). Egalitarianism, option luck, and responsibility. *Ethics* 111 (3): 548-579.
- Magnusson, Roger (2010). Obesity prevention and personal responsibility: the case of front-of-pack food labelling in Australia. *BMC Public Health* 10 (1): 662.
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education og Behavior* 26 (1): 121-141.
- Nielsen, Lasse (2013). Taking health needs seriously: against a luck egalitarian approach to justice in health. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (3): 407-416.
- Nielsen, Lasse og David V. Axelsen (2012). Three strikes out: objections to Shlomi Segall's luck egalitarian justice in health. *Ethical Perspectives* 19 (II): 307-316.
- Olsaretti, Serena (2009). Responsibility and the consequences of choice. *Proceedings of the Aristotelian Society* 109: 165-188.
- Rakowski, Eric (1993). *Equal Justice*. Oxford: Clarendon.
- Reiser, S. J. (1985). Responsibility for personal health: a historical perspective. *The Journal of Medicine and Philosophy* 10 (1): 7-17.
- Resnik, D. B. (2007). Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics* 33 (8): 444-445.
- Roemer, John (1993). A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner. *Philosophy and Public Affairs* 22 (2): 146-166.
- Schmidt, H. (2008). Bonuses as incentives and rewards for health responsibility: a good thing? *Journal of Medicine and Philosophy* 33 (3): 198-220.
- Segall, Shlomi (2010). *Health, Luck, and Justice*. Princeton: Princeton University Press.

- Stemplowska, Zofia (2013). Rescuing luck egalitarianism. *Journal of Social Philosophy* 44 (4): 402-419.
- Tan, Kok-Chor (2012). *Justice, Institutions, and Luck: the Site, Ground, and Scope of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Veatch, Robert M. (1980). Voluntary risks to health: the ethical issues. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 243 (1): 50-55.
- Veatch, Robert M. og Peter Steinfels (1974). If national health insurance is enacted – who should pay for smokers' medical care? *The Hastings Center Report* 4 (5): 8-10.
- Voigt, Kristin (2007). The harshness objection: Is luck egalitarianism too harsh on the victims of option luck? *Ethical Theory and Moral Practice* 10 (4): 389-407.
- Voigt, Kristin (2013). Appeals to individual responsibility for health. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 22 (02): 146-158.
- Voorhoeve, Alex (2005). *Equal Opportunity, Equality and Responsibility*. Ph.d.-afhandling, University of London.
- Wikler, Daniel (1987). Who should be blamed for being sick? *Health Education Quarterly* 14 (1): 11-25.
- Wikler, Daniel (2002). Personal and social responsibility for health. *Ethics and International Affairs* 16 (2): 47-55.
- Wolff, Jonathan (1998). Fairness, respect, and the egalitarian ethos. *Philosophy & Public Affairs* 27 (2): 97-122.

Martin Marchman Andersen

Hvorfor er sociale uligheder i sundhed uretfærdige?¹

I sin indflydelsesrige artikel ”The concepts and principles of equity and health” skriver Margaret Whitehead, at uligheder i sundhed bør defineres som uretfærdige, hvis de er unødvendige, undgåelige og i øvrigt betragtes som unfair. Jeg argumenterer for, at denne definition er uplausibel. Jeg forfægter i stedet fordelingsidealet ”velfærdslighed under ansvar” men argumenterer ikke desto mindre for, at individer aldrig er ansvarlige for adfærd, som leder til øget risiko for sygdomme, på en sådan måde at dette kan retfærdiggøre ulighed i velfærd. Jeg argumenterer for, at sociale uligheder i sundhed er problematiske, fordi de er sammenfaldende med ulighed i velfærd, uanset hvilken (plausibel) teori om velfærd vi anvender.

Regeringsgrundlaget for den for nyligt ændrede SRSF-regering indeholder klare intentioner om bekæmpelse af den sociale ulighed i sundhed, hvilket også har været et fokusområde for de øvrige regeringer siden 1990’erne (Regeringen, 2011). Også forskere, der studerer sociale uligheder i sundhed, deler ikke blot en ambition om at beskrive disse uligheder, men også ofte en ambition om at reducere dem. Det er altså en udbredt opfattelse, at sociale uligheder i sundhed er uretfærdige (Vallgård, 2006). Men hvis sociale uligheder i sundhed er uretfærdige, er det væsentligt at afklare hvorfor. For svaret herpå er ikke bare interessant af teoretiske grunde, men må antages at have indflydelse på en bred vifte af sundhedspolitiske prioriteringer. Vi har derfor brug for at afklare, hvad det er, der gør sociale uligheder i sundhed, eller visse af dem, uretfærdige.

Et indflydelsesrigt bud på, hvorfor, eller hvornår, sociale uligheder i sundhed er uretfærdige, er givet af den britiske epidemiolog Margaret Whitehead, som i artiklen ”The concepts and principles of equity and health” skriver, at uligheder i sundhed bør defineres som uretfærdige, hvis de er unødvendige, undgåelige og i øvrigt betragtes som unfair (Whitehead, 1992). Ikke bare fordi denne artikel er brugt som vejledning af WHO, men også fordi den i dag, ifølge *Google scholar*, er citeret mere end 1100 gange, mener jeg, at det er væsentligt – også i en dansk kontekst – at vise, hvorfor Whiteheads definition er uplausibel. Som jeg vil argumentere for, er fx præmissen om ”undgåelighed” nemlig både utilstrækkelig og unødvendig for at indfange det uretfærdige i sociale uligheder i sundhed. For at vise et mere konsistent alternativ til Whiteheads definition vil jeg forfægte teorien *welfare luck egalitarianism* (herefter: velfærdslighed under

ansvar) og vise, hvorfor sociale uligheder i sundhed er uretfærdige ifølge den (Cohen, 1989; Segall, 2010).

Mere præcist er artiklen struktureret som følger: Jeg forklarer for det første, hvad social ulighed i sundhed er og skitserer de mest almindelige epidemiologiske forklaringer herpå. For det andet introducerer jeg Whiteheads definition på, hvornår social ulighed i sundhed er uretfærdig, og viser, hvorfor den er uplausibel. I forlængelse af sin definition hævder Whitehead, at kun (visse former for) socialt forårsaget ulighed i sundhed er uretfærdig, mens naturligt forårsaget ulighed i sundhed ikke er uretfærdig. For det tredje argumenterer jeg for, at dette skel er moralsk vilkårligt og derfor ikke kan begrunde et skel i forhold til, hvad vi har retfærdighedsbaseret grund til at gøre. For det fjerde introducerer jeg det fordelingsideal, jeg mener, vi bør forfægte, nemlig velfærdslighed under ansvar, men argumenterer ikke desto mindre for, at individer aldrig er ansvarlige for adfærd, som leder til øget risiko for sundhed (eller noget som helst) på en sådan måde, at dette kan retfærdiggøre substantielt relevant ulighed. For det femte argumenter jeg for, at højere sygelighed og dødelighed er sammenfaldende med lavere velfærd, uanset hvilken (plausibel) teori om velfærd vi anvender. Jeg konkluderer, at meget af den ulighed i sundhed, vi kan observere, er problematisk, netop fordi den er sammenfaldende med ulighed i velfærd.

Inden da, et par opklarende bemærkninger: Jeg vil følge den mest udbredte metode i moderne analytisk (politisk) filosofi, nemlig bred reflekteret ligevægt, ifølge hvilken en politisk position retfærdiggøres ved, at den kohærerer med vores moralske (politiske) teorier, vores afprøvede intuitioner og relevante videnskabelige baggrundsteorier (Daniels, 1996; Holtug, 2011). Jo flere teorier og intuitioner en politisk position kohærerer med, jo bedre er den begrundet, alt andet lige.

Mit formål i denne artikel er først og fremmest at vise, at Whiteheads definition på uretfærdig social ulighed i sundhed er uplausibel, og at der findes (mindst) ét bedre alternativ. Denne opsætning giver mig samtidig lejlighed til at underminere flere udbredte synspunkter i den epidemiologiske litteratur såvel som i offentligheden, såsom at der er forskel på, om en ulighed er socialt eller naturligt forårsaget, og at individer er substantielt ansvarlige for adfærd, fx rygning, som leder til øget risiko for sygdomme. For at skabe plads hertil har jeg valgt, helt generelt, at se bort fra effektivitetshensyn. Enhver, som hævder, at lighed har værdi i sig selv, er i én forstand tvunget til at hævde, at et udfald, hvor to individer er lige dårligt stillet, er bedre end et udfald, hvor begge individer er bedre stillet, men ulige stillet (*leveling down*). Lighed som værdi i sig selv må derfor enten gå hånd i hånd med et effektivitetshensyn eller erstattes

af et andet princip, som tager højde for effektivitetshensyn, fx prioritanisme (Holtug, 2010). Jeg tager ikke højde for effektivitet i denne artikel, men bruger klausulen “alt andet lige” for at indikere, at mine konklusioner ikke nødvendigvis er gyldige, når alt tages i betragtning.

Det er også værd at bemærke, at social ulighed i sundhed måles som ulighed mellem grupper af individer, ikke enkelte individer. I politisk filosofi er der debat om, hvorvidt det er ulighed mellem grupper eller individer, som kan være uretfærdig. Jeg skal holde mig til den liberale tradition, som siger, at hvis en ulighed er uretfærdig, er det, fordi den udtrykker uretfærdighed mellem individer, ikke grupper. I det omfang social ulighed i sundhed er uretfærdig, er det således i det omfang, den udtrykker uretfærdighed mellem individer.

Endelig er det i sig selv genstand for filosofisk debat, hvordan vi nærmere skal forstå begrebet sundhed. For at gøre et kompliceret emne så simpelt som muligt vil jeg blot definere sundhed som fravær af sygelighed og dødelighed.

Hvad er sociale uligheder i sundhed?

Ved social ulighed forstås generelt, at der er forskelle i levevilkår og besiddelse af væsentlige goder mellem forskellige grupper i samfundet. Ved social ulighed i sundhed forstås, at forskellige grupper i samfundet besidder godet “sundhed” på forskellige niveauer. Ved sundhed forstås fravær af sygelighed og dødelighed. Ved social ulighed i sundhed forstås, at uligheden i sundhed er sammenfaldende med ulighed i besiddelse af andre relevante goder, fx uddannelse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet (socialøkonomisk position, SEP). Det interessante er altså ikke bare, at der er ulighed i sundhed, altså at forskellige grupper har forskellig sundhed, men at ulighed i sundhed er sammenfaldende med ulighed i besiddelse af andre relevante goder, SEP. I København er det sådan, at en lang uddannelse, i forhold til en kort uddannelse, er statistisk sammenfaldende med en sundhedsforskel på seks leveår og 11 raske leveår (Brønnum Hansen, 2005).

Det er dog ikke bare sådan, at de fattige dør og bliver syge før de rige. Snarere, for hvert trin man går op ad den socialøkonomiske rangstige (SEP), jo lavere dødelighed og sygelighed. Der er altså en social gradient i sundhed. I Sverige er det målt, at gruppen af individer med en bachelorgrad har højere dødelighed end gruppen af individer med en kandidatgrad, som igen har højere dødelighed end gruppen af individer med en ph.d.-grad (Erikson, 2001). Den sociale gradient omfatter således også individer, som ikke er fattige, hverken i indkomst- eller uddannelsesmæssig forstand. Forholdet er: jo højere SEP, jo bedre sundhed.

I 1980 udkom den såkaldte *Black Report*, som viste, at der trods 35 år med National Health Service (dvs. universel adgang til sundhedsydelser) i England stadig var markant social ulighed i sundhed, og fra denne rapport kendes tre hypoteser om årsagerne til social ulighed i sundhed. De færreste vil dog forklare social ulighed i sundhed alene ud fra én af disse. De skal snarere ses som grundlæggende forklaringstilgange og er sjældent gensidigt eksklusive:

1. Selektion. Denne hypotese hævder, at det ikke er social position, som bestemmer sundhedsniveau, men omvendt at sundhedsniveau (dårligt helbred) bestemmer social position. Der er dog meget, som tyder på, at kun en mindre del af den sociale ulighed i sundhed kan forklares sådan (Blane, Davey Smith og Bartley, 1993).
2. Adfærdsmæssige faktorer. Forskel i adfærd de forskellige samfundsgrupper imellem forklarer en stor del af den sociale ulighed i sundhed, eftersom adfærdsmæssige risikofaktorer som fx usund (fed) kost, rygning og mangel på motion er mere udbredt i lavere socialøkonomiske grupper. Men selvom der justeres for kendte adfærdsmæssige risikofaktorer, forbliver der i de fleste studier en ikke-forklaret social gradient (Iversen, 2002). Samtidig tenderer adfærdsmæssig forklaring til at forsimple forholdene; det forklares ikke, *hvorfor* adfærdsmæssige risikofaktorer er mere udbredte blandt lavere socialgrupper.
3. Strukturelle og materielle faktorer. Når materielle goder er ulige fordelt, har de dårligere stillede grupper ringere mulighed for at undgå stressende arbejde, dårlige boliger, køb af mindre sund mad (i det omfang sund mad er dyr) osv. Samtidig er flere sociale "lavere" beskæftigelser forbundet med strukturelle forhold, der kan være med til at vanskeliggøre en sund livsstil. Der kan være ulighed i adgang til relevante netværk, forskelle i adfærdsnormer på arbejdspladser, højere udsathed for forurening osv. Menneskers adfærd ligner ofte adfærd i den gruppe, de socialiserer med, og ændring af uhensigtsmæssige vaner kan måske siges at være vanskeligere under nogle sociale omstændigheder end andre (Bidstrup et al., 2008).

Yderligere peges der ofte på psykosociale forhold. En række banebrydende britiske studier, Whitehall-studierne, viser fx, at selvom en topembedsmand og et bud i den britiske centraladministration røg det samme antal cigaretter, så havde sidstnævnte tre gange så høj risiko for at udvikle lungekræft (Marmot, Shipley og Rose, 1984). Der tales derfor om differentiell sårbarhed, altså at flere risikofaktorer spiller sammen således, at hvis man er udsat for flere risikofaktorer, så kan disse spille sammen, så også den enkelte risikofaktor bliver højere.

Faktuelle og begrebslige uklarheder

Så godt som alle epidemiologer er enige om, at der er social ulighed i sundhed. Ikke desto mindre er de uenige om, hvor stor forklaringskraft de enkelte hypoteser rent faktisk har. Fx mener den britiske epidemiolog Sir Michael Marmot, at kun ca. en tredjedel af ulighederne i sundhed kan forklares af forskelle i velkendte risikofaktorer som rygning, kost og motionsvaner (Marmot, 2004). Andre forskere mener, at forskelle i sådanne risikofaktorer forklarer mellem 70 og 80 pct. af de eksisterende sociale uligheder i sundhed (Lynch et al., 2006).² Sådanne faktuelle uenigheder er dog ikke afgørende for principielt at bestemme, hvornår sociale uligheder i sundhed er uretfærdige, men kan være afgørende i forhold til at bestemme, hvor mange af de faktisk eksisterende sociale uligheder i sundhed, der er uretfærdige. Man kan fx mene, og det gør mange (Lund, Sandøe og Lassen, 2011), at individer selv er ansvarlige for valg, som påvirker deres sundhed, og derfor at de uligheder, som afspejler noget, individer selv er ansvarlige for, ikke er uretfærdige. Som vi skal se, er dette også en del af Whiteheads definition på uretfærdige uligheder i sundhed og i udgangspunktet også *velfærdslighed under ansvar*, som jeg senere vil forfægte.

Et andet væsentligt spørgsmål er, hvad der egentlig sigtes til eller impliceres af “social” i social ulighed i sundhed? Det oplagte svar er, at ulighederne i sundhed er sammenfaldende med andre sociale uligheder, nemlig socialøkonomiske uligheder. Derfor “social” ulighed i sundhed. Dog anes der i visse dele af litteraturen en mulig anden forklaring: Som nævnt skelner Whitehead mellem sociale og naturlige uligheder i sundhed, og hun mener, at kun de første kan være uretfærdige. En anden forklaring kan derfor være, at der er tale om uligheder i sundhed, som er socialt forårsaget, dvs. forårsaget af den måde hvorpå vi indretter samfundet. I forhold til spørgsmål om retfærdighed er dette dog uheldigt, for skellet mellem socialt og naturligt forårsaget ulighed i sundhed er, som jeg vil argumentere for, moralsk vilkårligt. Først vil jeg dog skitsere Whiteheads generelle definition på uretfærdig ulighed i sundhed, og jeg vil argumentere for, at denne er uplausibel som udgangspunkt for at forstå, hvornår og hvorfor social ulighed i sundhed er uretfærdig.

Whiteheads definition på uretfærdig ulighed i sundhed

Whitehead opstiller syv typer ulighed i sundhed:

1. Naturlig, biologisk variation.
2. Sundhedsskadelig adfærd som er frit valgt, fx deltagelse i visse typer sport.
3. En gruppes forbigående sundhedsfordel i forhold til en anden, når denne gruppe er den første til at adaptere en sundhedsfremmende adfærd (så længe andre grupper har midlerne til hurtigt at indhente denne fordel).

4. Sundhedsskadelig adfærd hvor graden af livsstilsvalg er alvorligt begrænset.
5. Udsættelse for usunde og stressfulde livs- og arbejdsbetingelser.
6. Utilstrækkelig adgang til essentielle sundhedsydelser.
7. Naturlig selektion eller sundhedsrelateret social mobilitet som involverer den tendens, at syge mennesker glider ned af den sociale rangstige (Whitehead, 1992: 5. Min oversættelse).

Whitehead foreslår, at 1-3 *ikke* er uretfærdige uligheder, modsat 4-7, og giver derpå en definition på, hvad vi skal forstå ved uretfærdige uligheder i sundhed: ”Termen uretfærdig ulighed har en moralsk og en etisk dimension. Den refererer til forskelle, som er unødvendige, undgåelige og i øvrigt betragtes som unfair og uretfærdige” (Whitehead, 1992: 5. Min oversættelse).

Denne definition, mener jeg, er utilfredsstillende. Den består af tre betingelser: 1) unødvendighed, 2) undgåelighed og 3) uretfærdighed. Da 1-3 er forbundet af *konjunktioner*, kræver en fuldstændig logisk afvisning af definitionen, at der vises en situation, hvor 1, 2 og 3 alle optræder, uden at denne situation derfor er uretfærdig. Dette er imidlertid vanskeligt at vise, fordi det er meget uklart, hvordan vi skal forstå præmis 1 og 3. Hvad skal vi forstå ved, at en sundhedsulighed er unødvendig? Unødvendig i forhold til hvad? Hvis i forhold til ikke at kompromittere andre samfundsmæssige værdier, så har vi brug for at vide, hvad disse er, og hvorfor de i denne henseende er af afgørende vigtighed. Ligeledes: Hvad skal vi forstå ved, at en sundhedsulighed betragtes som unfair og uretfærdig? Af hvem og med hvilke begrundelser? At nogle mener, at X er uretfærdig, er nemlig ikke et argument for, at X *er* uretfærdig. Det er blot en deskriptiv konstatering af, at nogle mener det. Men nogle kan mene det uden at kunne begrunde det. Nazismen blev således ikke mere retfærdig af, at store dele af den tyske befolkning støttede den.

Jeg vil derfor ikke gå ind i en videre diskussion af disse to præmisser men hævde, at for at vise at Whiteheads definition er uplausibel, er det nok at pege på, at første og tredje præmis netop er meget uklare, for derefter at vise, at den ”mere klare” præmis 2 hverken er en nødvendig eller tilstrækkelig betingelse for, at en sundhedsulighed er uretfærdig. Jeg vil derfor først argumentere for, A) at præmissen om ”undgåelighed” ikke er nødvendig, idet der findes uretfærdige uligheder i sundhed, som ikke kan undgås. Derefter vil jeg argumentere for, B) at præmissen om ”undgåelighed” ikke er tilstrækkelig, idet der findes retfærdige uligheder i sundhed, som kan undgås.

- A) Hvis det, at sundhedsuligheder kan undgås, er en nødvendig betingelse for, at de er uretfærdige, skal det være tilfældet, at der ikke findes sund-

hedsuligheder, som er uretfærdige, uden at de også kan undgås. Dette mener jeg ikke er tilfældet. Der synes netop at være uretfærdige sundhedsuligheder, som ikke kan undgås. Som James Wilson (2008) påpeger, er det fx ikke undgåeligt, at nogle som følge af blandt andet genetiske mutationer bliver blinde. Men at nogle i modsætning til andre bliver blinde holder, alt andet lige, ikke op med at være uretfærdigt, blot fordi vi ikke kan gøre noget ved det – altså give dem synet igen. I det hele taget er mange sygdomme delvist forårsaget af genetiske kompositioner, som vi ikke (i det mindste ikke indtil videre) kan gøre noget ved. Sådanne sygdomme er ikke undgåelige, men det betyder imidlertid ikke, at vi ikke kan gøre noget for at kompensere deres ofre på anden vis. Vi kan fx gøre det lettere at være blind ved at indrette offentlige bygninger, så det bliver nemmere non-visuelt at navigere i dem. Og vi kan opprioritere forskning i sådanne sygdomme og derved øge chancerne for at kunne kurere dem senere. Hvis sundhedsuligheder, som ikke kan undgås, er retfærdige, så følger det, at vi ikke har nogen retfærdighedsbaseret grund til at gøre sådanne tiltag, hvilket forekommer stærkt kontraintuitivt.

Hvis der således kan være uretfærdige sundhedsuligheder, som ikke kan undgås, så er undgåelighed ikke en nødvendig betingelse for, at sundhedsuligheder er uretfærdige. Spørgsmålet er så, om undgåelighed er en tilstrækkelig betingelse for uretfærdig ulighed i sundhed. Det mener jeg ikke, og det kan Whitehead heller ikke mene uden at gøre sig skyldig i inkonsistens:

B) Hvis det, at sundhedsuligheder kan undgås, er en tilstrækkelig betingelse for, at de er uretfærdige, skal det være tilfældet, at der ikke findes undgåelige sundhedsuligheder, som er retfærdige. Men jeg mener, der findes mindst to forhold, der gør undgåelige sundhedsuligheder retfærdige.

a) For det første må vi være åbne for den mulighed, at en sundhedsulighed mellem to individer skyldes (eller delvist skyldes), at det ene individ opfører sig på en måde, som vedkommende selv er ansvarlig for, og som (potentielt) er sundhedsskadelig, fx hvis det ene individ dyrker ekstrem sport. Men i sin opstilling af de syv typer ulighed i sundhed påpeger Whitehead netop selv, at sundhedsulighed kan skyldes “sundhedsskadelig adfærd, som er frit valgt, fx deltagelse i visse typer sport” (punkt 2), og at denne type sundhedsulighed ikke er uretfærdig. Men vi har ikke nogen grund til at tro, at ekstrem sport ikke kan undgås. Selvfølgelig kan ekstrem sport undgås – spørgsmålet er blot til hvilken pris og med hvilke øvrige konse-

kvenser. Derfor, hvis I) individer frit kan vælge noget, som skaber sundhedsulighed, som ikke er uretfærdig, og II) denne sundhedsulighed kan undgås, så findes der sundhedsulighed, som kan undgås uden derfor at være uretfærdig. Undgåelighed er derfor ikke en tilstrækkelig betingelse for uretfærdig ulighed i sundhed.

Whitehead påpeger altså selv, at sundhedsuligheder, som er resultat af noget, et individ frit har valgt, ikke er uretfærdige. Dette er jeg principielt enig i, men kun principielt. For som jeg senere vil argumentere for, så er det meget vanskeligt at etablere en (plausibel) teori om, hvad det vil sige at vælge noget frit og dermed være ansvarlig på en sådan måde, at det deraf følger, at individer er ansvarlige for noget som helst. Derfor vil jeg nu give endnu en grund til, at undgåelighed ikke er en tilstrækkelig betingelse for, at sundhedsulighed er uretfærdig, nemlig den at sundhedsulighed ikke er et ideal i sig selv.

b) I lighedsteori er der uenighed om, hvad det mere præcist er, individer bør have lige dele af. Positionerne tæller velfærd, ressourcer og *capabilities* (Cohen, 1989; Dworkin, 1981; Sen, 1980). Men uanset hvilket af disse bud, der i sidste ende er bedst begrundet, så følger det af ingen af dem, at sundhedsulighed er et ideal i sig selv. Forestil dig to individer, Anders og Bo. Anders lever et langt men middelmådigt liv på 80 år, mens Bo lever et rigere liv på 70 år. De har begge meget lidt sygdom i deres liv og er i samme grad (ikke) ansvarlige for deres omstændigheder. I kraft af forskellen i levealder imellem Anders og Bo er der ulighed i sundhed imellem Anders og Bo. Men fordi Bo lever rigere i sine færre leveår end Anders, er det sådan, at summen af velfærd i Anders' liv er identisk med summen af velfærd i Bos liv. Anders' og Bos liv er med andre ord kvalitativt lige gode. Men hvorfor skulle vi så bekymre os om uligheden i sundhed imellem dem? Det kan være svært at se, for sundhed har nemlig blot instrumentel værdi, mens velfærd har intrinsisk værdi, dvs. værdi i sig selv.

Lad os nu videre forestille os, at sundhedsuligheden imellem Anders og Bo faktisk kan undgås – eller reduceres. Hvis undgåelighed er en tilstrækkelig betingelse for uretfærdig ulighed i sundhed, så følger det, at vi – alt andet lige – skulle forsøge at reducere sundhedsuligheden imellem Anders og Bo. Men det er meget svært at se, hvorfor vi egentlig skulle gøre det, eftersom Anders og Bo kvalitativt er præcis lige godt stillet. Frem for at bruge kræfter på at udligne sundhedsuligheden imellem Anders og Bo burde vi måske snarere

bruge energien på at gøre deres liv endnu bedre. Der er med andre ord ikke nogen ulighed imellem dem, som er værd at bekæmpe.

Meget tyder derfor på, at undgåelighed hverken er en nødvendig eller en tilstrækkelig betingelse for uretfærdig ulighed i sundhed. Dette sammenholdt med, at Whiteheads øvrige betingelser for, hvornår sundhedsuligheder er uretfærdige, er meget uklare, gør, at vi med rimelighed kan konkludere, at hendes definition er uplausibel – den er sandsynligvis forkert.

Naturlig og social ulighed i sundhed

At undgåelighed hverken er en nødvendig eller tilstrækkelig betingelse for uretfærdig ulighed i sundhed, er væsentligt at påpege, også fordi Whitehead begrundet sin formodning om, at sundhedsuligheder, som er resultat af naturlig biologisk variation, ikke er uretfærdige på følgende måde: ”Mennesker varierer i sundhed, ligesom de gør i alle andre henseender. Vi vil aldrig blive i stand til at opnå en situation, hvor alle i befolkningen har samme sundhedsniveau (...) Dette er hverken et opnåeligt eller ønskværdigt mål” (Whitehead, 1992: 6. Min oversættelse).

Whitehead mener således, at fuldstændig lighed i sundhed hverken er opnåelig eller ønskværdig. Men hvis undgåelighed hverken er en nødvendig eller en tilstrækkelig betingelse for, at ulighed i sundhed er uretfærdig, så kan det, at lighed i sundhed ikke er opnåelig, ikke være en begrundelse for, at ulighed i sundhed er retfærdig. Tilbage står så påstanden om, at (fuldstændig) lighed i sundhed ikke er ønskværdig. Jeg mener, dette er rigtigt i én forstand, nemlig i den forstand at sundhedslighed ikke er ønskværdigt i sig selv, som jeg påstod i mit eksempel om Anders og Bo. Dette er, fordi sundhed ikke er nogen plausibel lighedsvaluta, alt taget i betragtning. Sundhed har nemlig kun instrumentel værdi, mens velfærd har intrinsisk værdi. For at indse dette, så forestil dig følgende:

Erik er midt i tresserne og bliver pludselig kørt ihjel i et trafikuheld. Efterladt sidder hans to voksne børn og diskuterer, hvor godt et liv deres far havde. De bliver enige om at værdisætte det til 9 på en skala fra 1-10. Nogle dage efter mødes de med den læge, som obducerede deres far. Han meddeler dem, at deres far, uden selv at vide det og uden at kunne mærke noget, havde begyndende prostatakræft. Hvis sundhed har værdi i sig selv, så implicerer det, at Eriks børn har grund til sænke deres værdisætning af farens liv. Ikke nødvendigvis meget, men nødvendigvis noget. Men hvorfor egentlig det?

Hvis vi ikke mener, at Eriks prostatakræft giver anledning til at revurdere værdien af Eriks liv, så er det svært at fastholde en formodning om, at sundhed har intrinsisk værdi. Blandt andet derfor mener jeg, at velfærd er den valuta, vi i sidste ende bør vurdere uligheder i.

Whitehead bruger sin påstand (om at lighed i sundhed ikke er ønskværdig) til at begrunde et skel mellem socialt og naturligt forårsaget ulighed i sundhed. Men hvis undgåelighed hverken er en nødvendig eller tilstrækkelig betingelse for, at sundhedsuligheder er uretfærdige, så står hun tilbage med blot en påstand om, at (fuldstændig) lighed i sundhed ikke er ønskværdig. Det, at lighed i sundhed ikke er ønskværdig, skulle så blandt andet skyldes, at uligheder i sundhed, som er resultat af naturlig variation, ikke er uretfærdige. Men det, mener jeg, er en misforståelse:

Forestil dig, at Søren er i slutningen af trediverne, og Henrik er i slutningen af tresserne. De har begge levet sundt uden tobak, fed mad osv., og deres gennemsnitlige årlige velfærdsniveauer har været ca. lige høje. Nu får Søren konstateret tarmkræft, og Henrik får konstateret lungekræft. I deres respektive diagnoser fremgår det, at Sørens tarmkræft med stor sandsynlighed er genetisk betinget, mens Henriks lungekræft er forårsaget af mange års arbejde med asbest. Begge sygdomme kan imidlertid bekæmpes, hvis indgreb foretages med det samme. Der er imidlertid krise på sygehuset, og kun én læge står til rådighed. Da begge indgreb er krævende og skal foretages med det samme, kan lægen ikke behandle både Søren og Henrik. Hvem skal hun vælge?

Hvis socialt betinget ulighed i sundhed er uretfærdig, mens naturligt betinget ulighed i sundhed er retfærdig, så følger det, at vi, alt andet lige, bør rette lægens opmærksomhed på Henrik. Det er dét, retfærdigheden, ifølge Whitehead, tilsiger os. Henriks sygdom er socialt forårsaget af arbejdet med asbest, som sociale institutioner har tilladt, mens Sørens sygdom er genetisk betinget – den er resultat af naturlig variation. Men det er stærkt kontraintuitivt at give behandlingen til Henrik. Ud fra en streng lighedsbetragtning, hvad enten vores valuta er velfærd eller sundhed, så har han nemlig allerede fået ca. 30 år med høj velfærd mere end Søren. Hvorfor behandle ham frem for Søren, blot fordi hans sygdom er socialt forårsaget?

Whitehead kan naturligvis hævde, at vi af andre grunde, dvs. ikke-retfærdighedsbaserede grunde, bør behandle Søren og ikke Henrik. Som jeg påpegede i indledningen, må et ideal om lighed som værdifuldt i sig selv nemlig kombineres med et effektivitetshensyn for at undgå, alt taget i betragtning,

at foretrække et alternativ, hvor alle er stillet lige dårligt, frem for et andet hvor alle er stillet bedre, men ulige bedre. Det kan derfor hævdes, at vi ud fra en effektivitetsbetragtning bør behandle Søren frem for Henrik, fordi vi, alt andet lige, har grund til at tro, at den gavn, som Søren vil få, hvis han får behandlingen, er større end den, Henrik vil få, hvis han får behandlingen. Dette fordi Henrik allerede er ca. 30 år ældre end Søren og dermed må forventes at dø tidligere. Men Whitehead ville stadig være tvunget til at sige, at det i én forstand er bedre at behandle Henrik frem for Søren, nemlig fordi det er det, vi ifølge hende har retfærdighedsbaseret grund til at gøre. Men hvorfor skulle det være retfærdigt? Det er svært at se, at der skulle være nogen moralsk relevans i skellet mellem naturligt og socialt forårsaget ulighed i sundhed. Selv hvis Søren og Henrik var lige gamle og havde haft lige gode liv, er det meget svært at se relevansen i dette skel.

Velfærdslighed under ansvar

Jeg har således argumenteret for, at det er uplausibelt, som Whitehead hævder, at social ulighed i sundhed er uretfærdig, *fordi* den er unødvendig, undgåelig og i øvrigt betragtes som unfair. Og jeg har argumenteret for, at der ikke er nogen grund til at tro, at der skulle være et moralsk relevant skel mellem naturligt og socialt forårsagede uligheder i sundhed. Hvis jeg har ret i, at dette skel er moralsk vilkårligt, kan vi heller ikke deraf begrunde et skel i forhold til, hvad vi har retfærdighedsbaseret grund til at gøre.

Hvad så? Betyder det, at sociale uligheder i sundhed ikke er uretfærdige? Nej, men i det omfang de er, så kan det ikke begrundes af Whiteheads definition. For at kunne vurdere om en given ulighed er uretfærdig, har vi brug for et ideal om fordelingsretfærdighed, og jeg vil forfægte idealet om velfærdslighed under ansvar: Det er, alt andet lige, uretfærdigt, hvis et individ har lavere velfærd end andre uden selv at være ansvarligt herfor.

Dette ideal, mener jeg, er plausibelt af mindst tre grunde. 1) Det er plausibelt, at dét, der ultimativt ønskes fordelt, er velfærd, fordi velfærd i modsætning til sundhed, penge, ressourcer osv. har værdi i sig selv, hvorimod sundhed, penge, ressourcer osv. kun har instrumentel værdi, dvs. værdi i det omfang de leder til (er instrument for) velfærd. 2) Det er plausibelt, at det indeholder en ansvarsklausul sådan, at uligheder i princippet kan være retfærdige, hvis de dårligere stillede individer selv er ansvarlige herfor. Denne ansvarsklausul indeholder en vigtig begrundelse for, hvorfor ulighed er uretfærdig – fordi den, hvis den ikke er resultat af noget, individer selv er ansvarlige for, er moralsk vilkårligt, simpelthen udtryk for held. 3) Endelig er det plausibelt, at det inde-

holder klausulen “alt andet lige”, da det derved ikke er forpligtet på leveling down, når alt tages i betragtning.

Spørgsmålet er så om og i hvilket omfang, sociale uligheder i sundhed er uretfærdige ifølge princippet om velfærdslighed under ansvar? Når vi stiller dette spørgsmål, er der to indlysende forhold, som må afklares. Først må det afklares om og i hvilket omfang, individer selv er ansvarlige for handlinger såsom rygning, overspisning osv., som leder til forhøjet risiko for forskellige sygdomme. Derefter må det afklares, hvad forholdet er mellem sundhed, hvilket jo er genstanden for diskussionen her, og velfærd, som er den valuta, som princippet foreslår, at uligheder skal vurderes i.

Hvorfor individer ikke selv er ansvarlige for handlinger, som leder til øget risiko for sygdomme

Som jeg var inde på tidligere, er det evident, at en del af den sociale ulighed i sundhed, som er målt, kan forklares ved netop at henvise til, at visse velkendte risikofaktorer, såsom rygning, overspisning og mangel på motion, er mere udbredte i lavere socialøkonomiske grupper end i højere. Vi ved altså, at rygning, overspisning og for lidt motion leder til øget risiko for diverse sygdomme, og vi ved, at disse livsstilsvalg er mere udbredte i lavere socialøkonomiske grupper. Er sådanne livsstilsvalg individers eget ansvar? I så fald er sociale uligheder i sundhed, som er resultat af disse valg, og som leder til ulighed i velfærd, ikke uretfærdige ifølge princippet om velfærdslighed under ansvar.

Spørgsmålet om individers ansvar for egen sundhed er vigtigt, ikke blot på grund af princippet om velfærdslighed under ansvar, men, mere bredt, fordi mange mener, at individer *er* ansvarlige for visse handlinger, som leder til øget risiko for sygdom, og at dette har indflydelse på, hvad samfundet skylder disse individer i form af kompensation, fx i form af adgang til hospitalsydelser (Lund, Sandøe og Lassen, 2011). Enhver, der vil forsvare lighed, er i udgangspunktet sårbar over for den indvending, at nogle uligheder skyldes årsager, som må tilskrives de ulige stillede individers eget ansvar.

For at klargøre idéen i denne indvending kan vi forestille os to personer, David og Lasse, der som 18-årige har lige gode evner, er fra samme socialklasse og har samme genetiske disponering for alle relevante sygdomme. Efter gymnasiet vælger David (velinformeret) en *rock'n'roll*-tilværelse. Han sidder meget på værtshus, drikker mange øl, ryger mange cigaretter og spiser fed junkfood, når han vågner med tømmermænd op ad eftermiddagen. Lasse vælger sund mad, ingen tobak, masser af motion og kun alkohol i moderate mængder. Når de mødes som 35-årige, er det så ikke svært at følge David, hvis han beklager sig over uretfærdigheden i, at han har dårligere sundhed end Lasse?³

Hvis dette er sandt, er det så ikke også sådan, at uligheder i sundhed, som skyldes de sundhedsmæssigt dårligere stillede individers egne valg om at ryge, drikke, overspise osv., ikke er uretfærdige? Umiddelbart jo, men under forudsætning af at David "bare kunne have valgt anderledes". Under forudsætning af at han er ansvarlig for de valg, han har truffet. Jeg vil argumentere for, at dette ikke er tilfældet og derfor, at hvis der er ulighed i sundhed imellem David og Lasse, som leder til ulighed i velfærd imellem David og Lasse, så er dette uretfærdigt, alt andet lige.

For at undgå misforståelser vil jeg gerne understrege det vigtige i at skelne mellem dét at være ansvarlig for noget og dét at blive holdt ansvarlig for noget. Som jeg vil vende tilbage til, kan der nemlig være grunde til at holde individer ansvarlige, selvom de ikke er ansvarlige. Hvis det at holde et individ ansvarlig for X leder til gode konsekvenser, kan det nemlig være en grund til at gøre det, uanset om individet faktisk er ansvarlig for X (tænk fx på ministeransvarsloven). Men dette er et spørgsmål, som vedrører effektivitet. Emnet her er, at dét, at et individ er ansvarligt for at være dårligere stillet, kan retfærdiggøre, at det er dårligere stillet. Derfor har vi brug for at vide, hvad det kræver, at et individ er ansvarligt for noget.

Det traditionelle svar på, hvad ansvar kræver, er, at et individ er ansvarligt for X, hvis det havde muligheden for at handle anderledes, dvs. handle på en anden måde end X (Hurley, 2003). Dette svarer således til den ofte hørte ansvarsappel: "Hun kunne jo bare have ladet være med at ...", og plausibiliteten af definitionen ligger i høj grad i negeret formulering: Hvis vi ikke kan handle anderledes, hvordan kan vi så være ansvarlige? Men med kravet om muligheden for at handle anderledes følger det, at det er meget usandsynligt, at vi nogensinde kan handle anderledes, på den måde mange forventer det. Dette af følgende grunde:

Hvis determinisme er sand, dvs. at enhver begivenhed er determineret af (mindst) én forudgående årsag, så følger det nemlig, at vi aldrig kan handle anderledes. Imod dette indvendes det ofte, at vi ikke ved, om determinisme er sand, og at kvantemekanik netop synes at implicere, at der findes totale vilkårligheder. Hvis kvantemekanik er sand, så følger faktisk muligheden for, at et individ kan handle anderledes. Problemet hermed er blot, at hvis et individ handler anderledes som følge af en total vilkårlighed, så er det stadig meget svært at se, hvordan dette individ kan være ansvarligt herfor. Hvis noget er totalt vilkårligt, så er det jo ude af enhver kontrol. For at undgå dette bør kravet om, at et individ må kunne handle anderledes for at være ansvarligt, kombineres med et andet krav, nemlig det såkaldte regressionskrav: Et individ, I, er ansvarlig for X, hvis I er ansvarlig for årsagerne til X.

Pointen er således, at hvis et individ kan handle anderledes som følge af totale vilkårligheder, så er det ikke ansvarligt herfor, fordi det ikke er ansvarligt for årsagerne til, at det handler anderledes. Årsagerne er jo netop vilkårlige. Kombinationen af kravet om at kunne handle anderledes og regressionskravet gør det umuligt at være ansvarlig for en handling (eller undladelse), hvis den er determineret, eller hvis den er vilkårlig. Men der er en mulighed tilbage, som kan gøre individer ansvarlige under kravet om at kunne handle anderledes og kravet om regression, nemlig muligheden af agent-kausalitet.

Ligesom det i teologi blev (eller bliver) antaget, at Gud er årsagen til alting uden at være forårsaget af noget som helst, bør vi overveje, om individer (agenter) kan tillægges samme egenskaber. Agent-kausalitet er altså den påstand, at individer kan starte nye kausalkæder, som hverken er prædeterminerede eller vilkårlige. Dette svarer således til en naturalistisk forestilling om fri vilje. At vælge noget som resultat af fri vilje kræver nemlig ultimativt, at det vælges frit, hvilket udelukker, at valget er tilfældigt eller bestemt af forudgående årsager. Hvis Thomas begynder at ryge som resultat af et agent-kausalt valg, så tilfredsstiller han kravet om at kunne handle anderledes, fordi agent-kausaliteten indebærer, at han starter en ny kausalkæde, som han (antageligvis) kunne undlade at starte. Han tilfredsstiller også regressionskravet, fordi han er selve årsagen til, at han begynder at ryge.

Problemet med agent-kausalitet er dog, at vi ikke rigtig har gode grunde til at tro på den, og derfor er der i dag også kun meget få filosoffer, som forfægter synspunktet.⁴ Problemet, i en nøddeskal, er, at hvis Thomas begynder at ryge som resultat af et agent-kausalt valg, så følger det per definition, at det, at Thomas begynder at ryge, ikke har nogen årsag, andet end at Thomas besluttede sig for det. Vi kan ikke sige noget som helst kausalt om, hvorfor han gjorde det, andet end at han gjorde det. Dette bryder ikke bare med den meget udbredte intuition, at begivenheder, inklusiv menneskelige handlinger, har årsager, men er derfor også inkompatibelt med enhver videnskabelig kausal forklaring på menneskelig adfærd – psykologisk, sociologisk eller biologisk.

Groft sagt kan man sige, at fri vilje er en nødvendig betingelse for ansvar, og fri vilje kræver agent-kausalitet. Men fordi agent-kausalitet er, hvis ikke forkert, så meget usandsynlig, så er ansvar sandsynligvis umuligt. En del filosoffer er imidlertid uenige i denne konklusion. De mener, at ansvar er muligt uden agent-kausalitet. De mener, vi kan være ansvarlige for en handling, selv hvis vi er determineret til at udføre den: Ansvar og determinisme er *kompatible*. To udbredte *kompatibilistiske* teorier er Harry Frankfurts idé om, at et individ er ansvarligt, hvis det handler i overensstemmelse med, hvad det dybest set gerne vil (Frankfurt, 1971), og John Martin Fischers idé om, at et individ er ansvar-

ligt, hvis det (groft sagt) responderer (tilpas sensitivt) på de grunde, det handler på (Fischer og Ravizza, 1998).

Begge disse positioner har dog det problem, at hvis agent-kausaltet er forkert, og alt hvad vi gør derfor er prædetermineret eller resultat af vilkårligheder, så er det, vi dybest set gerne vil, eller den måde, hvorpå vi responderer på grunde, også enten prædetermineret eller resultat af vilkårligheder. Selvom disse positioner (måske) kan være fine modeller for ansvarstilskrivelse i vores daglige omgang med hinanden, så kan jeg ikke se, at de ultimativt kan begrunde, at individer er ansvarlige på en sådan måde, at dét kan retfærdiggøre ulighed.

Som jeg nævnte i indledningen af dette afsnit, kan vi dog have gode effektivitetsbaserede grunde til at holde hinanden ansvarlige for visse handlinger. Hvis det, at vi fx "lader som om", at rygere er ansvarlige for at ryge, eller beskatter tobak, gør, at rygere tenderer til at holde op med at ryge eller blot at ryge mindre, kan dette være en grund til faktisk at gøre det. Men forsøg på at retfærdiggøre uligheden i sundhed mellem fx rygere og ikke-rygere ved at hævde, at rygerne selv er ansvarlige for at ryge (og derfor meget af uligheden), er fejlslagene. Dette fordi rygerne ultimativt ikke er ansvarlige for at ryge.

I forhold til at afgøre hvorfor, og i hvilket omfang, social ulighed i sundhed er uretfærdig ifølge princippet om velfærdslighed under ansvar, står så tilbage at undersøge forholdet mellem sundhed og velfærd:

Hvorfor er sociale uligheder i sundhed uretfærdige?

Idealet om velfærdslighed under ansvar siger kun noget om velfærdslighed, og derfor kan det i princippet tilfredsstilles i et samfund med store uligheder i sundhed. Dette betyder imidlertid langt fra, at ulighed i sundhed, og navnlig social ulighed i sundhed, ikke er udtryk for en tilstand, som ofte er problematisk. Den sociale ulighed i sundhed er nemlig problematisk i det omfang, den leder til ulighed i velfærd. Spørgsmålet er så, i hvilket omfang den gør det. I dette sidste afsnit vil jeg argumentere for, at det gør den i høj grad.

Der er uenighed om, hvad velfærd ultimativt består i. De tre mest udbredte teorier er 1) hedonisme, altså mentale tilstande af lykke/velfærd, 2) præference-tilfredsstillelse, og 3) objektiv liste-teori. Uanset hvilken af disse teorier der bedst kan begrundes, er det indlysende, at sundhed er et væsentligt instrument for velfærd, enten fordi sygdom kan stå i vejen for mentale velfærdstilstande, fordi de fleste har en præference for ikke at være syg, eller fordi det at være sund oplagt er ét punkt på en objektiv liste over, hvad der udgør velfærd.

Det er selvfølgelig langt fra utænkeligt, at to individer kan have liv, som velfærdsmæssigt er præcis lige gode, samtidig med at de ikke har samme sundhed. Men dette er sandsynligvis undtagelsen snarere end reglen. Forestil dig et

samfund, som består af to ressourcemæssigt lige stærke grupper, A og B, som hver indeholder 100.000 individer, således at den gennemsnitlige levealder i A er 70 år, mens den gennemsnitlige levealder i B er 80 år. Fordi vi har store tal, grupper af hver 100.000 individer, forekommer det (empirisk) plausibelt at tro, at den gennemsnitlige velfærd over hele liv er større i B end i A. Det er med andre ord usandsynligt, at to individer med identisk velfærd men med væsentlig forskellig sundhed er statistisk repræsentative. Det ville nemlig forudsætte, at individer, som dør tidligere, statistisk set skulle have højere velfærd pr. leveår end dem, som dør senere. Men det har vi næppe grund til at tro.

Ydermere: Hvis vi kaster blikket på vores faktiske verden, er det jo ikke bare sådan, at vi kan observere ulighed i sundhed, men også at den ulighed, vi kan observere i sundhed, er sammenfaldende med socialøkonomisk ulighed. Med andre ord er det slående ved social ulighed i sundhed netop, at der ikke bare er tale om ulighed i sundhed, men at denne ulighed i sundhed er sammenfaldende med uligheden i besiddelsen af andre relevante goder, såsom uddannelse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet. Så ikke bare har nogen færre ressourcer end andre, de har også mere sygdom, og de dør tidligere. Med udgangspunkt i et ideal om velfærdslighed er denne dobbelthed væsentlig, for den giver yderligere grund til at tro, at der er ulighed i velfærd. Ligesom det kan være tilfældet, at et individ har højere velfærd end et andet, selvom det har ringere sundhed, kan det selvfølgelig også værre tilfældet, at et individ har højere velfærd end et andet, selvom det har ringere sundhed og færre ressourcer. Men sådanne tilfælde vil sandsynligvis drukne, når vi har store tal. Igen, hvis vi har et samfund, som består af to grupper, A og B, som hver indeholder 100.000 individer, men hvor individer i A ikke bare i gennemsnit lever seks år længere og har 11 flere raske leveår (Brønnum Hansen, 2005), men tilmed har længere uddannelser og højere indkomster end individer i B, så forekommer det sandsynligt, at individer i A også gennemsnitligt har højere velfærd (over hele liv) end individer i B. At højere sygelighed og dødelighed er sammenfaldende med lavere uddannelse og indkomst giver således blot yderligere grund til at tro, at den ulighed, vi kan observere i sundhed, netop er sammenfaldende med ulighed i velfærd.

Vi skal ikke lade os forskrække af, at spørgsmålet om, hvad velfærd ultimativt består i, er kontroversielt. Pointen er netop her, at uanset hvilken af de tre generelle teorier om velfærd vi anvender, så peger alt på, at sundhed er væsentligt for velfærd. Også empirisk lykkeforskning peger i samme retning. Her går målingen på selvrapporeret lykke, hvilken stiger både med bedre helbred og højere indkomst (Easterlin, 2001: 468).

Der er således gode grunde til at tro, at sundhed og velfærd er sammenfaldende, og derfor også til at tro, at sociale uligheder i sundhed rent faktisk er problematiske. Dette fordi de i meget høj grad leder til ulighed i velfærd.

Noter

1. Jeg vil gerne takke de øvrige bidragsydere til dette temanummer, samt David Axelsen, Jens Damgaard Thaysen og Kasper Lippert-Rasmussen for nyttige kommentarer til denne artikel.
2. Her skal også gøres opmærksom på forskellen mellem måling af absolut og relativ ulighed.
3. Dette eksempel er et modificeret lån fra Kasper Lippert-Rasmussen (2009).
4. En undtagelse er Robert Kane (2005)

Litteratur

- Bidstrup, Pernille Enevold, Kirsten Frederiksen, Volkert Siersma, Erik Lykke Mortensen, Lone Ross, Mathilde Vinther-Larsen, Morten Grønbæk og Christoffer Johansen (2008). Social-cognitive and school factors in lifetime smoking among adolescents. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev* 17: 1862.
- Blane, David, George Davey Smith og Mel Bartley (1993). Social selection: What does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness* 15 (1): 1-15.
- Brønnum Hansen, Henrik et al. (2005). Social differences in expected lifetime spent in good health in Copenhagen. *Ugeskrift for Læger* 167 (2): 166-168.
- Cohen, G.A. (1989). On the currency of egalitarian justice. *Ethics* 99 (4): 906-944.
- Daniels, Norman (1996). *Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworkin, Ronald (1981). What is equality? Part II: Equality and resources. *Philosophy and Public Affairs* 10 (4): 283-345.
- Easterlin, Richard A. (2001). Income and happiness: towards a unified theory. *The Economic Journal* 111 (473): 468.
- Erikson, Robert (2001). Why do graduates live longer? Education, occupation, family and mortality during the 1990s, i Jan O. Jonsson og Colin Mills (red.), *Cradle to Grave. Life-course Change in Modern Sweden*. York: Sociology Press.
- Fischer, John Martin og Mark Ravizza (1998). *Responsibility and Control: A Theory of Moral Responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frankfurt, Harry (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy* 68.
- Holtug, Nils (2010). *Persons, Interests, and Justice*. Oxford: Oxford University Press.

- Hurley, Susan (2003). *Justice, Luck, and Knowledge*. Cambridge: Harvard University Press.
- Iversen, Lars (red.) (2002). *Medicinsk sociologi*. København: Munksgaard.
- Kane, Robert (2005). Free will: new directions for an ancient problem, i John Martin Fischer (red.), *Free Will: Critical Concepts in Philosophy. Volume III: Libertarianism, Alternative Possibilities, and Moral Responsibility*. New York: Routledge.
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2009). Lige muligheder og ansvar, i Nils Holtug og Kasper Lippert-Rasmussen (red.), *Lige muligheder for alle*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Lund, Thomas, Peter Sandøe og Jesper Lassen (2011). Attitudes to publicly funded obesity treatment and prevention. *Obesity* 19 (8): 1580-1585.
- Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper og Kathleen Bainbridge (2006). Explaining the social gradient in coronary heart disease: comparing relative and absolute approaches. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60: 435-441.
- Marmot, Michael (2004). *The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Bloomsbury.
- Marmot, Micheal, M.J. Shipley og Geoffrey Rose (1984). Inequalities in death – specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1 (8384): 1003-1006.
- Regeringen (2011). Regeringsgrundlag: http://www.stm.dk/publikationer/Et_Danmark_der_staar_sammen_11/Regeringsgrundlag_okt_2011.pdf 28-01-2013
- Segall, Shlomi (2010). *Health, Luck and Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- Sen, Amartya (1980). Equality of what?, pp. 197-220, *The Tanner Lectures on Human Values*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vallgård, Signild (2006). When are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health* 16 (6): 615-616.
- Whitehead, Margaret (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22 (3): 429-445.
- Wilson, James (2008). Health inequities, pp. 211-230 i Angus Dawson (red.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press. <http://discovery.ucl.ac.uk/1325655/1/wilson%20-%20chapter%2012%20health%20inequities.pdf> (10.10.2010)

Søren Flinch Midtgaard

Paternalisme, sundhedsfremme og lighed¹

Folks sundheds- eller livsstilsvalg, fx hvorvidt de ryger, drikker, spiser fed og salt mad, børster deres tænder, motionerer etc., har afgørende indvirkning på deres sundhedstilstand. Samtidig er der en social skævhed eller såkaldt sociale gradient i disse valg, således at folk i lavere sociale lag tenderer til at træffe sundhedsmæssigt dårligere valg end folk i højere sociale lag. Det er medvirkende til store uligheder i sundhed. Staten har – i det omfang dens opgave delvist er at forhindre skade på individer eller positivt at gavne dem samt at fremme lighed – derfor gode grunde til at søge at påvirke disse valg. Indsatser i forhold til folks sundhedsvalg er dog langt fra uproblematisk. Specielt rejser de en formynder- eller paternalisme-problematik, dvs. en problematik gående på, om staten har gyldig adkomst til at blande sig i, hvad der kan synes at være private områder eller beslutninger. Endvidere må de forskellige indsatser vurderes kritisk i lyset af målsætningen om at mindske uligheden i sundhed. En nærmere forståelse af paternalisme-problematikken i forhold til sundhedsfremme fordrer i første omgang en forståelse af, hvad paternalisme er. I en nøddeskal handler A paternalistisk i forhold til B, hvis, og kun hvis, A begrænser B's frihed, imod B's vilje, angiveligt i B's interesse, og hvor A's handling i forhold til B ikke kan retfærdiggøres uden at lade det forhold, at den gavner B, tælle til dens fordel. Dette er en definition af hård paternalisme. Den bløde modpart accepterer kun frihedsrestriktioner, når der er tale om ufrivillige handlinger. Standarden for frivillige handlinger, som den bløde paternalisme anvender, er delvist overlappende med rationalitetsstandard, der indgår i hård subjektivistisk paternalisme. Der er dog stadig tale om distinkte positioner. Individorienterede tiltag i form af fx oplysning er ikke udtryk for paternalisme. Imidlertid har de en tendens til at øge uligheden frem for at mindske den (da det primært er folk i højere sociale lag, der reagerer på dem). Såkaldte puffepolitikker (*nudging*), der er en form for strukturelle tiltag, har tendens til at mindske uligheden i sundhed, men de er mere kontroversielle i lyset af paternalisme-problematikken, end deres fortalere lægger op til. Blandt andet kompromitterer de frivilligheden i folks sundhedsvalg. Andre strukturelle tiltag såsom afgifter, skatter og forbud/påbud tenderer også til at mindske uligheden i sundhed og er ikke nødvendigvis mere kontroversielle end puffepolitikker, hvad angår deres friheds- eller autonomiindskrænkende virkninger.

Staten griber på flere måder ind i vores aktiviteter, delvist med henblik på at tilgodese vores sikkerhed og på at fremme vores sundhed og velfærd. Den pålægger os fx at anvende sikkerhedsseler i biler og hjelm, når vi kører på knallert eller motorcykel. Den regulerer også fx rygning og indfører afgifter på bestemte sundhedsskadelige fødevarer. Vi taler om såkaldte *formynderiske* eller *paternalistiske* indgreb – indgreb som løst formuleret har som primært sigte at hindre selvskade eller at fremme folks sundhed eller velfærd. I forhold til folks sundhedsvalg synes der at være gode grunde til paternalistiske interventioner. Det er veldokumenteret, at folks livsstilsvalg eller (bredere) deres ”sundhedsvalg”, fx hvorvidt de ryger, drikker, spiser fed mad, børster deres tænder, motio-nerer etc., er af afgørende betydning for deres sundhed (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 98-106). I et prægnant politisk udsagn hævder tidligere premierminister i Storbritannien Tony Blair, at: ”Vores offentlige sundhedsproblemer er strengt taget ikke offentlige overhovedet. De er alle relaterede til individuel livsstil – overvægt, rygning, alkohol, sukkersyge, seksuelt overførte sygdomme” (Dowler og Spencer, 2007: 43).

Endvidere er der markante uligheder i folk sundhedsvalg og dermed, alt andet lige, i deres sundhed (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011). Paternalistiske indgreb er imidlertid langt fra uproblematisk. Det er et åbent spørgsmål, hvad der nærmere bestemt ligger i paternalistiske indgreb eller handlinger, og om sådanne kan retfærdiggøres. Tiltagens virkninger i forhold til at reducere ulighed i sundhed er heller ikke entydige. Artiklen analyserer først, hvad der ligger i et paternalistisk indgreb. I en nøddeskal handler A paternalistisk i forhold til B, hvis og kun hvis A begrænser B’s frihed, imod B’s vilje, angiveligt i B’s interesse, og hvor A’s handling i forhold til B ikke kan retfærdiggøres uden at lade det forhold, at den gavner B, tælle til dens fordel. Dette er en definition af hård paternalisme. Den bløde modpart accepterer kun frihedsrestriktioner, når der er tale om ufrivillige handlinger. Standarden for frivillige handlinger, som den bløde paternalisme anvender, er delvist overlappende med rationalitetsstandard, der indgår i hård subjektivistisk paternalisme. Der er dog stadig tale om distinkte positioner. På baggrund af den fremlagte forståelse af paternalisme søger artiklen at pege på de problematikker, der knytter sig til forskellige former for tiltag til at fremme folks sundhed, herunder at vurdere deres virkninger i forhold til at mindske uligheden i sundhed. Individorienterede tiltag i form af fx oplysning og kampagner er ikke paternalistiske. Imidlertid har de en tendens til at øge uligheden frem for at mindske den (da det primært er folk i højere sociale lag, der reagerer på dem). Såkaldte puffepolitikker (*nudging*), der er en form for strukturelle tiltag, har en tendens til at mindske uligheden i sundhed, men de er mere kontroversielle, end deres fortalere lægger

op til. Blandt andet kompromitterer de frivilligheden i folks sundhedvalg. Andre strukturelle tiltag såsom afgifter, skatter og forbud/påbud tenderer også til at mindske uligheden i sundhed og er ikke nødvendigvis mere kontroversielle end puffepolitikker, hvad angår deres friheds- eller autonomiindskrænkende virkninger.

Hvad er paternalisme?

På trods af at vi har en umiddelbar opfattelse af, hvad der ligger i ”paternalisme” eller ”formynderi” – nemlig at det betegner handlinger eller politikker, der søger at forhindre selvskade – er det et komplekst spørgsmål, hvad der nærmere bestemt skal gøre sig gældende for, at vi kan sige, at en person A handler paternalistisk i forhold til en person B (eller at en stat handler paternalistisk over for en borger).² I litteraturen er der flere konkurrerende definitioner samt opfattelser af de relevante desiderata for en tilfredsstillende definition. Jeg følger i store træk Peter de Marneffes definition (De Marneffe, 2006: 73-74). Ifølge denne er A's handling (eller undladelse) paternalistisk i forhold til B, hvis og kun hvis:

- (i) A søger at begrænse B's frihed (fx ved at forhindre B i at udføre visse handlinger, tvinge ham, gøre visse optioner for B mere besværlige og/eller dyrere for ham, fjerne optioner for B, eller strukturere B's optionssæt med henblik på at få ham til at foretage bestemte valg).
- (ii) A udfører en sådan handling (jf. (i)) *imod* B's vilje (i tilfælde af at B ikke har overvejet, eller haft mulighed for at overveje, handlingen, inden den foretages, handler A imod B's vilje, hvis, og kun hvis, B, oplyst om sagens omstændigheder, ville foretrække sin situation, uden at A havde handlet, som han gjorde).
- (iii) A handler på den måde, han gør, ud fra et motiv om at gavne B eller for at forhindre, at B skader sig selv på baggrund af *enten* A's opfattelse af, hvad der er godt for B, *eller* B's egen opfattelse af det gode.
- (iv) A's handling kan kun retfærdiggøres ved at lade dens gavnende virkning i forhold til B eller dens tendens til at forhindre, at B skader sig selv, tælle til dens fordel (dvs. den kan ikke retfærdiggøres ved henvisning til dens eventuelle gavnlige eller skadereducerede virkning i forhold til andre).

Betingelserne (i)-(iv) er hver især nødvendige, og tilsammen tilstrækkelige, betingelser for, at en paternalistisk handling foreligger. Det forhold, at en politik er paternalistisk, betyder ikke, ifølge denne definition, at den nødvendigvis er moralsk problematisk eller uretfærdig alt taget i betragtning (jf. videre forklaringen af betingelse (ii) nedenfor).

Ad (i)

Paternalistiske handlinger er ofte blevet forstået som involverende frihedsrestriktioner eller endda tvangsmæssige sådanne (Arneson, 1980: 471; De Marneffe, 2006: 73; Dworkin, 1971: 108; Mill, 1859/1985: 68). Denne indsnævring af begrebet har dog ikke stået uimodsagt. I en indflydelsesrig artikel peger Gert og Culver (1976), med henvisninger til eksempler fra medicinsk etik, på, at paternalistiske handlinger må forstås meget bredere. Paternalisme synes at kunne foreligge selv i situationer, hvor A ikke på nogen vis søger at kontrollere B's adfærd. Paternalisme er således ikke nødvendigvis forbundet med frihedsrestriktioner, men det er naturligvis foreneligt med, at det er tilfældet inden for bestemte domæner, herunder den legale eller statslige (Gert og Culver, 1976: 45; Feinberg, 1986: 7). Paternalismeproblematikken herindenfor er netop, hvorvidt statslige indgreb i folks frihed angiveligt i deres interesse kan retfærdiggøres (De Marneffe, 2006: 75-76). Det er det afgørende spørgsmål i John Stuart Mills klassiske behandling (Mill, 1859/1985). Det synes det også at være i forhold til de sundhedspolitikker, jeg drøfter nedenfor. "Frihedsrestriktions"-betingelsen afspejler denne problematik. At paternalisme angår statslige bindinger på individers frihed, og hvorvidt disse kan retfærdiggøres, indikerer også, at problematikken er relateret til en retfærdighedsproblematik, i hvert fald i det omfang en sådan inkluderer (hvilket den relativt ukontroversielt gør) spørgsmål om individers rettigheder i forhold til staten.

Ad (ii)

Jf. (ii) foretages frihedsrestriktionen (jf. (i)) *imod* personens vilje. Betingelsen synes umiddelbart plausibel og forsvares af flere (Arneson, 1980: 471; Feinberg, 1986: 12-21; De Marneffe, 2006: 73). Den synes at indfange et vigtigt aspekt af en central grund til at finde paternalistiske handlinger moralsk problematiske, om ikke alt taget i betragtning så *prima facie* eller *pro tanto* (dvs. der er mindst én grund til at finde den problematisk, men denne grund er ikke nødvendigvis afgørende; der kan være andre, mere tungtvejende, grunde, der betyder, at paternalisme i nogle tilfælde, alt taget i betragtning, er retfærdiggjort). Grunden er, at paternalistiske tiltag anfægter folks autonomi eller selvbestemmelse – i en vis forstand behandler dem som umyndige eller som børn. Autonomi indebærer i denne sammenhæng, at man er delvis forfatter af eget liv, at det er et, der er levet "indefra", dvs. i overensstemmelse med egne beslutninger, værdier og overbevisninger (Blake, 2001: 266-273; Raz, 1986: 369; Kymlicka, 1991: 12, 163-164). En autonomikrænkende handling består delvist i, at man handler "imod en persons vilje".

Som indikeret i parentesen tilknyttet betingelse (ii) præciserer dens forsvare typisk, at i situationer hvor personen B ikke har overvejet A's frihedsbegrænsende handling eller politik eller har haft mulighed herfor, handler A imod B's vilje, hvis og kun hvis B, oplyst om sagens omstændigheder, ville foretrække sin situation uden frihedsrestriktionen. Hvis B umiddelbart, oplyst om sagens omstændigheder, ville acceptere A's intervention, så er der ikke tale om paternalisme – handlingen er ikke i den relevante forstand imod B's interesser. Eksempler, der nævnes i denne sammenhæng, er at redde en mand fra en fare, fx en lastbil på vej til at køre ham over, som han er uopmærksom på, ved at skubbe ham væk fra vejbanen; eller at bringe en bevidstløs mand til hospitalet på baggrund af den begrundede formodning, at han ønsker behandling; eller vel også Mills klassiske eksempel hvor man fastholder en mand, der er på vej ud over en skrøbelig bro, eller afskærer ham vejen (Mill, 1859/1985: 166).

Ad (iii)

Der er konventionelt at sige, at en paternalistisk handling er motiveret af den formodede gavnlige eller skadesreducerende virkning for den person, hvis frihed indskrænkes.³ Hvad der så nærmere bestemt ligger i det gode for personen, der søges fremmet, beskrives ofte som en heterogen kategori. I fx Dworkins definition af paternalisme er det, der søges fremmet med en paternalistisk handling, personens ”velfærd, gode, lykke, behov, interesser eller værdier” (Dworkin, 1971: 108). Der kan dog drages en vigtig overordnet sondring mellem typer af gode. Når A handler paternalistisk i forhold til B, kan godet for B, der søges fremmet, være godet for B, som A ser det, uanset B's syn på sagen. Dvs. A søger at fremme B's gode ud fra egen forståelse af, hvad der er godt for B. Der kunne fx være tale om forskellige menneskelige funktioner eller gøremål, som A mener er afgørende for et vellykket liv, og på baggrund af hvilke han handler godgørende i forhold til B. Nogle taler i denne sammenhæng om perfektionisme eller en objektiv liste teori. Alternativt, når A handler paternalistisk i forhold til B, kan godet for B, der søges fremmet, være identisk med godet, som B (eventuelt under ideelle betingelser for overvejelse) selv ser det. Det er imidlertid ikke givet, at B af egen drift handler optimalt i forhold til at fremme godet, som han ser det. A's mål er så at hjælpe B til at handle optimalt. Vi kan i den sammenhæng tale om subjektivistisk paternalisme.

Hvorvidt en frihedsrestriktion imod en persons vilje er paternalistisk eller ej, afhænger, ifølge betingelse (iii), ikke af den faktiske effekt af et sådant indgreb (dvs. om det rent faktisk fremmer B's interesser eller ej), men snarere af det motiv, der ligger bag indgrebet (dvs. om det er tiltænkt at gavne B's interesser eller ej) (sml. Husak, 2003: 389). Hvis fx et forbud mod prostitution er motiveret

ud fra ønsket om at gavne prostituerede men i virkeligheden skader dem, så er der, jf. betingelse (iii), immervæk tale om et paternalistisk indgreb.

Ad (iv)

A handler paternalistisk i forhold til B, hvis A begrænser B's frihed af en bestemt grund, nemlig af hensynet til B's interesser eller velfærd. I en konventionel udlægning er A *motiveret* af denne grund – han lader denne tælle til fordel for sine handlinger eller sin politik (De Marneffe, 2006: 70). Betingelse (iii) indikerer også denne motivbaserede forståelse af paternalisme. Peter de Marneffe har imidlertid peget på, at der synes at være en spænding mellem denne opfattelse af paternalisme på den ene side og den såkaldte liberale forsoningsstrategi på den anden (De Marneffe, 2006: 68, 70-1). Den liberale forsoningsstrategi går ud på at forsone – dvs. at vise, at der er ikke inkonsistens mellem – den traditionelle liberale afstandstagen fra paternalisme, på den ene side, og det forhold, at flere umiddelbart fornuftige og velbegrundede politikker synes at være paternalistiske (fx lovkrav om brug af sikkerhedsseler og styrthjelme) på den anden (Feinberg, 1986: 25; De Marneffe, 2006: 68). Det søger den at gøre ved at argumentere for, at der kan gives *plausible ikke-paternalistiske begrundelser* for de tilsyneladende paternalistiske politikker (fx Bou-Habib, 2006; Feinberg, 1986: 134-142; Shiffrin, 2000). Spændingen mellem denne strategi og den motivbaserede forståelse af paternalisme kan forklares på følgende vis.

Hvis man, med udgangspunkt i den motivbaserede forståelse af paternalisme, ønsker at vise, at en politik ikke nødvendigvis er paternalistisk, behøver man blot at pege på et muligt ikke-paternalistisk motiv. Man skal blot vise, at politikkerne kunne have været motiverede af en anden ikke-paternalistisk grund; og der behøver vel og mærke ikke at være tale om en specielt plausibel grund. Fx ville det være nok til at vise, at et påbud om styrthjelme (med visir) ikke nødvendigvis var paternalistisk, at man kunne påpege, at et sådant kunne være motiveret af hensyn, ikke til motorcyklisten selv men til medtrafikanter, der kunne komme i fare, i tilfælde af at en motorcyklist uden hjelm bliver ramt af flyvende sten i hovedet og derved mister kontrollen over sit køretøj (sml. Feinberg, 1986: 138). En ikke særlig plausibel grund (blandt andet fordi der ikke er evidens for, at ulykker af den skitserede slags ville forekomme hyppigt, hvis der ikke var krav om hjelme), men ikke desto mindre, ifølge den motivbaserede opfattelse af paternalisme, tilstrækkelig til at vise, at politikken ikke nødvendigvis er paternalistisk. Men det er åbenlyst ikke en sådan strategi, de liberale forsoningsteoretikere forfølger. De søger, som nævnt, at levere plausible ikke-paternalistiske begrundelser. For at give mening til disse argumenter må en anden eller en udvidet opfattelse af paternalisme lægges til grund.

Paternalisme må forstås uden henvisning til motiver eller definitionen må inkorporere et aspekt, der ikke henviser til motiver. Et forslag siger, at paternalistiske politikker, er politikker, der kun plausibelt kan begrundes paternalistisk, dvs. kun ved at lade dens formodede gavnlige virkning for B tælle til dens fordel (iv). En plausibel ikke-paternalistisk begrundelse af en given politik viser så, at politikken ikke er paternalistisk. Med andre ord giver den liberale forsoningsstrategi mening i lyset af en sådan udvidet forståelse af paternalisme.

En bemærkelsesværdigt, og, vil nogen måske finde, problematisk, konsekvens af denne tilføjelse til paternalismedefinitionen er, at handlinger eller politikker, der begrænser individers frihed imod deres vilje, og er motiverede af at gavne disse individer selv, *ikke* tæller som paternalistiske, såfremt de ikke kun plausibelt kan begrundes paternalistisk. Hvis vi fx begrænser folks frihed til at svømme forskellige farlige steder eller under bestemte ugunstige vejrtilgange, imod deres vilje, og gør det med henblik på at gavne dem selv, så er det *ikke* paternalisme, hvis politikken kan gives en plausibelt ikke-paternalistisk begrundelse (fx hensynet til pårørende, til eventuelle hjælpere, til de offentlige udgifter til at hjælpe folk i nød etc.). Det synes at stride mod vores lingvistiske og måske andre typer af intuitioner, hvad angår, hvad paternalisme er.⁴ Dette er imidlertid ikke ødelæggende for den forslående retfærdiggørelsesbetingelse (iv). En tilfredsstillende paternalismedefinition må nemlig tilfredsstillende flere desiderata eller stemme overens med en bred vifte af intuitioner (cf. De Marneffe, 2006: 75-76; Shiffrin, 2000: 212). Herunder er det, kan der argumenteres, et tungtvejende hensyn, at den stemmer overens med og giver mening til en central afstandstagen fra og forsøg på gendrivelse af paternalisme, som den repræsenteret ved den liberale forsoningsstrategi. Hvis det er tilfældet, er betingelse (iv) rimelig trods det forhold at den synes i spænding med et udsnit af relevante intuitioner i forhold til vores forståelse af paternalisme.

Hård og blød paternalisme

Ovenstående definition af paternalisme er af såkaldt *hård* eller egentlig paternalisme. Det er den specielt i kraft af betingelsen om, at paternalistiske handlinger er handlinger, der foretages imod personens vilje (jf. (ii)). Sml. Feinberg, 1986: 12). *Blød paternalisme*, derimod, accepterer frihedsrestriktioner i B's interesse, hvis, og kun hvis, B's handlinger er ufrivillige eller ikke frivillige nok givet den involverede skade eller risiko for skade (Feinberg, 1986: 12, 98-142). Det kan fx være i situationer, hvor personen af forskellige grunde er inkompetent, handler på baggrund af mangelfuld og/eller fejlagtig information eller er underlagt forskellige former for tvang eller pres. Illustreret med Mills klassiske case med en person, der er på vej ud over en usikker bro, kan vi sige, at der er

bløde paternalistiske grunde til at søge at standse manden, hvis, og kun hvis, der er berettiget tvivl om frivilligheden i mandens handling, eller det er nødvendigt for at afklare, om han handler frivilligt eller ej. Hvis han rent faktisk handler frivilligt, herunder er bekendt med broens tilstand, så er der ingen bløde paternalistiske grunde til at prøve at stoppe ham (dvs. i hvert fald ingen grunde relateret til et hensyn til personens eget gode). Selv hvis han handler fuldt ud frivilligt, er der imidlertid en hård paternalistisk grund til at holde ham tilbage, nemlig at forhindre alvorlig selvskade.

Blød paternalisme siges at være medieret af *Volenti*-doktrinen, ifølge hvilken frivillig skade, eller skade som man samtykker i, ikke udgør uretmæssig skade – det er staten eller andre, der søger at forhindre en sådan skade, der handler uretmæssigt. Hård paternalisme er ikke medieret af *Volenti* – ifølge den udgør selv frivillig skade en relevant skade, som i nogen omstændigheder legitimerer indgreb med henblik på at forhindre den (Feinberg, 1971: 107; 1984: 34-36; 1986: 10-11).

Frivillighedsstandarden – altså standarden for at afgøre om en person handler frivilligt eller ej – spiller en åbenlys central rolle i den bløde normative paternalistiske position: Den er så at sige lakmusprøven på, om interventioner i folk handlinger er *pro tanto* moralsk acceptable eller ej. Det bliver derfor naturligvis afgørende for forståelsen af positionen, hvad den standard nærmere bestemt indebærer (Arneson, 1980; 1989; 2005; Feinberg, 1971; 1986: kap. 20). Herunder er et afgørende spørgsmål, om den er, eller kan være, uafhængig af, eller adskilt fra, en maksimerende rationalitetsstandard, der fx indebærer, at man, for at være rationel, skal handle velovervejnet samt ikke tage fejl, hvad angår ens grundlæggende værdier/præferencer eller med hensyn til, hvorledes disse bedst forfølges (mere overordnet indebærer standarden, at man vælger det bedste blandt de foreliggende alternativer, dvs. alternativet med den højeste forventede nytteværdi). Hvis den ikke er, eller kan være, således uafhængig, er det uklart, at blød paternalisme i virkeligheden er forskellig fra den normative paternalistiske position beskrevet ovenfor, nemlig subjektiv hård paternalisme. Ifølge denne er interventioner i folks handlinger nemlig retfærdiggjorte, hvis de ikke er optimerende ud fra den indikerede rationalitetsstandard (Arneson, 1989: 428). Der synes at være et sammenfald mellem de omstændigheder, der gør en handling irrationel, og omstændighederne, der gør den ufrivillig (og således anbefaler de to teorier tilsyneladende interventioner over for de samme handlinger; teoriernes udstrækning forekommer ækvivalent). Det er selvstændigt vigtigt, hvorvidt, og eventuelt i kraft af hvad, disse to positioner er distinkte. Samtidig spiller det en rolle i mit argument nedenfor vedrørende de såkaldte puffepolitikkers karakter.

En oplagt måde, hvorpå blød paternalisme kan adskille sig fra hård subjektivistisk paternalisme, er ved at stipulere, at en række ikke-velovervejede handlinger kan tælle som frivillige, samt at personen kan tage fejl med hensyn til sine egentlige mål eller præferencer, og/eller hvorledes disse bedst fremmes, uden at dette gør hans eller hendes handlinger ufrivillige.

Selv hvis den bløde paternalistiske frivillighedsstandard indebærer krav om grundig overvejelse og fravær af fejlkalkulationer med hensyn til egne værdier, og hvorledes de bedst følges, kan der dog argumenteres for, at frivillighedsstandarden i blød paternalisme er distinkt fra den optimerende rationalitetsstandard, der indgår i hård subjektivistisk paternalisme. Arneson nævner tre cases i denne sammenhæng (Arneson, 1989: 431-434).

I den første har vi at gøre med en person, der er selvfornægtende i ekstrem grad. Han er villig til at ofre en stor del af sin egen velfærd for at opnå en lille forbedring af andres eller for at forhindre små forringelser af andres velfærd. Tænkt fx på en person, der er villig til at kaste sig ud foran en bil for at ændre dens retning, så den ikke sprøjter vand op på folk, der står ved fortovs-kanten. Givet at dispositionen og handlingerne, der flyder fra den, er frivillige, er der, som nævnt, ingen bløde paternalistiske indvendinger mod handlingen, dvs. ikke nogen grund til at intervenere. Hård subjektivistisk paternalisme indebærer imidlertid, plausibelt, at alle individers velfærd tæller ligeligt og anbefaler derfor, for så vidt det er praktisk muligt og hensigtsmæssigt, indgreb over for personens selvfornægtende adfærd.

Den anden case er en, hvor en bjergbestiger frivilligt afskærer sig fra at skaffe sig relevant information angående en forestående klatring. Han undlader at konsultere vejrudsigten. Han gør det, fordi han ønsker at operere under ekstrem usikkerhed. Her er der ingen bløde paternalistiske indvendinger til bjergbestigerens handling og ingen grund til intervention. Ud fra hård subjektivistisk paternalisme synes det imidlertid at være tilfældet, at en ven, der modtager information af relevans for klatringen, fx at et kraftigt uvejr er under opsejling, og således har god grund til at tro, at vennens handling ville være ikke-maksimerende, har god grund til at gribe ind.

Den tredje case angår paternalistiske restriktioner på folks frihed af en type, hvor man forhindrer dem i overhovedet at overveje en option eller at danne en præference for den. Når vi tænker på paternalistiske restriktioner, tænker vi oftest på restriktioner på folks frihed med hensyn til at udføre handlinger, som de allerede har en præference for. I forhold til rygning fx ville der typisk være tale om restriktioner af den sidste slags, hvor folk med hang til rygning begrænses i deres udfoldelsesmulighed desangående for deres egen skyld. Man kan imidlertid også tænke sig restriktioner i forhold til rygning af den første

slags. Arneson forestiller sig en regering, der ved et totalforbud over for cigaretter foranlediger, at praksissen helt uddør. Følgelig fremtræder rygning ikke som en reel option for fremtidige generationer, og de udvikler ikke præferencer for rygning. Restriktioner af denne slags er imidlertid (ligesom restriktioner af den første slags, i det omfang ønsket om at agere på et allerede eksisterende ønske om at ryge er frivilligt) problematiske ud fra et blødt paternalistisk perspektiv. Ligesom den bløde paternalisme forkaster restriktioner over for handlinger, som folk allerede frivilligt ønsker at udføre, som utidige indgreb i folks personlige suverænitet eller autonomi, forkaster de restriktioner, der reducerer frivilligheden i, hvad de ønsker sig overhovedet (Arneson, 1989: 433-434). Omvendt ville hårde paternalister sandsynligvis acceptere en sådan politik i det omfang, den er optimerende.

På baggrund af sondringen mellem hård og blød paternalisme, samt den foreslåede definition af paternalisme skal vi nedenfor undersøge, hvorvidt forskellige sundhedsfremmende tiltag er paternalistiske, og hvorvidt de kan bidrage til at mindske ulighederne i sundhed.

Hvorvidt og i hvilken form involverer forskellige typer sundhedstiltag paternalisme, og i hvilket omfang fremmer de lighed i sundhed?

Folks sundhedsadfærd har, som nævnt indledningsvis, afgørende betydning for deres almene sundhed. Det drejer sig især om folks vaner, hvad angår tobak, alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet. Samtidig er der en social slagside eller en såkaldt social gradient i forekomsten af de uhensigtsmæssige sundhedsvaner således forstået, at de overvejende forekommer blandt folk i lavere sociale lag, og at dens virkninger i forhold til sundhed er stærkest her på grund af interaktionseffekter (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 98-106). Fx er rygning ”ca. 3 gange oftere forekommende hos dem med kort uddannelse, som dem med lang uddannelse” (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 100). Hvad angår alkohol, er mængden, der indtages, jævnt fordelt over de sociale grupper, men der er en tendens til, at kortuddannede har et mere uhensigtsmæssigt drikkemønster (*binge drinking*). Populært sagt drikker akademikerne en jævn strøm af rødvin, mens folk med kortere uddannelse drikker sig i hegnet i weekenden. I forhold til kost og motion er det også mindrebemidlede grupper, der har den mest uhensigtsmæssige adfærd (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 98, 100). Sundhedsadfærden og uligheden i denne kan søges påvirket ved forskellige tiltag, der er mere eller mindre succesfulde med hensyn til at nå deres mål og mere eller mindre moralsk problematiske, hvad angår den grad af eller form for paternalisme, de involverer. Da paternalistiske tiltag (eller et

fravær af sådanne) som antydnet kan have store fordelingsmæssige implikationer, synes der at være klare fordelingsretfærdige aspekter af paternalisme (i tilslutning til dens tidligere indikerede relation til retfærdighedsproblematikken som sådan). Jeg antager nedenfor, at de sidste især udgøres af egalitaristiske hensyn eller af hensyn til samfundets dårligst stillede. Disse er naturligvis ikke udtømmende for, hvad der kunne være relevante hensyn, men de har spillet en afgørende rolle i litteraturen efter Rawls' indflydelsesrige retfærdighedsteori (Rawls, 1971). Hvilke implikationer paternalismepolitikker har for ligheden i samfund, er – på linje i øvrigt med vurderinger af hvorvidt sådanne politikker rent faktisk gavner de individers velfærd, hvis frihed de begrænser (sml. Mill, 1859/1985) – grundlæggende empiriske spørgsmål. Politisk-teoretiske overvejelser desangående må i bedste fald ses som tentative konklusioner på grundlag af almene sociale kendsgerninger.

Individorienterede tiltag: kampagner og oplysning

Oplysningskampagner med sundhedsfremmede formål – de såkaldt ”individorienterede” tiltag i modsætning til ”strukturelle” tiltag i form af fx skatter og afgifter på skadelige produkter eller forbud eller påbud i forhold til sådanne (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 7, 41, 103) – er forholdsvis uproblematisk i paternalistisk henseende. Det er de blandt andet, fordi der ikke er tale om frihedsrestriktioner (jf. betingelse (i) ovenfor). Endvidere skulle man også mene, at en oplysningspolitik kunne motiveres og begrundes uden henvisning til det gode for den enkelte, som en ændring af sundhedsadfærd kunne medføre (jf. betingelse (iii) ovenfor) – henvisningen kunne i stedet være til ønsket om at begrænse de offentlige sundhedsudgifter. Oplysningskampagner kan ses i tråd med den bløde paternalisme, der er fuldt forenelig med, måske endda kræver, grundig oplysning om risici ved diverse aktiviteter (Feinberg, 1971: 116). Meget tyder dog på, at effektiviteten af sådanne tiltag er begrænset – de tjener måske endda til at øge uligheden i sundhed, da de har størst effekt i forhold til velstillede grupper (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 103).

Strukturelle tiltag I: puffe (nudging)

Et nyere strukturelt tiltag er nudging eller libertær paternalisme (Sunstein og Thaler, 2003; 2009). Politikker herunder søger at påvirke individers valg i en for dem selv hensigtsmæssig retning, blandt andet hvad angår deres sundhed. Det gør dem, ifølge Sunstein og Thaler, paternalistiske; at de samtidig kan betegnes som libertære beror på, at de ikke har til hensigt at fjerne optioner i folks optionssæt (som i Arnesons radikale hypotetiske case ovenfor) eller at gøre adgangen til dem specielt vanskelig eller omkostningsfyldt, fx ved at straf-

fe adfærden hårdt eller ved at behæfte den med afgifter, snarere påvirker de, hvilke optioner folk vælger ved at manipulere optionsarkitekturen (Sunstein og Thaler, 2003: 1161-1162).

Illustreret ved casen med kantinedamen Carolyn, der skal vælge, hvorledes hun vil strukturere de forskellige retter i en offentlig kantine, så er tanken ikke, at hun helt fjerner fx fede og sukkerholdige retter, men at hun strukturerer udbuddet på en sådan vis, at kunderne tenderer til at fravælge disse varer til fordel for sundere måltider (Sunstein og Thaler, 2009: 1-4). Det er velkendt fra blandt andet erfaringer med indretning af supermarkeder, at placeringen af produkter har afgørende indvirkning på salget. Så valgarkitektur i kantiner og andre offentlige etableringer, hvor mad sælges eller serveres, kan have afgørende indflydelse på folks valg, og man kunne videre forstille sig offentlige reguleringer af det kommercielle salg af fødevarer, der sigtede mod at undgå i hvert fald åbenlyst sundhedsmæssigt uheldige virkninger ved fx supermarketers valgarkitektur.

Er puffepolitikker paternalistiske ifølge den opfattelse af paternalisme, som artiklen her støtter sig til? Her er det i første omgang interessant at bemærke, at puffepolitikker i en hvis forstand er mindre indgribende end både subjektivtisk hård paternalisme og blød paternalisme. Liberal paternalisme afviser nemlig en vifte af indgreb, der accepteres af de to positioner i kraft af det element af rationalitet, der indgår i begge, eller det overlap, der er mellem standarden for rationelle og frivillige handlinger. Endvidere afviser den, ligesom blød paternalisme, indgreb med henblik på helt at fjerne formodede velfærdsnedsættende optioner, som accepteres af hård subjektivtisk paternalisme. Samtidig accepterer den imidlertid indgreb, der synes at begrænse frivilligheden i det valg af optioner, som personer foretager – indgreb, der sandsynligvis accepteres af hård subjektivtisk paternalisme (da positionen forsvare det stærkere indgreb gående på helt at fjerne optioner, må den *a fortiori* acceptere disse mildere indgreb med samme formål), men forkastes af blød paternalisme (af grunde parallelle, om end mindre stærke, til dens afvisning af helt at fjerne optioner). Det sidste kan vi se ved at kigge nærmere på eksemplet med Carolyn.

I Sunsteins og Thalers udlægning er optionerne, som Carolyn står over, groft sagt enten at forme folks valg på en for brugerne sundhedsmæssig hensigtsmæssig måde eller at forme dem på oplagt ikke-attraktive eller ubegrundede måder, fx helt tilfældigt eller på en måde, så kunderne bliver så overvægtige som muligt (Sunstein og Thaler, 2003: 1164; 2009: 2). Det valg, hun ikke, ifølge Sunstein og Thaler, har, er at arrangere retterne på en sådan måde, at kunderne får eller vælger det, som de på egen hånd ville vælge. For kunderne

har ikke præferencer uafhængigt af det optionssæt, de præsenteres for – deres ønsker skabes delvist på baggrund af det optionssæt, de står over for.

Uden at benægte pointen om valgarkitekturens indflydelse på folk præferencer – faktisk *forudsætter* overvejelsen, der følger, en sådan indflydelse – kan man med rimelighed sætte spørgsmålstegn ved, om Sunstein og Thaler her giver en udtømmende beskrivelse af de optioner, som Carolyn står over for. De antager nemlig, at den eneste rimelige option er at udforme valgarkitekturen på en sådan måde, der leder folks valg i en velfærdsoptimerende retning. Men det er langt fra klart, da denne politik, om end mindre indgribende end en politik der helt fjerner optioner (iCarolyns tilfælde kunne vi forestille os, at hun helt fjernede usund mad fra kantinen), ikke desto mindre kan hævdes at reducere frivilligheden i folks overvejelse af optioner og dannelse af præferencer. Folks vilje bliver i en hvis forstand underlagt andres vilje. Planlæggeren eller politikkerne strukturerer folks optioner med henblik på at påvirke dem til at tage nogle bestemte beslutninger, nemlig de beslutninger der er mest fremmede for folks egen velværd (sml. Blake, 2001: 266-273). Det ville gøre politikken betænkelig i hvert fald for den bløde paternalisme.

En bedre politik ud fra det bløde paternalistiske synspunkt (hvilket er en politik rettet mod at sikre frivilligheden i folks valg, ikke at disse er fornuftige eller rationelle) ville være at præsentere de forskellige produkter for brugerne med så tydelig og informativ beskrivelse af deres karakter og potentielle skadsvirkning som mulig og så lade dem foretage deres valg på den baggrund.⁵

Min pointe er ikke, at der er en neutral måde at strukturere folks optioner på, eller at man helt kan undgå at påvirke deres valg i kraft af den strukturering af optioner, man foretager (og som man ikke kan undgå at foretage), blot at de kan struktureres på en måde, der i mere eller mindre grad fremmer frivilligheden i folks valg (sml. Ploug, Holm, Brodersen, 2012: 1195), og at den indretning, der fremmer frivilligheden mest muligt, ikke nødvendigvis (eller faktisk med stor sandsynlighed ikke) er sammenfaldende med den indretning, der leder folk til at tage så optimerende beslutninger som muligt.

Da indgrebene, den liberale paternalisme accepterer, ikke er betingede af, at de ikke er imod folks vilje, synes den at kandidere til at være en form for paternalisme ud fra definitionen ovenfor; og altså ikke en ukontroversiel af slagsen (da den indebærer interventioner, der benægtes af den bløde paternalisme). Omvendt er politikkerne i almindelighed interessante, hvad angår deres muligheder for at påvirke folks sundhedsvalg, og i særdeleshed hvad angår deres muligheder for at reducere uligheden i sundhed. Der er nemlig formodentlig ikke den samme skævhed i politikernes virkning, som der er i kampagners virkning, hvor de særligt havde effekt over for højtuddannede grupper. Der

skal ikke de samme medierende personlige ressourcer til at frembringe gode sundhedskonsekvenser. Puffepolitikkerne påvirker delvist irrationelle aspekter af vores beslutningstagen – aspekter som måske især, i fravær af manipulation, influerer de beslutninger, folk med relativt færre personlige ressourcer foretager (sml. Arneson, 1997: 238-241).

Strukturelle tiltag II: afgifter og skatter

At pålægge sundhedsmæssig u hensigtsmæssig adfærd, fx tobaksrygning, afgifter eller skatter er et mere traditionelt strukturelt tiltag. Hvis vi ser afgifter som frihedsrestriktioner i den forstand, at de behæfter bestemte former for adfærd med en høj pris, og antager, realistisk, at det er indgreb, som folk modsætter sig eller ville modsætte sig, samt at de er indført i folks interesse, forekommer de paternalistiske. Det er dog et åbent spørgsmål, om ikke de ville kunne retfærdiggøres uden henvisning til deres formodede gavnlige virkning i forhold til dem, de rammer (fx til at fylde en slunken statskasse). Endvidere kan indgrebene muligvis i vidt omfang begrundes blødt paternalistisk, fx med henvisning til afhængighed i forbindelse med tobak og alkohol (jf. Goodin, 1989).

Der er evidens for, at afgifter er ganske virkningsfulde i forhold til at påvirke folks sundhedsvalg i positiv retning (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 103). I forhold til rygning er der videre interessante indikationer af, at afgifter *mindsker* den sociale ulighed, hvad angår sundhedsskadelige vaner og dermed, alt andet lige, uligheden i sundhed. Det skyldes, at priselasticiteten er større blandt personer med lavere indkomst (Diderichsen, Andersen og Manuel, 2011: 103-104). Når det indvendes mod afgifter, at de ”vender den tunge ende nedad”, dvs. rammer de dårligst stillede hårdest, er det således korrekt i den forstand, at det gør mest ondt på denne gruppes pengepung, men på den anden side er der i disse grupper en overrepræsentation af den u hensigtsmæssige sundhedsadfærd, og derfor er det også i forhold til disse grupper, og til personerne med den for dem selv usunde adfærd, at tiltagene gør mest gavn. Ligesom puffepolitikkerne (og i modsætning til kampagner) har afgifter og skatter altså en tendens til at mindske uligheden i sundhedsadfærd.

Et videre spørgsmål er, hvor indgribende eller autonomiindskrænkende sådanne politikker er. I en hvis forstand er de, som antydnet, mere indgribende end puffepolitikkerne. Det er de på den måde, at de gør valget af nogle optioner mere omkostningsfyldte, hvor puffepolitikkerne nøjes med at strukturere optionerne på en sådan vis, at de leder folks adfærd i en mere hensigtsmæssig retning, hvad angår sundhed. Imidlertid er puffepolitikkerne, som anført ovenfor, problematiske, hvad angår deres indvirkning på frivilligheden af folks sundhedsvalg. De er ikke rettet mod at præsentere optioner på en måde, der

befordre aktive valg og fravalg. Videre kan det ”indgreb”, som struktureringen er udtryk for, hævdes at være problematisk, fordi det ikke er åbenlyst eller gennemskueligt og således et, individet kan handle i forhold til eller tage hensyn til. Derfor kan åbenlyse bindinger, som afgifter og skatter er udtryk for, forekomme mindre problematiske. De indebærer, at folk underlægges nogle bindinger, som gør nogle af deres valg dyrere, end de var inden afgifternes pålægning, men det efterlader dem immervæk med et valg (om de vil fortsætte deres adfærd og acceptere de forhøjede omkostninger, eller om de vil søge at ændre deres vaner).

Noget lignende gør sig gældende for strukturelle tiltag af direkte forbydende karakter eller tiltag, der forbyder en bestemt adfærd inden for bestemte områder eller i bestemte omstændigheder. Rygelovgivning er et oplagt eksempel. Den restriktive rygelov, som den der fornylig er indført i Aarhus kommune, hvor rygning i arbejdstiden forbydes, begrænser bestemt den rygende kommunalarbejders frihed, men bindingerne er tydelige for ham, og han kan træffe valg i forhold til dem (omlægge sine rygevaner, så han kun ryger uden for arbejdstiden og med tiden vænner sig til det, prøve helt at omlægge sine vaner i retning af helt at fralægge sig dem, finde et andet arbejde hvor han må ryge etc.) (sml. Hausman og Welch, 2010). Det ændrer naturligvis ikke på, at der, som nævnt, er tale om en reel frihedsrestriktion, der i andre henseender end gennemskuelighed og offentlighed er mere indgribende end puffepolitikker. Endvidere gælder overvejslen kun under den betingelse, som ikke nødvendigvis altid gør sig gældende, at skatter og afgifter, påbud og forbud er mere gennemskuelige, hvad angår deres karakter og nærmere betingelse end påvirkning af folks valg i kraft af nudging-tiltag.

Konklusion

Artiklen har argumenteret for, at paternalistiske indgreb, groft sagt, skal forstås som: (i) frihedsrestriktioner; (ii) imod personens vilje; (iii) angiveligt i hans interesse; (iv) der kun kan begrundes ved at henvise til personens gode. Dette er en definition af hård paternalisme. Den bløde modpart accepterer kun frihedsrestriktioner, når der er tale om ufrivillige handlinger. Standarden for frivillige handlinger, som den bløde paternalisme anvender, er delvist overlappende med rationalitetsstandarden, der indgår i hård subjektivistisk paternalisme. Der kan dog argumenteres for, at der stadig er tale om distinkte positioner. På baggrund af den fremsatte forståelse af paternalisme vurderede artiklen forskellige sundhedsfremmende tiltag rettet mod folks sundhedvalg, herunder deres potentielle lighedsfremmende virkninger (se opsummering af resultaterne i resume og til sidst i indledningen).

Noter

1. Jeg skylder følgende tak for gode kommentarer til mit bidrag: de andre bidragsydere til dette temanummer; medlemmerne af afdelingen for Politisk Teori, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet, i forbindelse med et internatmøde på Hindsgavl; deltagerne i møderækken under Research Unit for Ethics, Legal and Political Philosophy (ELPP), Aarhus Universitet; to anonyme reviewers. Speciel tak til Kasper Lippert-Rasmussen og Rasmus Sommer Hansen.
2. Det er et åbent spørgsmål, om paternalisme i interpersonelle relationer frugtbart kan forstås parallelt med statslig paternalisme og omvendt. Min definition lægger op til, at det i et vist omfang er tilfældet, men ikke desto mindre er elementer af definitionen delvist motiveret af, at den tænkes anvendt inden for et specifikt område mere eller mindre identisk med statslige politikker.
3. Shiffrin afviger fra konventionen her (2000: 216), men da det ikke spiller nogen rolle for mit argument i dette bidrag, tillader jeg mig at undlade at drøfte betimeligheden i denne afvigelse.
4. Tak til anonym reviewer for at påpege denne konsekvens og sætte spørgsmålstegn ved dens plausibilitet.
5. Der ligger en udfordring i at sondre mellem hårde subjektivistiske paternalistiske tiltag og bløde paternalistiske tiltag, al den stund information eller oplysning, som udgør et vigtigt element af den bløde paternalisme, kan indgå i hårde subjektivistiske paternalistiske forsøg på at strukturere folks optioner på en for dem selv hensigtsmæssig måde. Som påpeget i teksten nedenfor er det imidlertid langt fra givet, at denne strukturering er sammenfaldende med den, der er i overensstemmelse med almene principper for, hvornår individer har et tilstrækkeligt grundlag for selvstændig og velinformeret beslutningstagen (og dermed med den bløde paternalisme).

Litteratur

- Arneson, Richard J. (1980). Mill versus paternalism. *Ethics* 90 (4): 470-489.
- Arneson, Richard J. (1989). Paternalism, utility, and fairness. *Revue Internationale de Philosophie* 3 (170): 409-437.
- Arneson, Richard J. (1997). Equality and equal opportunity for welfare, pp. 229-242 i Louis P. Pojman og Robert Westermoreland (red.), *Equality: Selected Readings*. Oxford: Oxford University Press.
- Arneson, Richard J. (2005). Joel Feinberg and the justification of hard paternalism. *Legal Theory* 11: 259-284.
- Blake, Michael (2001). Distributive justice, state coercion, and autonomy. *Philosophy & Public Affairs* 30 (3): 257-296.

- Bou-Habib, Paul (2006). Compulsory insurance without paternalism. *Utilitas* 18 (3): 243-263.
- De Marneffe, Peter (2006). Avoiding paternalism. *Philosophy & Public Affairs* 34 (1): 68-94.
- Diderichsen, Finn, Ingelise Andersen og Celie Manuel (2011). *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen; Københavns universitet.
- Dowler, Elizabeth og Nick Spencer (2007). *Challenging Health Inequalities: From Archon to 'Choosing Health'*. Bristol: Policy Press.
- Dworkin, Gerald (1971). Paternalism, pp. 107-126 i Richard A. Wasserstrom (red.), *Morality and the Law*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Feinberg, Joel (1971) Legal paternalism. *Canadian Journal of Philosophy* 1 (1): 105-124.
- Feinberg, Joel (1984) *Harm to Other*. Oxford: Oxford University Press.
- Feinberg, Joel (1986) *Harm to Self*. Oxford: Oxford University Press.
- Gert, Bernard og Charles M. Culver (1976). Paternalistic behavior. *Philosophy & Public Affairs* 6 (1): 45-57.
- Goodin, Robert E. (1989). *No Smoking*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hausman, Daniel og Brynn Welch (2010). Debate: to nudge or not to nudge. *The Journal of Political Philosophy* 18 (1): 123-136.
- Husak, Douglas N. (2003). Legal paternalism, pp. 387-412 i Hugh LaFollette (red.), *The Oxford Handbook of Practical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Kymlicka, Will (1991). *Liberalism, Community, and Culture*. Oxford: Clarendon Press.
- Mill, John Stuart (1859/1985). *On Liberty*. Penguin Classics.
- Ploug, Thomas, Søren Holm og John Brodersen (2012). To nudge or not to nudge: cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism. *J Epidemiol Community Health* 66: 1193-1196.
- Rawls, John (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Raz, Joseph (1986). *The Morality of Freedom*. Oxford: Clarendon Press.
- Shiffrin, Seana Valentine (2000). Paternalism, unconscionability doctrine, and accommodation. *Philosophy & Public Affairs* 29 (3): 205-250
- Sunstein, Cass R. og Richard H. Thaler (2003). Libertarian paternalism is not an oxymoron. *The University of Chicago Law Review* 70 (4): 1159-1202
- Sunstein, Cass R. og Richard H. Thaler (2009). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*. Penguin Books.

Lasse Nielsen

Fair mulighedslighed og sundhed

Når vi skal diskutere de normative spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med ulighed i sundhed, er Norman Daniels' teori om retfærdig sundhed central. Teoriens omdrejningspunkt er en udvidelse af Rawls' princip om fair mulighedslighed til også at omfatte sundhed, og den er uden tvivl blandt de mest anerkendte retfærdighedsteorier, der fokuserer på sundhed. Daniels' teori er dog ikke uden problemer. For det første bygger den på en uplausibel definition af sundhed. For det andet kan den ikke sammenhængende give en begrundelse for de muligheder, den anser for relevante for en retfærdig fordeling af sundhed. Og endelig for det tredje har den svært ved at give sundhed den særstatus, som den i udgangspunktet mener, at den skal have. Det er muligt for Daniels at imødekomme disse udfordringer ved at inkorporere centrale elementer fra kapabilitetsteorien, oprindeligt udviklet af Amartya Sen. I en sådan styrket version synes Daniels' teori om retfærdig sundhed et lovende bud på en standard for retfærdig fordeling af sundhed, som vi således må tage alvorligt, når vi fra politisk side adresserer spørgsmål om ulighed i sundhed.

Norman Daniels' teori om retfærdig sundhed er vel nok den mest velkendte teoretiske tilgang til at adressere normative spørgsmål om ulighed i sundhed. Daniels' teori tager udgangspunkt i den amerikanske filosof John Rawls' retfærdighedsteori. Rawls selv gjorde meget lidt ud af at adressere ulighed i sundhed. I et forsøg på at videreudvikle Rawls' teori i den henseende, tager Daniels fat i princippet om fair mulighedslighed og udvider dette til også at omfatte sundhed (Daniels, 1981; 1985; 2008; 2009; 2010). Pointen er, at sundhed er betingende for en persons "livsplaner", og da mulighed i denne forstand er det centrale element for retfærdighed, så bør en teori om retfærdighed også adressere relevante forskelle i sundhed (Daniels, 2008: 30). Selvom Daniels' teori vinder stor anerkendelse, er den dog slet ikke uden problemer.

I denne artikel vil jeg opstille og forsvare en alternativ og styrket version af Daniels' teori. Jeg vil belyse, på hvilke punkter jeg mener, Daniels' position halter, og hvordan jeg finder, at den bedst kan suppleres og styrkes, således at den kan forblive en attraktiv og plausibel teoretisk tilgang til ulighed i sundhed. Min påstand er, at den mest lovende mulighed for at forstærke Daniels' position er at lade den suppleres af centrale elementer fra kapabilitetsteorien, oprindeligt udviklet af den nobelprisvindende økonom Amartya Sen.

Daniels om retfærdig sundhed

Udgangspunktet for Norman Daniels' teori om retfærdighed i sundhed er John Rawls' princip om fair mulighedslighed, der hævder, at der i alle samfundets dele og lag skal være de samme udsigter til eller muligheder for at have givne karrierer, indtage vigtige embeder og positioner, gældende for personer der er lige motiverede og lige talentfulde (Rawls, 1971: 83-87). Rawls selv behandlede aldrig temaet om ulighed i sundhed, men var bevidst om, at der her var en mangel i hans teori. En væsentlig del af Daniels' bidrag til diskussionen om retfærdighed i sundhed er en udvidelse af princippet om fair mulighedslighed til også at indbefatte spørgsmål vedrørende ulighed i sundhed. Med andre ord giver Daniels med sin teori et bud på, hvordan en rawlsiansk teori om retfærdighed må besvare sådanne spørgsmål. I sine tidligere værker fokuserer Daniels på spørgsmål om sundhedsydelser (Daniels, 1981), hvorimod han i sit senere arbejde udbreder teorien til at omhandle sundhed i en bredere forstand (Daniels, 2008: 13). Forskellen er ikke trivial og for mange heller ikke ukontroversiel, men mit fokus her ligger andetsteds, og jeg skal derfor undlade at forholde mig til denne distinktion. Jeg betragter her Daniels' teori i sin bredeste (og mest nylige) form som en teori, der forholder sig til både sundhed og sundhedsydelser.

Daniels' udvidelse af princippet om fair mulighedslighed til at omfatte ulighed i sundhed tager vigtigheden af at dække objektive *sundhedsbehov* som sit centrale omdrejningspunkt. Daniels' teoretiske argument tager følgende form (Daniels, 2008: 30):

- (i) Princippet om fair mulighedslighed kræver beskyttelse af folks muligheder.
- (ii) Dækning af sundhedsbehov udgør en nødvendig betingelse for beskyttelse af folks muligheder.
- (iii) Princippet om fair mulighedslighed kræver dækning af sundhedsbehov.

Da argumentet synes at hvile på en bestemt opfattelse af sundhedsbehov, må Daniels tilvejebringe en plausibel teori herom. Han gør dette ved at betragte, hvordan han mener, vi bør forstå *behov* henholdsvis *sundhed* hver for sig.

Daniels' behovsteori tager udgangspunkt i Thomas Scanlons objektive behovskriterium, der hævder, at hvad en person behøver, er uafhængigt af personens subjektive præferencer og kan således være i konflikt hermed (Scanlon, 1975: 658). For at kunne opretholde en sådan objektiv opfattelse af behov er det nødvendigt med en begrundelse herfor, som selvsagt ikke kan stamme fra

subjektive præferencer. Daniels henviser til David Braybrooks såkaldte "livsforløbsbehov", med hvilket han mener behov, som vi alle kunne have på et givet tidspunkt i løbet vores liv (Daniels, 1981: 152; 2008: 34; Braybrook, 1968: 90). På den måde knytter Daniels sin opfattelse af behov til den særlige menneskelige species; en artsspecifik opfattelse af behov der tillader ham at betragte *det behøvede* adskilt fra *det ønskede*.

For at se dette kan man forestille sig, at en medborger beder en om penge til et af to formål. I det ene tilfælde til en nødvendig sundhedsrelateret udgift; Daniels bruger selv rodbehandling som eksempel (Daniels, 1981). I det andet tilfælde til at opfylde et brændende ønske om at opleve Louvre, hvor den pågældende medborger endnu aldrig har været. Ifølge Daniels afføder eksemplet den generelle intuition, at man bør foretrække at give penge til det første formål, da der her er tale om et *relevant behov*, et behov vi alle kunne have på et givet tidspunkt i vores liv, i modsætning til i det andet tilfælde hvor der blot er tale om et personligt ønske eller en præference.

Som eksemplet gør klart, er præference ikke en tilstrækkelig betingelse for, at der er tale om behov, men det er endvidere væsentligt for Daniels' opfattelse af behov, som det også fremgår af Scanlons kriterium, at præference heller ikke er en nødvendig betingelse for behov. Med andre ord kan der være tale om behov, som er i direkte konflikt med en given præference. Et eksempel kunne være et medlem af Jehovas Vidner med et kritisk behov for en blodtransfusion, men som foretrækker ikke at modtage fremmed blod. I Daniels' forstand er der således også her tale om et egentligt behov trods det pågældende individs modvilje mod at dække det. Bemærk at behovets objektive karakter her ikke nødvendigvis retfærdiggør tvang. Det er således ikke givet, at vi skal gennemtvinge en blodtransfusion, hvis en patient modsætter sig det. Snarere er der tale om, at behovets objektivitet er det, der begrunder en persons krav på at få det dækket.

De behov, vi er interesserede i, når vi adresserer spørgsmål om sundhed, har ifølge Daniels denne objektive karakter. Dvs. der er en tæt relation imellem sundhedsbehov, som Daniels teori bygger på, og disse såkaldte "livsforløbsbehov". Dette skyldes, at Daniels' opfattelse af *sundhed* bygger på en lignende artsspecifik afgrænsning, idet han adopterer, hvad der typisk omtales som den "biostatistiske teori om sundhed" (Boorse, 1997). Denne definerer "sundhed" som fravær af patologi, hvor patologi henviser til statistisk tilstrækkelig og negativ afvigelse fra *normal* funktionalitet for en given art (eller art-undergruppe) (Boorse, 1977; Daniels, 2008: 37-39). Resultatet er, at Daniels i sin betragtning af sundhedsbehov kan henvise til den faktuelle biomedicinske videnskab og ikke lade sin teori om sundhed være afhængig af normative vurderinger. Denne position bliver ofte beskrevet som "naturalisme i henhold til sundhed"

(Daniels, 2008: 38). Dette betyder åbenlyst ikke, at Daniels' retfærdighedsteori ikke er normativ (hvordan skulle den kunne være andet?). Det betyder i stedet, at han knytter sin retfærdighedsteori an til en værdineutral opfattelse af *sundhed*. Det normative element kommer ind i teorien på et andet niveau, nemlig via den moralske væsentlighed i at dække personers behov, da dette er en nødvendighed for at opnå fair mulighedslighed. Hans retfærdighedsteori om sundhed er således, som han siger, normativ i den rigtige ende (Daniels, 2008: 39).

Ved at sammenholde sin objektive opfattelse af behov med den biostatistiske teori om sundhed mener Daniels, at han kan komme frem til en egentlig liste af sundhedsbehov, som udgør, hvad vi behøver for at have et artstypisk funktionsniveau, og som fair mulighedslighed dermed kræver, at personer får dækket. Hans eget specifikke bud på listen indeholder: (1) tilstrækkelig ernæring; (2) sanitet samt sikre og ikke-forurenede livs- og arbejdsbetingelser; (3) motion, hvile samt vigtige livsstilsfaktorer; (4) forebyggende, helbredende, rehabiliterende og kompenserende medicinske services; (5) visse ikke-medicinske personlige og sociale services; (6)¹ en passende fordeling af sociale determinanter for sundhed (Daniels, 1981: 158; 1985; 2008: 42). De oplyste behov er, ifølge Daniels, hvad hver af os behøver for at opretholde et funktionsniveau, der er ækvivalent til eller rimeligvis indenfor et normalt niveau af funktionalitet for den menneskelige species. Relevansen af at opretholde et sådant niveau, hvilket vil sige at sikre disse sundhedsbehov for alle, er, at en mangel på dem udgør en væsentlig begrænsning af en persons muligheder og ville således ifølge Daniels være i strid med den relevante udvidelse af princippet om fair mulighedslighed.

Da Rawls' opfattelse af fair mulighedslighed udelukkende forholder sig til personers udsigter til at indtage arbejdsrelaterede positioner i samfundet, er et springende punkt for Daniels at udvide princippet til at omfatte muligheder i en bredere forstand, der mere direkte relaterer sig til sundhedsbehov. Det er oplagt, at udækkede sundhedsbehov også har betydning for karrieremuligheder, men vores intuitioner om sundhed synes at være bredere end det. Daniels viser dette med et eksempel omhandlende infertilitet. Pointen er, at selvom infertilitet ikke har direkte betydning for personers udsigter til bestemte værdifulde jobs, positioner eller embeder, så synes det på en vældig relevant måde at begrænse en persons mulighedsspektrum i livet. Ved at udvide Rawls' princip om fair mulighedslighed fra udelukkende at omhandle arbejdsrelaterede udsigter eller chancer til at fokusere på muligheden for at udføre værdifulde "livsplaner" (eller at leve et tilstrækkeligt vellykket liv), så kan vi, ifølge Daniels "med få negative konsekvenser til følge", få princippet til at give de rigtige svar på spørgsmål vedrørende ulighed i sundhed (Daniels, 2008: 59).

Det reviderede princip om fair mulighedslighed synes således at kræve, at enhver har samme udsigter til givne livsplaner, og en retfærdig fordeling af sundhed kræver, som følge af sundhedens kritiske betydning for personers effektive muligheder, at alle har et tilstrækkeligt niveau af funktionalitet, ved hvilket Daniels forstår at have dækket sine objektive sundhedsbehov. Bemærk at mulighedsprincippet er et princip om lighed og dermed i sig selv ikke kan kræve et givet absolut niveau af hverken muligheder eller sundhed. Med andre ord er princippet tilfredsstillet selv i en situation, hvor alle har meget dårlige udsigter til et vellykket liv. Ligesom Rawls løser Daniels dette problem ved at henvise til, at princippet om fair mulighedslighed skal suppleres af det såkaldte differensprincip, der tillader uligheder, i fald det kommer de dårligst stillede til gode, i hvad de begge kalder ”demokratisk lighed” (Rawls, 1971: 75; Daniels, 2003; 2008: 53). Da mit fokus her ikke er på Rawls’ egentlige retfærdighedsteori men på Daniels’ udvidelse af den til at omhandle sundhed, og da retfærdighedens krav om tilfredsstillelse af de objektive sundhedsbehov følger af deres betydning for, om mulighedsprincippet kan overholdes, vil jeg holde mig til dette og ikke lade mig friste af en større diskussion om demokratisk lighed i sin helhed eller differensprincippet i særdeleshed. Pointen er, at princippet om fair mulighedslighed i sin udvidede form er det, der udgør den retfærdige standard og med andre ord udfører det normative arbejde, i Daniels’ position, og at det derfor *prima facie* er uretfærdigt, hvis en hvilken som helst person på grund af sundhedsrelaterede omstændigheder er berøvet et rimeligt mulighedsspektrum for at føre et tilstrækkeligt vellykket liv.

Selvom Daniels’ position således i lighed med Rawls i udgangspunktet er en teori om lighed, så får den i kraft af de objektive sundhedsbehov mere form af at være en tilstrækkelighedsdoktrin omkring sundhed. Dette skyldes, at kun et vist niveau af funktionalitet er nødvendigt for at kunne ”konkurrere” på rimelige vilkår med andre om at forfølge givne livsplaner. Det reviderede princip om fair mulighedslighed kræver således ikke nivellering af alle sundheds- og helbredsrelaterede kapaciteter, men blot at alle har et tilstrækkeligt funktionalitetsniveau til at opretholde rimeligvis lige chancer i livet (Daniels, 2008: 58). Med andre ord, eftersom der er tale om *behov* og ikke evner eller kompetencer, så kræver princippet om fair mulighedslighed blot, at alle har dem dækket, og ikke at alle nødvendigvis nyder samme niveau. Ifølge Daniels kan dette begrundes med henvisning til Rawls’ ”uvidenhedens slør”. Pointen er, at fair mulighedslighed er i alles upartiske egeninteresse, hvorfor alle må anse sikring af de objektive sundhedsbehov for en væsentlig del af, hvad retfærdigheden kræver (Daniels, 2008: 61).

Jeg kan nu via Daniels' teori om sundhedsbehov give det nødvendige indhold til argumentet om fair mulighedslighed i sundhed og dermed opsummere Daniels' teori om retfærdig sundhed med følgende tilskrivning:

- (i) Princippet om fair mulighedslighed kræver beskyttelse af folks muligheder.
- (ii) Dækning af sundhedsbehov udgør en nødvendig betingelse for beskyttelse af folks muligheder.
- (iii) Princippet om fair mulighedslighed kræver dækning af sundhedsbehov.
- (iv) Et sundhedsbehov er:
 - a. Hvad en person behøver i *objektiv* forstand, dvs. uafhængigt af, hvad han ønsker,
 - b. for at kunne opretholde et *artstypisk* funktionalitetsniveau.

Ovenstående opsummering afslutter min gennemgang af Daniels' teori om retfærdig sundhed. I resten af artiklen skal jeg præsentere tre væsentlige problemer ved teorien, som den er nødt til at løse, hvis den på en konsistent og holdbar måde skal kunne adressere spørgsmål om ulighed i sundhed. Det første problem omhandler Daniels' brug af den biostatistiske teori om sundhed og opstår på grund af det noget kontraintuitive i at definere sundhed på baggrund af et element af statistisk hyppighed. Jeg skal dog argumentere for, at Daniels slet ikke behøver den biostatistiske sundhedsopfattelse, og at fair mulighedslighed i sundhed således rimeligt ubesværet kan imødegå dette problem. Det næste problem omhandler udvidelsen af Rawls' mulighedsbegreb fra arbejdsrelaterede udsigter til også at indbefatte sundhedsrelaterede kapaciteter med betydning for personers livsplansudsigter. Påstanden er, at Daniels ikke kan begrunde denne udvidelse i en henvisning til Rawls' mulighedsbegreb, og at vi derfor helt fundamentalt mangler en begrundelse herfor. Afsluttende påpeges som et tredje problem, at Daniels' stærke relation til Rawls' retfærdighedsteori resulterer i, at Daniels vedbliver at anse sundhedskapaciteter som udelukkende havende instrumentel værdi og derved overser, at retfærdighed i mange tilfælde er betinget af sundhedskapaciteters værdi i sig selv. I henhold til de sidste to problemer skal jeg argumentere for, at Daniels' teori kan styrkes ved at låne centrale elementer fra kapabilitetsteorien.

At redefinere sundhed

Som allerede nævnt baserer Daniels sin opfattelse af sundhed på den biostatistiske teori, dvs. sundhed forstås som fraværet af patologi, hvor patologi henviser til en statistisk tilstrækkelig og negativ afvigelse fra artstypisk funktionalitet (Boorse, 1977: 558; 1997). Denne sundhedsopfattelse er dog problematisk,

blandt andet fordi den har svært ved at indfange ”udbredte sygdomme” (Hausman, 2012). Problemet opstår, fordi den biostatistiske teori om sundhed bygger på et element af statistisk hyppighed. Jo mere hyppig en given tilstand er, des mere er vi tilbøjelige til at sige, at den er artstypisk, men i det øjeblik en tilstand er tilstrækkelig hyppigt forekommende til at falde under det artstypiske, vil den per definition ophøre med at være en patologi og kan som sådan ikke anses for at være et udtryk for en mangel på sundhed ifølge teorien. Et aktuelt eksempel er udbredelsen af diabetes i lande som Kina, Indien og Brasilien. Disse lande oplever en voldsom vækst i antal personer med diabetes, og meget lidt tyder på, at andelen af diabetessyge vil falde i de kommende år. Men selvom vi sagtens kan forestille os fremtidige subpopulationer, hvori andelen af personer med diabetes overstiger 50 pct., er det absurd at forestille sig, at en sådan stigning i forekomsten af diabetes skulle være et udtryk for, at befolkningen her bliver ”sunder”. Ikke desto mindre synes den biostatistiske teori om sundhed at implicere, at en tilstrækkelig hyppig forekomst af diabetes vil betyde, at personer, der har sygdommen, ikke længere er ”syge” i den patologiske forstand, fordi det så vil være atypisk *ikke* at have diabetes. Måske overvægt kan udgøre et tilsvarende eksempel i velstående vestlige samfund.

Et parallelt problem er, at der også findes tilstande, som statistisk set er afvigelser fra normen, dvs. ”patologier” ifølge den biostatistiske teori, men som ikke spiller nogen nævneværdig rolle for personers funktionalitet i en helhed. For eksempel er der relative forskelle på, hvor meget blod forskellige personers hjerte pumper ud, men fordi de fleste hjerter pumper rigeligt blod ud til at få kroppens andre organer til at virke tilstrækkeligt godt, så vil en ubetydelig men statistisk signifikant afvigelse fra det artstypiske ikke være en patologi i en relevant forstand, selvom det er det ifølge den biostatistiske teori (Hausman, 2012). Konklusionen er, at den biostatistiske teori om sundhed ikke synes tilstrækkeligt overbevisende i sin definition af sundhed, og vi har derfor efter min mening gode grunde til at forkaste den.

Ovenstående indvendinger har givet anledning til en udbredt skepsis i henhold til den biostatistiske teori om sundhed. Dette har fået visse teoretikere til at forkaste hele den naturalistiske grundopfattelse af sundhed til fordel for en normativ definition, der hævder, at begrebet i stedet må knyttes til en bestemt opfattelse af det gode, det værdige eller det meningsfulde liv (Nordenfelt, 1987: 79, 2007: 7; Venkatapuram, 2011: 60-61). Min konklusion her er dog mere beskeden; nemlig at Daniels blot behøver at forlade den artstypiske definition af sundhed og ikke som sådan den naturalistiske grundopfattelse af sundhed for at imødekomme de problemer, jeg har påpeget. Pointen er, at det statistiske normalitetselement, der giver anledning til problemerne, blot er ét element og

ikke et egentligt nødvendigt element af en naturalistisk opfattelse af sundhed. I en nylig artikel foreslår Daniel Hausman, at man i stedet for statistisk normalitet bør bestemme sundhed på baggrund af ”funktionel effektivitet”, dvs. hvorvidt en organisme eller delorganisme er i stand til at udføre de opgaver, den er designet til (Hausman, 2012). Funktionel effektivitet vil i de fleste tilfælde stemme overens med den artstypiske funktionalitet men uden at hvile på det problematiske element af hyppighed, som var årsag til problemerne for Daniels.

Daniels’ retfærdighedsteori er i en vis forstand uafhængig af hans definition af sundhed. Det er den, fordi den retfærdige standard udgøres af princippet om fair mulighedslighed, og fordi dette princip er gældende, uanset hvordan sundhed bestemmes. Det betyder også, at der ikke umiddelbart er de store omkostninger for Daniels ved at udskifte den biostatistiske teori om sundhed med Hausmans alternative naturalistiske sundhedsopfattelse. Hausmans forslag ligner således en oplagt løsning for Daniels’ teori, idet den kan forblive indenfor den naturalistiske ramme og dermed afvise normative definitioner uden at have problemer med at tackle fx ”udbredte sygdomme”. Men tilbage står for Daniels at imødekomme to resterende problemer, som mere direkte knytter sig til hans mulighedsbegreb. Disse problemer præsenteres i de to følgende afsnit. I det efterfølgende afsnit skal jeg argumentere for, at det er muligt for Daniels at gøre det ved at låne fra Amartya Sens kapabilitetsbegreb.

At kunne begrunde de objektive sundhedsbehov

Det andet problem, jeg skal rejse for Daniels’ teori, er, at han i sin udvidelse af Rawls’ mulighedsprincip introducerer en distinktion imellem sundhedsbehov på den ene side og manglende naturligt talent på den anden, som det ikke lykkes ham i tilstrækkelig grad at give en teoretisk begrundelse for.

Problemet opstår, fordi Daniels er nødt til at udvide opfattelsen af ”muligheder” fra arbejdsrelaterede udsigter til mulighed i bredere forstand, mere konkret livsplaner eller muligheder for et vellykket liv, for at få teorien til at omfatte ulighed i sundhed på en plausibel måde. Som vi har set, er ulighed i sundhed ikke nødvendigvis et relevant problem for Rawls’ retfærdighedsteori i sin oprindelige form. Ikke desto mindre mener Daniels, at princippet om fair mulighedslighed bør kunne adressere ulighed i sundhed, og som vi så i hans diskussion af infertilitet, mener han endvidere, at princippet kan udvides i den henseende uden de store negative konsekvenser. Problemet er, at udvidelsen af princippet om fair mulighedslighed gør det uklart, hvilke ”muligheder” princippet forholder sig til. Vi kan forstå på Daniels, at det i hvert fald ikke blot er arbejdsrelaterede udsigter, der er tale om, men at det er vigtigt, at visse sund-

hedsrelaterede mulighedsbegrænsninger (såsom infertilitet) også skal anses for uretfærdige ifølge princippet. På den anden side er Daniels ikke klar til at opgive skellet mellem relevante sundhedsrelaterede mulighedsbegrænsninger og naturligt talent (Daniels, 2008: 58). Men hvis princippet om fair mulighedslighed skal udvides til at omhandle udsigt eller adgang til et vellykket liv snarere end blot karrieremæssige chancer, er "infertilitet" så i virkeligheden ikke bare et udtryk for manglende naturligt talent? Daniels har brug for en begrundelse for, at de objektive sundhedsbehov giver anledning til retfærdighedskrav, mens andre mangler i naturlige kapaciteter ikke gør, men det er uklart, at han leverer en sådan. Hvis Daniels skal tilvejebringe en plausibel begrundelse for vigtigheden af de objektive sundhedsbehov, har han brug for et teoretisk argument, der indfanger forskellen på relevante sundhedsbehov og andre naturlige talenter. Der er simpelthen behov for en mere udførlig begrundelse for, hvordan sundhedsbehovene adskiller sig fra underskud i andre naturlige kapaciteter.

En umiddelbar mulighed er, at Daniels som begrundelse kunne henvise til vigtigheden af sundhed forstået som artstypisk funktionalitet. Som vi allerede har set, har vi stærke grunde til at være skeptiske overfor denne definition af sundhed, men det betyder jo ikke nødvendigvis, at vi også skal afvise den som begrundelse for vigtigheden af visse sundhedsrelaterede behov. Man kunne måske hævde, at et centralt træk ved et vellykket liv er, at det også er rimeligt normalt eller artstypisk. Men heller ikke denne begrundelse er særlig tilfredsstillende. Betragter vi igen scenarier med udbredte sygdomme og ubetydelige patologier, så synes vores forestilling om det vellykkede liv og ligeledes vores intuition om retfærdighed at være på den ene side mere og på den anden side mindre krævende end den blotte forestilling om det "normale".

Måske den artstypiske begrundelse fungerer bedre, når vi tænker på arbejdsrelaterede muligheder. "Ordblindhed", skriver Daniels i et eksempel, "er muligvis mindre vigtigt at behandle i ikke-læsekyndige samfund end i meget læsekyndige samfund" (Daniels, 2008: 45). Intuitionen bag eksemplet her er, at fordi manglende læsekundskaber i nogle samfund er normen snarere end undtagelsen, så vil ordblindhed ikke have nær så betydelig negativ indflydelse på en persons konkurrenceevne i forhold til karrieremuligheder (og derigennem personens livsplaner) i sådanne samfund. Men denne mekanisme er sværere at genfinde, når det kommer til tilstande såsom diabetes eller fedme, som mere direkte influerer en persons livskvalitet (ikke bare via dens betydning for jobmuligheder). Pointen er, at retfærdighed synes mere krævende end blot at være tilfredsstillet ved, at alle besidder et bestemt (derfor artstypisk) men meget ringe funktionsniveau.

Konklusionen bliver, at udvidelsen af Rawls' princip om fair mulighedslighed til at omfatte ulighed i sundhed efterlader Daniels' retfærdighedsteori uden en egentlig begrundelse for, hvorfor de objektive sundhedsbehov kræves dækket. Idet Daniels ønsker at overskride den rawlsianske teoriramme og dennes relativt snævre opfattelse af "mulighed", så skylder han at forklare og at begrunde, hvilken mulighedsopfattelse der skal stå i stedet. Som jeg skal komme tilbage til om lidt, synes Sens kapabilitetsbegreb at være en holdbar kandidat. Men først vil jeg kort introducere en tredje udfordring, som Daniels' teori står overfor.

Har sundhed kun værdi igennem andre værdier?

Et centralt element i Daniels' teori er påstanden om, at sundhed har en særegen tungtvejende relevans for retfærdighed (Daniels, 1981; 2008: 29). Påstanden begrundes, som vi har set, med effekten af at have tilfredsstillende sundhedsbehov for en persons muligheder i livet (dvs. for personens livsplaner). "Tilfredsstillelse af sundhedsbehov", hævder Daniels, "gør det muligt for folk at vælge imellem forskellige livsplaner" (2008: 77). Men dette ræsonnement tildeler sundhed en blot instrumentel eller indirekte værdi, hvilket mange vil finde en for beskednen forestilling om sundhedens betydning for personers retfærdighedskrav. Hvis sundhed virkelig skal tildeles en særstatus, hvorfor skulle retfærdigheden så kun bekymre sig om dens betydning for adgangen til andre goder og ikke om sundhedens værdi i sig selv? I mine øjne er det en nedskrivning af sundhedens status, som modstrider selve det udgangspunkt for Daniels' teori, at sundhed netop *har* særstatus.

Der er en lang række sygdomme, som man må forestille sig har en meget beskednen eller slet ingen negativ effekt på folks livsplaner. Det vil gælde for mange tilfælde af allergi, gigt, dermatologiske lidelser og så videre. Alligevel synes det uplausibelt, at retfærdigheden ikke skulle bekymre sig om sådanne uligheder. De fleste vil vel mene, at personer har et retfærdigt krav på behandling af fx allergi, selv i tilfælde hvor denne lidelse ikke udgør en mulighedsbegrænsning på personens livsplaner. Bemærk at mange fortalere for velfærdslighed² vil begrunde dette med, at man kan bruge friheden fra allergien til at opnå bedre velvære, og således mene, at sundhedens værdi stammer fra dens betydning for subjektiv velfærd. Men her bør man huske, at Daniels selv tager afstand fra velfærd som møntfod for retfærdighed ved at basere sin teori på en objektiv opfattelse af behov. Med andre ord, selvom det for *nogle* er muligt at tildele sundhed en særlig status grundet dens betydning for velfærd, synes dette ikke muligt for Daniels.

Men måske fortalere for velfærdslighed så faktisk har en væsentlig pointe her. For er det ikke rigtigt, at sundhedens centrale betydning for det menneskelige liv netop stammer fra dens betydning for subjektiv velfærd? Min påstand er, at selvom sundhed har betydning for subjektiv velfærd, og selvom subjektiv velfærd er et element af livet, som retfærdigheden bør værne om, så har sundhed også værdi uafhængigt af den velfærd, den tilvejebringer. Betragt følgende eksempel. Abel har nedsat sædkvalitet i en grad, der gør ham komplet infertil. Det forholder sig nu sådan, at Abel ikke begræder sin lidelse, da han foretrækker et liv uden familiestiftelse. Ifølge velfærdslighed er Abel således ikke relevant dårligere stillet end andre, og han har således intet krav på behandling. Daniels afviser dette med henvisning til det objektive behovskriterium, hvilket jeg mener, at vi har gode grunde til at acceptere. Pointen er, at selvom Abel aldrig havde tænkt sig at benytte de muligheder, som han havde haft, hvis han ikke havde haft nedsat sædkvalitet, så er de muligheder alligevel relevante fra et retfærdighedsperspektiv. Dette skyldes, at der her er tale om behov i en objektiv forstand, selv hvis dette ikke kommer til udtryk via Abels egne præferencer. Med andre ord, Abel *er* dårligere stillet end andre i en for retfærdigheden relevant forstand; nemlig når det kommer til de muligheder, han har, også selvom han ikke har tænkt sig at gøre brug af dem. Det mest retfærdige synes at være, at Abel *også* havde muligheden for at få børn men frivilligt valgte ikke at få nogen (Nielsen, 2012). Og selvom hans manglende ønske om behandling selvsagt har betydning for, hvordan vi i praksis skal respondere på hans handicap, så gør det det ingenlunde irrelevant i et retfærdighedsperspektiv, at Abels muligheder i en objektiv forstand er dårligere end andres.

I mine øjne har vi således gode grunde til at acceptere det objektive behovskriterium, som Daniels tilskriver sin teori. Alligevel synes det rimeligt at kræve af Daniels, at for så vidt hans teori skal kunne give særlig status til sundhed, så burde den kunne indfange, at de objektive sundhedsbehov har værdi i sig selv, ikke blot som ressource til at opnå andre goder, og at retfærdigheden også bekymrer sig om denne intrinsiske værdi. En mulig bekymring her er, at Daniels er for ivrig i sit forsøg på at få sundhedsbehovene til at passe ind i helheden omkring Rawls' fokus på "primære sociale goder" (Rawls, 1971: 90-95; 1982; Daniels, 2008: 57) og netop derfor giver sundhed (i parallel til sundhedsydelse) denne karakter af at være en ressource i forstanden at være et *middel* til at opnå noget andet. Men som jeg har forsøgt at argumentere for i afsnittet her, synes der at være mere moralværdi i sundhed end dens blotte effekt på muligheden for at opnå andre værdier eller goder.

En styrket teori: Fair mulighedslighed og kapabilitet

Daniels lægger i sit arbejde ikke skjul på inspirationen fra Rawls. En mindre åbenlys inspiration kommer imidlertid fra Amartya Sens såkaldte kapabilitets-tilgang. Tilgangens centrale omdrejningspunkt er, at retfærdighed omhandler personers kapabiliteter til at opnå værdifulde funktioner og ikke personers besiddelse af ressourcer (eller primærgoder) eller tilfredsstillelse af personers subjektive præferencer (Sen 1979; 1985; 1987: 7; 1990; 1992: 40-42; 1993; 2009: 253-254). Med kapabiliteter forstås ofte effektiv frihed eller faktisk adgang (i modsætning til blot formel eller negativ frihed) til givne funktioner, der afspejler én udformning (blandt flere mulige) af det menneskelige potentiale.

Vi kan forstå kapabiliteter som den effektive frihed til at opnå menneskelige funktioner på følgende måde: Hvis en bestemt udformning af det menneskelige potentiale forstås som et punkt i rummet af mulige udformninger, hvilket vil sige et givet sæt af menneskelige funktioner, så forstås kapabilitet som endnu et sæt af sådanne punkter. Kapabilitet er således et sæt af vektorer af udformninger af det menneskelige potentiale, der afspejler individers frihed til at vælge mellem forskellige livsformer (Sen, 1992: 40; 1993: 38). På den måde forholder Sens kapabiliteter sig til livsplaner på en måde tilsvarende Daniels' intuition om, hvordan princippet om fair mulighedslighed bør udvides.

Betragt som eksempel to personer, Randall og Donald, som er lige i alle relevante henseender på nær følgende: Randall er i modsætning til Donald fanatisk religiøs.³ Hvert år bruger Randall hele februar på at faste af religiøse grunde, hvorimod Donald nyder godt af sund og nærende mad. Ifølge kapabilitetsteorien er det centrale her, at forskellen på de to personers funktioner i det pågældende tilfælde, dvs. forskellen i deres fødeindtag og egentlige næringsoptag, ikke afspejler en forskel i deres kapabiliteter, idet de har en lige grad af frihed i henhold til de fornødne goder (føde) og en lige god evne til at omsætte disse goder til egentlig funktion (næring). At faste er således forskelligt fra at sulte netop på grund af tilstedeværelsen af friheden til *ikke* at sulte (Sen, 1992: 52). En forskel i to personers sæt af funktioner kan således være, men er ikke nødvendigvis, et udtryk for en forskel i deres kapabiliteter.

I sine senere værker har Daniels eksplicit bemærket ligheden og den gensidige mulighed for samspil imellem Sens kapabilitets-tilgang og sin egen teori om sundhedsretfærdighed. Den lidt poppede konklusion, han drager deraf, er, at Sen og han ”går den samme gang, men synger hver sin sang”,⁴ hentydende til at forskellene på de to blot er terminologiske snarere end substantielle (Daniels, 2010; 2008: 78). Jeg skal ikke forsøge at gøre mig til dommer over, hvor dybt forskellene på Daniels og Sen reelt stikker. Mit formål her er blot at påpege, at kapabilitetsbegrebet synes at udgøre et lovende alternativ til det rawlsianske

mulighedsbegreb, som Daniels er nødsaget til at forkaste for at gøre princippet om fair mulighedslighed relevant for ulighed i sundhed. Som jeg ser det, er der to grunde hertil, der forholder sig respektivt til de to sidste af ovenstående udfordringer for Daniels' position.

Den første grund er, at kapabilitetsbegrebet i modsætning til Daniels' resourcebaserede mulighedsbegreb er i stand til at anerkende, at muligheden for at leve et liv med et tilstrækkelig godt helbred og en rimelig grad af sundhed ikke blot har værdi ved at give adgang til andre værdier, men også er en frihed, som vi har grund til at værdsætte i sig selv. Den specifikke anvendelse af kapabilitetstilgangen indenfor sundhedsområdet er en relativt ny tendens i litteraturen, men mange finder koblingen her oplagt, netop fordi opfattelsen af sundhed indenfor rammen af kapabilitetsbegrebet stemmer overens med vores intuition om sundhedens værdi i sig selv på den ene side (sundhed som en værdifuld funktion), og dens centrale betydning for friheden til andre funktioner på den anden side (sundhed som kapabilitet) (Ruger, 2010: 81; Venkatapuram, 2011: 148). Pointen er, at selvom den rawlsianske ramme og mulighedsopfattelse gør Daniels i stand til at anerkende vigtigheden af sundhedsbehovene på grund af deres betydning for adgangen til andre goder, så er det, som vi tidligere har set, ikke i stand til at indfange værdien af sundhed i sig selv. Kapabilitetsbegrebet gør netop dette, og Daniels synes at være forpligtet på noget lignende.

Den anden grund er, at der i kapabilitetsbegrebet allerede ligger et moralsk vurderende element af, hvilke muligheder der har relevans for retfærdighed. Det skyldes, at kapabiliteter forstået som effektive friheder til at opnå *værdifulde* funktioner lægger sig til en given normativ opfattelse af, hvilke funktioner der har værdi for det menneskelige liv. Dette muliggør en skelnen mellem relevante og irrelevante sundhedsrelaterede funktioner, som ikke nødvendigvis hviler på en arbitrær distinktion mellem væsentlige kapaciteter og naturlige talenter. Ræsonnementet er, at der findes visse funktioner, som indtager en så central position i det menneskelige liv, at en mangel på frihed eller adgang til disse altid allerede er et tragisk underskud. Dette betyder ikke nødvendigvis, at vi bør tvinge folk til at have disse funktioner. Bemærk at kapabilitetsbegrebet helt grundlæggende er et frihedsbegreb, dvs. der er ikke nødvendigvis et problem med paternalisme her.⁵ Det centrale er, at alle har sikret deres *frihed* til at opnå sådanne værdifulde funktioner (Sen, 1992: 59; 1993: 36). Det betyder heller ikke nødvendigvis, at det ikke spiller nogen rolle for retfærdigheden, om den enkelte person faktisk sætter pris på den givne frihed. Som Serena Olsaretti meget indsigtfuldt har påpeget, så udgør en persons "værdsættelse"

af en given funktion en nødvendig men ikke tilstrækkelig betingelse for Sens kapabiliteter (Olsaretti, 2005).

Det normative element i kapabilitetsbegrebet giver således en begrundelse for det objektive behovskriterium, som vi har set, at Daniels baserer sin teori på. Pointen er, at visse kapabiliteter udgør helt centrale og derfor relevante friheder. Dette synes at kunne begrunde, hvorfor visse sundhedsrelaterede funktioner (såsom fertilitet i Daniels' eksempel) kan ses som objektive sundhedsbehov og derfor giver anledning til retfærdighedskrav, uden at disse behøver at blive adskilt fra andre såkaldte "naturlige talenter" eller begrundes i artstypisk funktionalitet. Da Daniels her ikke kan basere sit argument på den rawlsianske opfattelse af muligheder, så må der et andet begrundelsesfundament til, og kapabilitetsbegrebet indeholder den normative objektivitet, som teorien har brug for.

Kritikere af kapabilitetstilgangen har påpeget, at kapabilitetsbegrebet i en vis forstand er tomt, hvis ikke det relateres til en bestemt objektiv opfattelse af, hvad der udgør de såkaldte "værdifulde" funktioner samt giver en fundamental begrundelse herfor (Alkire, 2002: 12; Arneson, 1989: 91; 2010: 109; Cohen, 1994: 118-119). Særligt henvendt til Daniels kunne vi spørge, hvorfor er det netop dine sundhedsbehov (eller kapabiliteter), der er relevante? Indenfor rammen af kapabilitetstilgangen findes der to overordnede strategier til at begrunde en given bestemmelse af værdifulde funktioner, der respektivt afspejler Scanlons oprindelige forestilling om, hvordan det objektive behovskriterium kan begrundes enten "naturalistisk" eller "konventionelt" (Scanlon, 1975: 668). Den såkaldte naturalistiske strategi findes mest grundigt udformet i Martha Nussbaums arbejde med kapabilitetsteorien, hvori en objektiv liste af ti centrale kapabiliteter begrundes med, at et liv uden en hvilken som helst af de pågældende kapabiliteter ikke rimeligvis kan være udtryk for et tilstrækkeligt *menneskeligt* liv (Nussbaum, 2000: 78-80; 2006: 76-78; 2011: 33-34). Nussbaums naturalisme synes konsistent med Daniels' opfattelse af de objektive behovs artsspecifikke relationer, men uden at indeholde det problematiske element af statistisk hyppighed.⁶ Alternative forsøg på at begrunde relevansen af bestemte kapabiliteter følger en ikke-naturalistisk strategi ved at påpege, at man kan bestemme disse (eller i det mindste nå til en rimelig og tilstrækkelig grad af enighed) på baggrund af en offentlig og demokratisk proces eller ræson (Sen, 1992: 46-49; 2009: 106-113; Wolff og de-Shalit, 2006: 99-106; Ruger, 2010: 74-76). Hvor den naturalistiske strategi tilbageviser kritikken af kapabilitetsbegrebets tomhed, så hævder den konventionelle således snarere, at det ikke er et egentligt problem, at begrebet i udgangspunktet er tomt. Snarere giver det muligheden for at bestemme det demokratisk. Denne strategi synes

rimeligvis at overlape Rawls' ideal om "demokratisk lighed" og hans såkaldte offentlighedskriterium, som Daniels er sympatisk overfor, og på baggrund af hvilke han udleder sit andenordensprincip for prioritering af sundhedsbehov. Det synes således ikke oplagt, hvilken af strategierne Daniels skal vælge.⁷ Ultimativt må Daniels naturligvis bestemme sig for, hvilken han vil følge, men for så vidt at begge strategier er gyldige, er det ikke afgørende for, om hans teori om sundhedsretfærdighed er holdbar, hvilken en af dem han vælger. Jeg skal lade dette stå åbent. Min pointe er, at kapabilitetsbegrebet synes bedre egnet end det mulighedsbegreb, som Daniels oprindeligt lånte fra Rawls, til at retfærdiggøre den moralske relevans af de objektive sundhedsbehov.

Konklusion

I en styrket version hævder princippet om fair mulighedslighed anvendt på spørgsmålet om ulighed i sundhed, at der findes visse objektive sundhedsbehov, som enhver i kraft af sin status som værende menneskelig *person* har krav på at have dækket; at disse må anses for at være kapabiliteter, hvilket vil sige, at kravet på at have dem dækket ligeledes indbefatter friheden til at fravælge dem; samt at disse har værdi ikke bare i kraft af deres betydning for udsigten til at opnå andre værdier, men også fordi disse er vigtige i sig selv. Forstærket på denne måde synes Daniels' teori om retfærdig sundhed at udgøre et lovende bud på en standard for retfærdig fordeling på sundhedsområdet, som må tages alvorligt, når vi i det politiske liv skal adressere spørgsmål om ulighed i sundhed.⁸

Noter

1. (6) findes kun i Daniels' nylige udvidede værk (2008: 42).
2. Se fx princippet om "velfærdslighed under ansvar" i Martin Marchman Andersens bidrag til dette nummer.
3. Eksemplet er taget fra Nielsen (2012).
4. "... walk the same, or a very similar walk, but with different talk" (Daniels, 2010: 135).
5. Jf. temaet i Søren Flinch Midtgaards bidrag til dette nummer.
6. Bemærk dog, at de to "naturalismer" bevæger sig på forskellige teoretiske niveauer. Hvor "naturalisme i henhold til sundhed" udelukkende bevæger sig på et definitionerisk plan og således fordrer en værdineutral definition af begrebet "sundhed", så er Nussbaums "naturalisme" mere fundamental og lægger sig til begrundelsen for den objektive værdi af bestemte funktioner.
7. Andetsteds har jeg forsøgt at forsvare Nussbaums naturalistiske strategi (Nielsen, 2012).

8. Jeg takker Søren Flinch Midtgaard, Kasper Lippert-Rasmussen, Rasmus Sommer Hansen, Per Mouritsen, David Vestergaard Axelsen, Kristian Jensen, Andreas Albertsen, Jens Damgaard Thaysen, Tore Vincents Olsen, Morten Brænder, Martin Marchman Andersen og Thomas Søbirk Petersen for nyttige kommentarer.

Litteratur

- Alkire, Sabina (2002). *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Arneson, Richard (1989). Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 56 (1): 77-93.
- Arneson, Richard (2010). Two cheers for capabilities, pp. 101-127 i Harry Brighouse og Ingrid Robeyns (red.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boorse, Christopher (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44 (4): 542-573.
- Boorse, Christopher (1997). A rebuttal on health, pp. 1-134 i James M. Humber og Robert F. Almeder (red.), *What is Disease?* Totowa: Humana Press.
- Braybrooke, David (1968). Let needs diminish that preferences may prosper, i *Studies in Moral Philosophy*, American Philosophical Quarterly Monograph Series, No. 1. Oxford: Blackwell.
- Cohen, G. A. (1994). Amartya Sen's unequal world. *New Left Review* 203: 117-129.
- Daniels, Norman (1981). Health-care needs and distributive justice. *Philosophy and Public Affairs* 10: 146-179.
- Daniels, Norman (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (2003). Democratic equality: Rawls's complex egalitarianism, pp. 241-276 i Samuel R. Freedman (red.), *Companion to Rawls*. Oxford: Blackwell.
- Daniels, Norman (2008). *Just Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (2009). Just health: replies and further thoughts. *Journal of Medical Ethics* 35: 36-41.
- Daniels, Norman (2010). Capabilities, opportunity, and health, pp. 131-149 i Harry Brighouse og Ingrid Robeyns (red.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hausman, Daniel (2012). Naturalism, and functional efficiency. *Philosophy of Science* 79 (4): 519-541.
- Nielsen, Lasse (2012). Pluralism and objectivism: cornerstones for interpersonal comparisons. *Sats – Northern European Journal of Philosophy* 13 (2): 190-206.
- Nordenfelt, Lennart (1987). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

- Nordenfelt, Lennart (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10: 5-10.
- Nussbaum, Martha C. (2000). *Women and Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha C. (2006). *Frontiers of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nussbaum, Martha C. (2011). *Creating Capabilities*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Olsaretti, Serena (2005). Endorsement and freedom in Amartya Sen's capability approach. *Economics and Philosophy* 21: 89-108.
- Rawls, John (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rawls, John (1982). Social unity and primary goods, i Samuel R. Freedman (red.), *John Rawls Collected Papers* 1999. Cambridge: Harvard University Press.
- Ruger, Jennifer P. (2010). *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Scanlon, T. M. (1975). Preference and urgency. *The Journal of Philosophy* 72 (19): 655-669.
- Sen, Amartya (1979). Equality of what? *The Tanner Lectures on Human Values*. Stanford University.
- Sen, Amartya (1985). Well-being, agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. *The Journal of Philosophy* 82 (4): 169-221.
- Sen, Amartya (1987). *Commodities and Capabilities*. New Delhi: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (1990). Justice: means versus freedom. *Philosophy and Public Affairs* 19 (2): 111-121.
- Sen, Amartya (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (1993). Capability and well-being, pp. 30-53 i Martha C. Nussbaum og Amartya Sen (red.), *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Venkatapuram, Sridhar (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity.
- Wolff, Jonathan og Avner de-Shalit (2006). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.

Thomas Søbirk Petersen

For gammel til behandling? Bør kvinder over 45 år have adgang til kunstig befrugtning?

Bør det være lovligt for sundhedspersoner at hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning som reagensglasbefrugtning? Ifølge gældende dansk lov er dette ulovligt. En kritisk diskussion af centrale argumenter for og imod gældende lov er målet for artiklen. Argumenter for gældende lov betoner hensynet til kvindens eller barnets tarv; at gældende lov er adfærdsregulerende på en måde, der støtter kvinder i at få børn, mens de er unge. Argumenter imod gældende lov betoner, at loven er i modstrid med et centralt lighedsprincip for det danske sundhedsvæsen og en af FN's menneskerettigheder, og at gældende lov faktisk er i modstrid med kvindens og barnets tarv. Artiklen konkluderer, at der ud fra en analyse af de i bidraget diskutererede argumenter er gode moralske grunde til at ændre gældende dansk lov, således at det bliver lovligt at hjælpe kvinder over 45 med kunstig befrugtning.

Antallet og andelen af børn, der er kommet til verden ved hjælp af kunstig befrugtning (fx reagensglasbefrugtning), har siden det første barn kom til verden ved reagensglasbefrugtning i 1978 været støt stigende. Tal fra Dansk Fertilitetsselskab (2011) viser fx, at i året 2000 var cirka 5 pct. af alle børn, der blev født i Danmark, et resultat af kunstig befrugtning, mens det i 2010 var cirka 10 pct. Brugen af kunstig befrugtning rejser en række fordelingsetiske udfordringer. Bør der fx være brugerbetaling på området? Bør sæd- og ægdonorer modtage betaling for deres ydelser? Og hvis svaret er ja til disse spørgsmål, hvor stor en andel af omkostningerne skal betalingen så udgøre?

Men ud over fordelingsetiske overvejelser vedrørende økonomiske forhold har den politiske og offentlige diskussion også fokus på fordelingsetiske udfordringer med hensyn til, *hvilke personer* der i følge dansk lov bør få hjælp med at få børn via kunstig befrugtning. Skal denne ydelse kun være lovlig at anvende i forhold til gifte heteroseksuelle par, hvor kvinden er 46 år eller yngre? Eller skal det fx også være muligt for enlige kvinder, for lesbiske og for kvinder over 45 år at få hjælp til kunstig befrugtning? Siden begyndelsen af 1980'erne har diskussionen af disse spørgsmål løbende spillet en rolle i den offentlige debat, inden for den bioetiske forskning, i Det Ethiske Råd og blandt politikere der lovgiver på området. Diskussionen er præget af, at fertilitetsvidenskab og teknologi er

i rivende udvikling og derfor ofte rejser nye etiske spørgsmål. Det kan derfor ikke undre, at loven har ændret sig flere gange i løbet af bare de sidste ti år. Fx blev det med lovændringen i lov om kunstig befrugtning mv. fra 2006 lovligt for læger at hjælpe *enlige* og *lesbiske* med at få et barn via kunstig befrugtning (Lov om kunstig befrugtning 2012). Men ifølge lovens § 6 er det i dag stadig ulovligt for såkaldte sundhedspersoner¹ at hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning. Hvis fx en læge bryder loven, kan hun straffes med op til fire måneders fængsel.

I dette bidrag vil jeg præsentere og kritisk diskutere centrale argumenter, der henholdsvis taler for og imod, at det bør være lovligt for sundhedspersoner at hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning.² Man kan let få det indtryk, at diskussionen ikke er vigtig nok til et bidrag i et tidsskrift, da der er relativt få kvinder over 45 år, der ønsker at få børn ved hjælp af kunstig befrugtning. Men antallet af kvinder over 45 år, der ønsker at få børn, og som også har modtaget kunstig befrugtning, er stigende (Sundhedsstyrelsen, 2011; Vaidya og Shah, 2010: 3). Diskussionen er også interessant, fordi den rejser nogle centrale værdimæssige spørgsmål i forhold til kunstig befrugtning – fx om alder overhovedet bør spille en rolle for, hvem det skal være lovligt at hjælpe i visse dele af sundhedsvæsenet.

I det næste afsnit skal jeg kort beskrive den fertilitetsteknologi, som særligt kvinder over 45 år kan gøre brug af (og i visse lande gør brug af)³ for at få hjælp til at få børn (Goold og Savulescu, 2009). Herefter vil jeg foretage en kritisk diskussion af argumenter for og imod, at en sådan praksis er ulovlig. For det første vil jeg præsentere det synspunkt, at gældende lov i Danmark er en problematisk form for forskelsbehandling, da den synes at være i modstrid med både et centralt lighedsprincip for det danske sundhedsvæsen og artikel 16 i FN's menneskerettighedserklæring. For det andet skal jeg undersøge argumenter, der ønsker at begrunde det moralsk ønskværdige ved denne forskelsbehandling. Det vil være argumenter, der understøtter forskellige bud på, hvad der kunne være en moralsk relevant forskel mellem kvinder over 45 år og yngre kvinder (og alle mænd). Fx at det er i modstrid med kvindens livskvalitet at få børn i så høj en alder, eller at det er i modstrid med barnets tarv at have en ældre mor. For det tredje vil jeg præsentere og kritisk diskutere det forsvar for gældende lov, der blandt andet hviler på en præmis om, at loven giver kvinder et incitament til at få børn i en tidligere alder sammenlignet med en situation, hvor loven blev ophævet. For det fjerde skal vi kort undersøge det synspunkt, at mens det bør være tilladt at hjælpe kvinder over 45 år i den private sektor, så bør det på grund af manglende ressourcer ikke være tilladt i den offentlige sektor.

Diskussionen i bidraget lægger op til, at det bør være lovligt at hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning, men som vi skal se i konklusionen, er der pragmatiske grunde til, at vi bør nøjes med at hæve alderen til 55 år. Dette forsvar for en lovændring er ikke konklusivt, da der findes en række relevante argumenter i den etiske diskussion for og imod lovændringer, som der ikke har været plads til at behandle i dette bidrag.

Kunstig befrugtning for kvinder over 45 år – hvordan?

Før en kritisk diskussion af nogle af de relevante argumenter er det vigtigt at beskrive nogle kendsgerninger omkring den fertilitetsteknologi, der kan hjælpe nogle kvinder over 45 år med at få børn.

Ældre kvinder kan via kunstig befrugtning få hjælp på mange måder i deres bestræbelser på at få børn. Kvinder, der er over 45 år, og som ønsker kunstig befrugtning, er ofte kvinder, der ikke selv kan producere æg til befrugtning, da deres menstruation er ophørt, og ægløsning dermed er afsluttet. Eller det kan være kvinder over 45, hvis æg er af så ringe kvalitet (ofte på grund af alderen), at æggene udgør en øget risiko for, at barnet vil få visse alvorlige kromosomafvigelse. En måde at skaffe bedre æg på er ved at få æg doneret fra en anden og typisk yngre kvinde. De donerede æg kan så, *in vitro*, blive befrugtet med partnerens eller en sæddonors sæd.

Men hvad der er teknisk muligt bør jo ikke nødvendigvis være lovligt. I det følgende skal vi som sagt fokusere på den etiske side af sagen.

Argumenter imod gældende lov

At få børn er noget, som de fleste mennesker ønsker sig. Ifølge gældende dansk lov har alle kvinder, uanset seksualitet og parstatus adgang til kunstig befrugtning, men som nævnt er der en undtagelse for kvinder over 45 år.

Men er den nuværende lov på området etisk acceptabel, eller bør den ændres således, at kvinder over 45 år kan få hjælp til kunstig befrugtning? En seriøs vurdering af loven bør som udgangspunkt ske ved at undersøge de etiske argumenter for og imod, at sundhedspersoner bør kunne hjælpe kvinder over 45 år med at få børn ved hjælp af kunstig befrugtning. Jeg vil derfor opstille og udfordre centrale argumenter, der forsøger at besvare spørgsmålet: Bør det være lovligt, at sundhedspersoner i det danske sundhedssystem hjælper kvinder over 45 år med kunstig befrugtning? Lad os begynde med at se på nogle af argumenterne for at udvide adgangen til kunstig befrugtning til også at gælde for kvinder over 45 år.

Lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser

Et centralt argument bygger på følgende egalitaristiske princip:

Lighedsprincippet for det danske sundhedsvæsen

Alle individer har lige ret til sundhedsvæsenets ydelser – uanset alder, ægteskabelig status, religion, politisk tilhørsforhold, hudfarve, seksualitet etc. (Wulff, 1995: 196-197).

Dette lighedsprincip udtrykker, at alle individer uanset alder, religion, hudfarve etc. har en ret til at få lige ret til sundhedsydelser. Der er ingen tvivl om, at princippet, som det er formuleret, lader meget tilbage at forklare. Er det et absolut princip i den forstand, at det altid er moralsk forkert ikke at overholde princippet? Hvad dækker ”etc.” over (kriminelt adfærd, fedme, rygevaner og indkomst)? Er der andre hensyn, der kendetegner en etisk forsvarlig fordeling af velfærd/ressourcer i sundhedsvæsenet (fx at retten til lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser skal justeres efter individuel fortjeneste)? Og hvis ja, hvordan skal disse værdier så afvejes i forhold til hinanden? Ikke desto mindre er det et princip, som jeg antager, at de fleste individer i vores samfund finder plausibelt. Fx er der næppe mange, der vil mene, at der er gode grunde til at afvise en person med en sprængt blindtarm til en operation på hospitalet, blot fordi denne person er 80 år, eller fordi personen har en mørk hudfarve. Princippet passer også fint med den overordnede tankegang i sundhedsloven (Sundhedsloven, 2010). Især hvis man kombinerer § 2 ”Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på ... at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet ...” med § 7 ”Personer der har bopæl i landet har ret til lovens ydelser”. Heraf følger, at alle med bopæl i Danmark bør have let (hvad ”let” så end betyder i forhold til ventelister og ressourcfordeling) og lige adgang til sundhedsydelser uanset køn, alder etc.

Så lighedsprincippet udtrykker den idé, at ingen på grund af fx alder eller hudfarve bør udelukkes fra at nyde godt af sundhedsvæsenets ydelser. Loven om kunstig befrugtning er således i modstrid med lighedsprincippet for sundhedsvæsenet. Det forekommer derfor dobbeltmorskt (eller som en etisk problematisk form for aldersdiskrimination), at loven udelukker, at fx læger og sygeplejersker må hjælpe kvinder over 45 år *en bloc* med at få børn via kunstig befrugtning, medmindre man kan give gode grunde for en sådan forskelsbehandling. Men gældende lovgivning synes ikke blot at være aldersdiskriminerende. Den forekommer også at være kønsdiskriminerende, medmindre man kan give mindst én god grund til, at sundhedspersonalet ikke bør hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning, samtidig med at man mener, at

kunstig befrugtning bør være tilladt for mænd over 45 år. I det følgende vil jeg kritisk diskutere argumenter, som understøtter gældende lov. Men først skal jeg præsentere et andet argument for at gøre det lovligt, at kvinder over 45 år kan få hjælp til kunstig befrugtning. Det er et argument, som tager udgangspunkt i FN's menneskerettigheder.

Menneskerettighedsargumentet

Menneskerettighedsargumentet til fordel for en lovliggørelse af ældre kvinders adgang til kunstig befrugtning bygger på, at gældende dansk lov forekommer at være i modstrid med FN's menneskerettighedserklæring artikel 16, stk. 1. Lad os kalde denne menneskeret for

Retten til at skabe sin egen familie

Enhver voksen person, uanset nationalitet, religion og race har ret til at gifte sig og skabe sin egen familie (FN's menneskerettighedserklæring, 2012).

Da denne formulering ikke har nogen reference til alder, er det vigtigt at nævne, at artikel 2 i FN's menneskerettighedserklæring udtrykker det i vores sammenhæng vigtige forhold, at alle rettighederne gælder for alle individer uanset de forskelle, der måtte være imellem dem. Hvad det præcist betyder at have "ret til at ... skabe sin egen familie", er ikke entydigt. Én fortolkning er, at motivet bag artikel 16 er at sikre, at voksne personer har en *negativ* ret til at skabe sin egen familie, dvs. at andre (fx staten via lovgivningen) *ikke* må forhindre voksne i at få de børn, de ønsker sig. Hvis vi accepterer denne fortolkning, er motivet bag denne ret altså ikke, at voksne personer besidder en *positiv* ret til at få børn, dvs. en ret til, at andre *skal sørge for*, at voksne personer får de børn, de ønsker (fx ved at det offentlige finansierer kunstig befrugtning).

Det er nu nærliggende at mene, at hensynet til voksnes og ældres ret til at skabe en familie bliver krænket, hvis staten via lovgivningen forhindrer dem i at få børn ved hjælp af kunstig befrugtning. Med loven vil staten (trods alt) ikke forhindre ældre i at få børn på "almindelig" vis. Men loven forhindrer, at nogle kvinder over 45 år får børn på den måde, de ønsker, eller overhovedet *kan* få børn på. Fx *kan* en del ældre kvinder jo ikke få børn på almindelig vis, da ældre kvinder kan være infertile, fordi de ikke længere producerer æg, eller fordi de æg de har tilbage, er af dårlig kvalitet. Hertil kan man indvende, at retten til at skabe sin egen familie ikke er en *absolut* ret, der altid bør respekteres, men at der skal vægtige grunde til at overtrumfe en menneskeret. Man kan argumentere for, at der kan være grund til at tilsidesætte denne ret, fx hvis en efterlevelse af retten skader kvinden selv eller andre personer mere end blot minimalt. I det

følgende skal vi diskutere argumenter, der konkluderer, at kvinder over 45 år ikke bør have adgang til kunstig befrugtning. Vi skal blandt andet undersøge argumenter, der bygger på præmisser om, at det enten vil skade kvinderne selv at få børn i denne alder og/eller de børn, der vil komme til verden, hvis det blev lovligt for ældre kvinder at få adgang til kunstig befrugtning.

Foreløbig kan vi konkludere, at hensynet til lighedsprincippet og retten til at skabe sin egen familie taler til fordel for at lade kvinder over 45 få adgang til kunstig befrugtning. Det forekommer umiddelbart etisk problematisk, at en hel klasse af individer bliver nægtet adgang til muligheden for at få børn på linje med andre, blot fordi de har en bestemt *alder* og et bestemt *køn*.

De fleste vil formentlig mene, at ældre kvinder i videst mulig udstrækning bør have lov til at skabe den familie, de ønsker sig, uden andres (fx statens) indblanding, og at man typisk bør respektere lighedsprincippet. Men konfronteret med konsekvenserne af at acceptere de to moralprinsipper får piben ofte en mere konservativ lyd. En konservatisme hvor man er tilhænger af begge principper, men samtidig mener, at kvinder over 45 år stadigvæk bør forhindres via lovgivningen i at få adgang til kunstig befrugtning. Så for at undgå dobbeltmoral må tilhængere af gældende lov finde en moralsk relevant forskel mellem henholdsvis alle mænd og kvinder under 45 år og kvinder over 45 år, der kan begrunde, at det alt andet lige kun bør være alle mænd og kvinder under 45 år, der skal kunne få hjælp til kunstig befrugtning. I resten af bidraget vil jeg primært præsentere og kritiske diskutere nogle typiske argumenter til fordel for dette synspunkt.

Argumenter til fordel for gældende lov

Hensynet til kvindens livskvalitet

Et argument til fordel for glædende lov bygger på hensynet til kvindens livskvalitet. Et hensyn hvor forventningen er, at det vil nedsætte kvindens livskvalitet at blive mor i en sen alder. Hvis vi tager udgangspunkt i kriminaliseringsteori,⁴ kan gældende lov i forhold til hensynet til kvinden betragtes som en lov, der er begrundet ved hjælp af det princip, der går under navnet legal paternalisme, og som typisk udtrykker følgende tankegang: ”Der er altid en god grund til at staten forbyder (ulovliggør) en handling og dermed indskrænker autonome borgers frihed, hvis forbuddet er nødvendigt for at forhindre, at den handlende skader sig selv eller udsætter sig selv for risiko for skade” (Feinberg, 1986: xvii).

I vores kontekst kan vi hermed sige, at begrundelsen (eller en af begrundelserne) for gældende lov er, at kvinden, reelt set, *ikke ved*, hvad der er godt for hende, og at loven er sat i værk for at beskytte kvinden mod, at hun skader sig selv. De skader, som man kan påstå, at kvinder udsætter sig selv for, har

typisk at gøre med, at kvinden og hendes krop vil have svært ved at klare de fysiologiske belastninger, som en graviditet og fødsel vil udsætte hende for. Fx er risikoen for svangerskabsforgiftning og yderligere komplikationer under graviditeten og fødslen støt stigende med kvindens alder (Vaidya og Shah, 2010: 3). Læg hertil, at det ofte er en ekstra belastning psykisk, socialt og fysisk (fx søvnmæssigt) at blive forælder, og at det forekommer plausibelt, at ældre kvinder ikke vil klare denne belastning lige så godt som yngre kvinder. Men argumentet er ikke overbevisende og det af flere grunde.

For det første er der ingen grund til at tro, at fordi en kvinde er over 45 år, så er hun en mindre kompetent beslutningstager end kvinder under 45 år (og alle mænd over 18 år). Hvorvidt en person er en kompetent beslutningstager må komme an på en individuel vurdering og bør ikke afhænge af alder og køn alene. Det forekommer derfor som ren spekulation at påstå, at kvinder over 45 år, som på lodig vis og så neutralt som muligt er velinformeret om diverse risici, ikke på ansvarlig vis kan vurdere, om det er godt for dem at få et barn. Eller om de vil være stand til at få et godt liv, hvis de gennemgår graviditet, fødsel og det at skulle være mor til (og for) et lille barn. Som udgangspunkt må den bedste autoritet med hensyn til at vide, hvad der er godt for kvinden, være kvinden selv. Det bør kun være i ekstraordinære situationer (fx hvor kvinder åbenlyst skader sig selv eller andre alvorligt), at fx staten bør kunne overtrumfe kvindens vurdering af, hvad der er godt for hende.

For det andet er der, så vidt jeg ved, ingen forskning, der kan dokumentere, at ældre mødre har dårligere liv – på grund af deres børn – end unge mødre. Tværtimod er der forskning, der peger på det modsatte (Shaw og Giles, 2007). Men selv hvis ældre mødre havde dårligere liv end yngre mødre, kunne det jo være, at det trods alt var bedre for en ældre kvinde at få et barn, end hvis hun intet barn havde. I forvejen giver dansk lovgivning mulighed for, at fx 70-årige mænd kan blive fædre ved hjælp af kunstig befrugtning, selvom de udsætter sig for den risiko, det er fx at få ødelagt deres nattesøvn eller på anden vis blive nødt til at ændre dagens rutiner. Hertil kan man indvende, at kvinder udsætter sig selv for større fare end manden, da kvinden skal bære og føde barnet, og komplikationer for graviditet og fødsel stiger med kvindens alder. Men vi accepterer jo også, at andre udsætter sig for risici, der kan medføre mindst lige så stor skade. Hvis vi skulle udøve paternalistisk lovgivning over for den mindste risiko for skade, skulle vi også forbyde fx bilkørsel og elitesport, hvilket jeg formoder, at de færreste er villige til at acceptere. For det tredje, hvis vi ophæver gældende lov, vil kvinder have bedre mulighed for at planlægge deres liv, fx i forhold til karriereplanlægning, end det er tilfældet med gældende lov. Hertil kan man indvende, at vi i stedet for at give kvinder mulighed for at ud-

sætte deres ønske om at få børn, til de er omkring 45 år, bør foretage politiske tiltag, der giver kvinder de samme muligheder på arbejdsmarkedet – fx via ligeløn, tvungen barselsorlov til mænd eller en barselsfond der kan kompensere virksomheder for de økonomiske tab, der kan være forbundet med at ansætte kvinder i den fødedygtige alder. Men så længe disse tiltag ikke er en realitet, forekommer det rimeligt at give kvinder mulighed for at udsætte tidspunktet for, hvornår de kan få børn – muligheder der vil nærme sig mænds muligheder for familie- og karriereplanlægning. Hensynet til kvindens tarv synes derfor mere at pege i retning af en argumentation for at lade kvinder over 45 år få adgang til kunstig befrugtning.

Hensynet til barnets tarv

Et andet argument til fordel for glædende lov bygger på hensynet til barnets tarv. Et hensyn hvor forventningen er, at det vil skade barnet at komme til verden med en mor over 45 år. Hvis vi igen tager udgangspunkt i kriminaliseringsteori, kan gældende lov, i forhold til barnets tarv, betragtes som en lov, der er begrundet ved hjælp af *skadesprincippet*. Skadesprincippet udtrykker i en variant følgende tankegang: ”Der er altid en god grund til, at staten forbyder (ulovliggør) en borgers handling og dermed indskrænker borgernes frihed, hvis forbuddet er nødvendigt for at forhindre, at borgeren udsætter andre for skade (eller risiko for skade)” (Feinberg, 1986: xvii).

I vores kontekst er der flere argumenter til forsvar for gældende lov, som tager udgangspunkt i skadesprincippet. John Aasted Halse, som er tidligere formand for Børns Vilkår, nævner fx, at vi skal sige nej til at give ældre kvinder muligheden for at få børn via kunstig befrugtning med følgende begrundelse: ”... med al respekt vil de færreste 50-årige, der har småbørn, have den samme energi som en forælder på fx 30 år” (Halse, 2007). Men er det en god indvending?

Ikke umiddelbart. For det første er børnepasning og opdragelse ikke blot et spørgsmål om at have mere eller mindre energi. Det er snarere et spørgsmål om at have *tilstrækkeligt* med energi, og dernæst at man prioriterer sine børn på en måde, så de får gavn af den energi, man har. For kvinder over 45 år, der brændende ønsker sig et barn, er der ingen grund til at tro, at de ikke har tilstrækkeligt med energi til at passe et barn. Historien har vist, at mange bedsteforældre på udmærket vis har overtaget børnepasning i tilfælde af forældrenes død. Desuden kan det at blive mor til et barn jo også give ekstra mening til livet og dermed berige en med ny energi. For det andet hvis vi følger denne tankegang, så bør dovne eller energiforladte unge heller ikke få adgang til kunstig befrugtning. Men dette er der vel ingen, der ville mene. For det tredje er energi ikke

det eneste, der betyder noget. Økonomi og uddannelsesniveau er typisk bedre, når man er ældre, man har typisk større jobsikkerhed og mere selvindsigt. Desuden er et barn, som kommer til verden ved kunstig befrugtning, et ønskebarn. Alle disse faktorer peger på, at børn kan få en god opvækst med ældre forældre.

I en anden variant af argumentet bliver det fremhævet, at det er i modstrid med barnets tarv at have en +45-årig mor, da det ”er i barnets interesse at vokse op under de bedst mulige betingelser, og det indebærer ifølge rådets opfattelse, at barnet har størst mulig sandsynlighed for at have sine forældre i live i hvert fald indtil ungdomsårene” (Det Etske Råd, 1995: afsnit 6.6). Igen er argumentationen ikke overbevisende. For det første vil denne tankegang medføre, at selv den nuværende lovgivning på området ikke er streng nok. Ifølge gældende lov kan en kvinde på 30 år og en mand på 70 år (samlet alder er her 100 år) få hjælp til at få et barn via fertilitetsteknologi, mens dette ikke er muligt for en kvinde på 46 og mand på 34 (samlet alder er her 80 år), selv når der i sidstnævnte tilfælde er væsentlig større chance for, at barnet vil have begge forældre, når barnet selv er blevet voksen. Hvis man mener, at forældrenes alder er afgørende i forhold til, om det skal være lovligt at kunne modtage kunstig befrugtning, kunne en mere sammenhængende begrundelse være at argumentere for, at forældrenes samlede alder ikke må overstige fx 100 år. Vi skal dog ikke diskutere dette forslag her. Jeg vil blot pointere, at forslaget ikke er i overensstemmelse med gældende lov, og at forslaget gør det legalt, at enlige kvinder på 80 kan få adgang til kunstig befrugtning – næppe en implikation som de individer, der er imod, at kvinder over 45 år kan få adgang til kunstig befrugtning, vil bifalde. For det andet er det ikke rigtigt, som nogle har nævnt, at en ændring af gældende lov vil skabe flere forældreløse børn (Caplan, 1999). Selv hvis en kvinde får et barn som 50-årig, er det mest sandsynlige, at hun vil være i stand til at udøve omsorg og støtte for sit barn i mange år. Gennemsnitsalderen for danske kvinder, der er 50 år, er over 85 år, så det er rimeligt at forvente, at hun vil leve længe efter, at hendes barn er blevet voksen. For det tredje vil konsekvensen af Det Etske Råds tankegang være det uplausible synspunkt, at det vil være bedre at have forældre, der begge var 15 år, da man blev født, end hvis de var 25 år! For chancen for at have begge sine forældre i løbet af sin barndom er større, hvis begge ens forældre er 15 år, når man bliver født, end hvis de er 25 år. Jeg antager her, at det oftere er bedre for barnet og forældrene, hvis de får et barn, når de er 25 år, end når de er 15 år. Endelig kan man pege på, at hvis risikoen for, at forældrene dør, før barnet er voksen, er tilstrækkelig grund til at forbyde adgang til kunstig befrugtning til folk, der er i risikogruppen for at få en tidlig død, så må dette også gælde for rygere, folk med diabetes, testpiloter og ansatte i militæret. Men det er formentlig de

færreste, der er villige til at acceptere denne implikation af synspunktet. Det er derfor dobbeltmoralsk, hvis man mener, at kvinder over 45 år ikke bør have adgang til kunstig befrugtning, fordi de ikke vil leve så længe som yngre mødre, men samtidig mener, at fx soldater og rygere skal have adgang til denne ydelse.

Vi kan foreløbig konstatere, at ovenstående argumenter, der konkluderer, at det ikke bør være lovligt at hjælpe kvinder over 45 år med at få børn via en fertilitetsteknologi som kunstig befrugtning, og som hviler på hensynet til barnets tarv, enten bygger på usaglig empiri eller usammenhængende moral. Men selv hvis disse argumenter har en vis vægt, og det viser sig, at børn undfanget af kvinder over 45 år gennemsnitligt vil have dårligere liv end børn af yngre kvinder (og mænd i alle aldre), så er det ikke tilstrækkeligt til at vise, at det nødvendigvis er i modstrid med barnets tarv, at kvinder over 45 år får adgang til kunstig befrugtning. I det følgende skal vi se, at selv under sådanne omstændigheder er det stadigvæk i overensstemmelse med barnets tarv at komme til verden med en +45-årig mor.

Lad os antage, at en kvinde og en mand, begge på 50 år, har fået et barn ved hjælp af kunstig befrugtning. Lad os kalde barnet Ole. Lad os desuden antage, at Ole har et liv, der er værd at leve. Hvornår et liv er værd at leve, er selvfølgelig meget vanskeligt at give et præcist svar på. Men en god tommelfingerregel er, at et individ har et liv, der er værd at leve, hvis individet selv giver udtryk for, at de har et godt liv og fx foretrækker livet frem for døden eller at de foretrækker livet frem for at de ikke var blevet født. Antag yderligere, at Ole bliver mobbet i skolen, fordi hans forældre er ældre end de andre børns forældre, og at han på grund af savnet af forældre, der er yngre, og som han kan spille fodbold med, ikke lever et helt så godt liv som et gennemsnitligt barn, der har yngre forældre. Men for at kunne vurdere om det er i modstrid med Oles tarv at have ældre forældre, må vi se på, hvad alternativet er for Ole. Alternativet for Ole er *ikke* at leve et andet liv. Det eneste alternativ for Ole er, at han ikke var kommet til verden. Ole kan jo ikke leve et andet liv, da hans identitet afhænger af, at en bestemt ægcelle og en bestemt sædcelle møder hinanden på et bestemt tidspunkt. Derfor kommer Ole til verden ved hjælp af kunstig befrugtning og med ældre forældre, eller også kom Ole slet ikke til verden. Men hvis Ole har et liv, der er værd at leve, så er det i overensstemmelse med Oles tarv, at han er blevet bragt til verden. Disse observationer, som bygger på Oxford-filosoffen Derek Parfitts tankegang (1984: kap. 16), har som konsekvens, at vi bør mene, at Ole ikke er blevet skadet ved at blive bragt til verden – tværtimod er Ole blevet gavnet.

Det kan måske lyde underligt, at man kan gavne Ole ved at bringe ham til verden. Især hvis man tror, at denne tankegang indebærer, at man kan *skade*

Ole ved *ikke* at bringe ham til verden. Men selvfølgelig kan man ikke skade Ole ved at undlade at bringe ham til verden. Der vil jo ikke eksistere en "Ole", for hvem det vil være dårligt ikke at blive bragt til verden. Men det er heller ikke det, der er Parfits pointe. Vi siger blot, at forældrene kan gavne Ole ved at bringe ham til verden. For når han er bragt til verden, kan man pege på Ole og sige: "Se han har et liv, der er værd at leve, det er vel nok godt, at han kom til verden." Så når jeg siger, at man kan gavne et barn ved at bringe det til verden, er det ikke mere mystisk, end det er at hævde, at vi kan skade et barn ved at bringe det til verden.⁵ Det er heldigvis uhyre sjældent, at børn, der kommer til verden, samlet set bliver skadet mere, end de bliver gavnet. Og når folk i debatten hævder, at det kan være til skade for et barn som Ole at komme til verden med ældre forældre, medfører dette synspunkt jo heller ikke, at man må mene, at man gavner Ole ved ikke at bringe ham til verden. Med andre ord, da det kan skade et barn at komme til verden, hvis det fx vil få et liv, der kun indeholder lidelse, så følger det, at man også kan gavne et barn ved at bringe det til verden, hvis det får et liv, der er værd at leve. Men der er intet, der tyder på, at børn af ældre forældre har liv, som ikke er værd at leve. Og hvis man er overbevist om, at disse børn ikke har liv, der er værd at leve, følger det, at man bør gå ind for at tvangsferne børn, der har ældre forældre, men det er næppe en implikation, mange er villige til at følge.

Blandt de diskutererede argumenter forekommer der ingen overbevisende argumenter for, at det ikke skulle være i overensstemmelse med barnets tarv, at kvinder over 45 år får adgang til kunstig befrugtning. Tværtimod har vi set gode argumenter for, at det taler til fordel for barnets tarv, hvis kvinder over 45 år fik adgang til kunstig befrugtning.

Det er bedre, at kvinder får børn, når de er 45 år eller under, end når de er over 45 år

I det følgende vil jeg præsentere og kritisk diskutere det argument for gældende lov, der betoner, at loven giver kvinder et *incitament* til at få børn i en tidligere alder, end hvis loven blev ændret. Indvendingen er bygget op omkring den præmis, at det er bedre for kvinden at få et barn i fx 20'erne end i 40'erne og muligvis også bedre for det kommende barn at komme til verden med en yngre mor end en mor, der er ældre. Man kan med andre ord mene, at gældende lov fremmer kvindens og barnets velfærd ved at loven fungerer som et adfærdsgulerende middel, der får kvinder til at få børn som yngre i stedet for at vente, til de bliver over 45 år.

Men for det første er det ikke sikkert, at det er bedre for alle kvinder at få børn som 30-årig end som 45-årig. At nogle kvinder først vælger at prøve at få

børn, når de er over 45, kan have mange forskellige årsager. Måske var kvinden som 30-årig ikke sammen med den rette mand; måske var kvinden syg, da hun var yngre, eller måske mistede kvinden sine børn i en ulykke, da hun var 40 år og blev først som fx 47-årig klar til at få børn igen. For det andet er der, som nævnt før, ingen empiri, der viser, at børn af ældre forældre har dårligere liv end børn af yngre eller unge mødre. For det tredje er det et åbent spørgsmål, om gældende lov får kvinder til at få børn tidligere, end hvis ældre også havde denne mulighed. Der er mange andre sociale mekanismer på spil i forhold til at få kvinder til at vælge at få børn i en tidligere alder. Det kan fx være øget fleksibilitet på uddannelses- og arbejdsmarkedet; øget vidensdeling om årsager til nedsat infertilitet; sikring af adgang til bolig og børnepasningstilbud til forældre; sikring af en tilstrækkelig behandlingskapacitet etc. (Schmidt og Pindborg, 2012: 27-30, 274-283).

Manglende ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen

Men selv hvis man afviser de tre foregående argumenter, kan man mene, at der er forhold, der taler for, at det *kun* bør være tilladt personalet i den *private* sektor at hjælpe kvinder over 45 år med at blive gravide ved hjælp af fertilitets-teknologi.

Følgende ræsonnement kan ligge bag denne tankegang. Da chancerne for en succesfuld befrugtning og graviditet falder med alderen, kan man hævde, at det er bedre, hvis en offentlig fertilitetsklinik bruger ressourcer på yngre kvinder, der har brug for fertilitetsbehandling.⁶ En sådan strategi vil ifølge argumentet kunne give flere børn. En aldersgrænse på 40-45 år i den offentlige sektor, sat af ressourcemæssige og helbredsmæssige grunde, kan ud fra denne tankegang forekomme velbegrundet.⁷ Man kan derfor hævde, at kvinder over 45 år ikke bør have en *positiv ret* til kunstig befrugtning. Med andre ord så skal andre (det offentlige sundhedsvæsen) ikke være forpligtet til at give kvinder over 45 år fertilitetsbehandling. Synspunktet er fuldt foreneligt med, at ældre kvinder bør have en *negativ ret* til at benytte sig af fertilitetsbehandling via *privat finansieret* fertilitetsbehandling. Så ved kun at hjælpe yngre kvinder med fertilitetsbehandling i den offentlige sektor kan man producere et større antal børn, end hvis den samme pose penge blev brugt på kvinder over 45 år. Men at nægte ældre kvinder fertilitetsbehandling på en privat fertilitetsklinik vil medføre, at færre børn vil blive født. Omvendt vil der blive født flere børn, hvis det blev lovligt at hjælpe kvinder over 45 år med kunstig befrugtning på private fertilitetsklinikker.

Der er dog et indlysende problem ved denne begrundelse for at omskrive gældende lov. Hvis ønsket er at bringe flest muligt børn til verden for et gi-

vet antal ressourcer/penge i den offentlige sektor, bør det vel afhænge af en evidensbaseret vurdering af den enkelte kvindes muligheder for at få et sundt barn. Det forekommer ikke rimeligt, at det per automatik skal være en persons alder og køn, der bestemmer, om man kan få behandling. Det vil være mere optimalt, hvis alle kvinder, der søgte hjælp i det offentlige, blev undersøgt. Hvis undersøgelser viser, at chancen for at få et barn er minimal, så skal behandling ikke iværksættes. Hvis valget fx står mellem at hjælpe en kvinde på 50 år og en kvinde på 30, og undersøgelser viser, at man vil få ”flere børn for pengene” ved at hjælpe den 50-årige, så er det, hvad man bør gøre. Hertil kan man svare, at alder i denne sammenhæng ikke er en irrelevant faktor, da kvinder over 45 år er sværere at gøre gravide end 30-årige. Men dette er jo ikke altid sandt, fx kan en 38-årig, der søger fertilitetsbehandling, have lige så vanskeligt ved at blive gravid som en 46-årig kvinde. Men selv hvis vi antager, at det ofte er mere vanskeligt for en kvinde over 45 år at blive gravid end en yngre kvinde, og at man af administrative grund vælger at udelukke ældre kvinder, fordi det er lettere at administrere, end hvis alle kvinder skulle have muligheden for en undersøgelse, har synspunktet problematiske implikationer. Det betyder, at administrative hensyn – som kan være relevante nok, givet at de kan spare samfundet penge – skal tilsidesætte hensynet til, at alle uanset alder og køn skal have adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Set fra et administrativt perspektiv vil det også være lettere kun at behandle alle under 45 år for kræft. Men det er der ingen, der vil acceptere, da det formentlig vil give flere døde på kortere tid, og fordi det vil være aldersdiskriminerende. Parallelt hermed vil en ændring af gældende lov, der gav kvinder over 45 år adgang til kunstig befrugtning, bringe flere ønskebørn til verden og gøre flere kvinder over 45 år glade.

Konklusion

Den etiske analyse i denne artikel lægger op til, at gældende lov bør ændres således, at det ikke er ulovligt og strafbart at hjælpe kvinder over 45 år med at få børn via kunstig befrugtning.

Ved at acceptere at kvinder over 45 bør have mulighed for kunstig befrugtning, respekterer vi samtidig et grundlæggende princip for det danske sundhedsvæsen samt artikel 16 i FN’s menneskerettighedserklæring. Desuden tyder forskning på, at det ikke er i modstrid med kvinders tarv at få et ønskebarn, når de er over 45 år – tværtimod. At det skulle være i modstrid med barnets tarv at vokse op med ældre forældre forekommer ligeledes, som vi har set, forkert. Endelig har jeg argumenteret for, at en lovændring kan give flere børn for pengene, og at en sådan lovændring næppe vil øget incitamentet for kvinder til at få børn i en senere alder. Der er altså gode argumenter for at lade sund-

hedspersoner få mulighed for at hjælpe kvinder over 45 år med at få adgang til kunstig befrugtning. Alle argumenterne i debatten er selvfølgelig ikke blevet vendt i denne artikel, og jeg kan derfor ikke konkludere, at loven bør ændres, men pilen peger som sagt i retning af en lovændring. Men hvor bør aldersgrænsen så gå i forbindelse med kunstig befrugtning, givet at gældende lov er problematisk?

Et godt bud er at hæve grænsen til 55 år. Der er mindst fire begrundelser for en sådan lovændring. For det første vil det hjælpe langt størstedelen af de kvinder over 45 år, der ønsker hjælp til kunstig befrugtning, da meget få kvinder over 55 år ønsker fertilitetsbehandling. På verdensplan er der fx kun rapporteret om cirka ti kvinder over 60 år, der har fået børn via kunstig befrugtning.⁸ For det andet er det også mere realistisk at mene, at en lovændring, der hæver alderen til 55 år, er mere politisk realiserbar end en ny lov, hvor der ikke var nogen aldersgrænse. For det tredje vil en sådan lovændring formindske en fertilitetsturisme for ældre kvinder, som kun de velbeslæede har råd til. For det fjerde kan vi observere, at kvindens gennemsnitsalder er stigende, således at en 55-årig kvinde i dag kan være næsten lige så frisk til at føde og tage sig af børn som en 45-årig kvinde i 1979, da det første reagensbarn kom til verden.⁹

Noter

1. En sundhedsperson er fx en læge, en sygeplejerske eller jordemoder.
2. Jeg har ikke anvendt en særlig videnskabelig metode til at udvælge de argumenter, der bliver behandlet i artiklen, men fokuserer i stedet på centrale argumenter som bliver nævnt i debatten, og som det under alle omstændigheder vil være mangelfuldt ikke at medinddrage i en etisk diskussion af emnet om, hvorvidt gældende lov er etisk ønskværdig.
3. Der er ingen lovmæssig aldersgrænse for kvinders adgang til kunstig befrugtning i fx Finland, Tjekkiet og Storbritannien.
4. Det vil sige teorier, der forsøger at give en begrundelse for, hvilke handlinger i et samfund der bør være kriminelle.
5. Jan Narveson (1967) og andre har forsvaret følgende moralske asymmetri: Mens vi alt andet lige har en moralsk grund til ikke at bringe et barn til verden, hvis liv vil have negativ værdi, har vi ingen grund til at bringe et barn til verden, der vil få et liv, der er værd at leve. For en kritik af dette synspunkt se fx Petersen (2002: 357-361).
6. Dette synspunkt er beskrevet som en mulighed i *Politiken*, 2. januar 2007.
7. Denne tankegang afspejler den faktiske strategi ved offentlige fertilitetsklinikker, der alle har som regel, at de ikke behandler kvinder over 40 år. Det er *de facto* kun private klinikker, der behandler kvinder i alderen 40-45 år.

8. Se fx http://en.wikipedia.org/wiki/Pregnancy_over_age_50 (25. juli 2013).
9. Tak til Andreas Brøgger Albertsen, Søren Flinch Midtgaard, Lasse Nielsen, Kasper Lippert-Rasmussen, Per Mouritzen, Martin Marchman Andersen, Erik Damgaard Thaysen, David Vestergaard Axelsen og to anonyme reviewers for meget værdifulde kommentarer.

Litteratur

- Caplan, Arthur (1999). Review of J. Harris & S. Holm eds. The future of human reproduction: ethics, choice, and regulation. *Br Med J*; 319: 948.
- Dansk Fertilitetsselskab (2011). http://www.fertilitetsselskab.dk/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=139 (28. januar 2013).
- Det Etske Råd (1995). *Kunstig befrugtning: en redegørelse*. København: Det Etske Råd.
- Feinberg, Joel (1986). *Harm to Self*. Oxford: Oxford University Press.
- FN's menneskerettighedserklæring (2013). www.hri.ca/uninfo/treaties/1.shtml (28. januar 2013).
- Goold, Imogen og Julian Savulescu (2009). In favour of freezing eggs for non-medical reasons. *Bioethics* 23 (1): 47-58.
- Halse, John (2007). Hvor gamle forældre vil børn have? *Politiken*, 4. januar.
- Lov om kunstig befrugtning (2012). <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=10319> (28. januar 2012).
- Narveson, Jan (1967). Utilitarianism and new generations. *Mind* 76 (301): 62-72.
- Parfit, Derek (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.
- Petersen, Thomas Søbirk (2002). The claim from adoption. *Bioethics* 16 (4): 353-375.
- Schmidt, Lone og Anja Pindborg (red.) (2012). *Fertilitet og sundhed*. Aarhus: Munksgaard.
- Shaw, Rachel og David Giles (2007) Motherhood on ice? A media-framing analysis of older mothers in the UK news. *Psychol Health* 24 (2): 221-236.
- Sundhedsloven (2010). <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455> (8. februar 2013).
- Sundhedsstyrelsen (2011). <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/Foedsels-talletFalderMarkant.aspx> (11. februar 2013).
- Vaidya, Rama og Rashmi Shah (2010). "Brave old" motherhood: beyond biological boundaries. *Journal of Mid-Life Health* 1 (1): 3-4
- Wulff, H.R. (1995). *Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen*. Aarhus: Munksgaard.

Thorbjørn Sejrs Nielsen og Christian Vestergaard Kommunestørrelse og demokrati – effekten af kommunestørrelse på borger- nes eksterne politiske effektivitetsfølelse¹

Strukturreformen i 2007 medførte, at det gennemsnitlige indbyggertal i kommunerne steg markant. Inden reformen skrev Strukturkommissionen, der udarbejdede beslutningsgrundlaget for reformen, at der alt andet lige ikke var lokaldemokratiske forskelle mellem store og små kommuner. På baggrund af Kommunalvalgsundersøgelsen fra 2009 foretager vi en tværsnitsundersøgelse og diskuterer lokaldemokratiets tilstand efter reformen. Konkret undersøges sammenhængen mellem kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse, der er et mål for borgernes vurdering af politikernes lydhørhed. Ekstern politisk effektivitetsfølelse er interessant, idet det udtrykker en diffus opbakning til det politiske system, som legitimerer den demokratiske styreform. Antallet af store kommuner efter reformen gør det muligt bedre at estimere effekten af kommunestørrelse nu end før reformen. Vi finder, at den eksterne politiske effektivitetsfølelse er mindre i store kommuner, hvilket udfordrer Strukturkommissionens konklusioner.

Strukturkommissionen konkluderede i forbindelse med forberedelsen af den danske strukturreform, at tilliden til politikerne alt andet lige var den samme i de små som i de store kommuner (Strukturkommissionen, 2004: 177). Mere generelt mente man at kunne afvise, at kommunestørrelse var afgørende for lokaldemokratiet (Strukturkommissionen, 2004: 87). Dette står i modsætning til den eksisterende litteratur på området, hvor det forventes, at kommunestørrelse har betydning for lokaldemokratiet. Således er der teoretisk set et trade-off mellem systemkapacitet og politisk effektivitetsfølelse (Dahl og Tufte, 1973). Større kommuner har mere kapacitet og er derfor i stand til at varetage opgaver af stor vigtighed for borgerne, mens små kommuner til gengæld i højere grad giver borgerne en følelse af effektivt at kunne påvirke de politiske beslutninger (Dahl og Tufte, 1973: 24).

Formålet med denne artikel er at bidrage til forståelsen af kommunestørrelses betydning for borgernes opfattelse af det lokale demokrati. Mere specifikt undersøger vi, om ekstern politisk effektivitetsfølelse påvirkes af kommunestørrelse. Ekstern politisk effektivitetsfølelse vedrører borgernes subjektive opfattelse af politikernes lydhørhed, og dette er interessant af flere årsager. Dels udgør lokaldemokratiske hensyn – som borgernes følelse af at blive hørt – et

vigtigt argument for et kommunalt niveau (Treisman, 2007: 156). Dels er ekstern politisk effektivitetsfølelse et mål for opbakning til det politiske system uafhængigt af støtte til de siddende magthavere (Iyengar, 1980: 255), hvorfor det er afgørende for legitimiteten af det demokratiske styre.

I det følgende gennemgår vi først den eksisterende litteratur angående sammenhængen mellem størrelse og demokrati. I forlængelse heraf redegør vi for litteraturen om ekstern politisk effektivitetsfølelse. Ud fra dette opstiller vi en hypotese, som vi efterfølgende tester ved brug af en vælgerundersøgelse fra det danske kommunalvalg i 2009. Vi finder, at der i den nye kommunestruktur er en signifikant sammenhæng mellem kommunistørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse, hvilket styrker troen på, at kommunistørrelse har lokaldemokratisk betydning. På baggrund af resultaterne diskuteres det, hvad der kan forklare, at Strukturkommissionens forudsigelser ikke stemmer overens med de empiriske fund. Til slut vurderes analysens gyldighed og metodevalgets egnetthed.

Eksisterende danske undersøgelser

I Danmark er fænomenet ekstern politisk effektivitetsfølelse undersøgt flere gange. I en undersøgelse fra 1998, der repræsenterer 137 af de 275 gamle kommuner (Juul-Madsen og Skou, 2006: 43), undersøger Goul Andersen, hvorvidt der meningsfuldt kan sondres mellem lokal og national politisk effektivitetsfølelse. Dette bekræfter han, og han påviser samtidig, at borgernes følelse af politisk lydhørhed – i denne artikel kaldet ekstern politisk effektivitetsfølelse – er højest på lokalniveau (Goul Andersen, Torpe og Andersen, 2000: 133-134).

To af de spørgsmål, som Goul Andersen anvender til sit mål for ekstern politisk effektivitetsfølelse, anvendes i en senere undersøgelse til at måle sammenhængen mellem kommunistørrelse og tillid (Juul-Madsen og Skou, 2006). Sammenhængen mellem indbyggertal og tillid findes imidlertid insignifikant (Juul-Madsen og Skou, 2006: 51). Dette kan skyldes, at modellen indeholder en række nære adfærds- og holdningsvariable, hvis kausalforhold til den afhængige variabel kan diskuteres. Det kan således ikke udelukkes, at disse variable også delvist er en konsekvens af den afhængige variabel, hvilket er problematisk (King, Keohane og Verba, 1993: 173). Disse variable kan endvidere potentielt udvise effekten af dybere, strukturelle forklaringer såsom indbyggertal, da disse sammenhænge ofte medieres af nære forklaringer (Kitschelt, 1999: 21). Samtidig er det væsentligt at klargøre, at tillid og ekstern politisk effektivitetsfølelse teoretisk er to distinkte begreber (Craig, Niemi og Silver, 1990: 306), hvorfor det analytisk er nødvendigt at skelne mellem de to.

Også i det tværnationale forskningsprojekt *Size and Local Democracy* er sammenhængen undersøgt (Kjær og Mouritzen, 2003: 9). I undersøgelsen er indbyggertal inddelt i seks intervaller, hvorefter der for hvert interval er udtrukket respondenter fra ti kommuner. I alt er 60 kommuner repræsenteret (Houlberg og Strømbæk Pedersen, 2003: 207-210). Her undersøges den bivariate sammenhæng mellem politisk responsivitet, som kan sidestilles med ekstern politisk effektivitetsfølelse, og indbyggertal. Undersøgelsen viser en svag negativ, men ikke entydig sammenhæng (Levinsen, 2003: 152-153). Ved denne undersøgelse kan behandlingen af indbyggertal som en kategorisk variabel problematiseres, da man således ikke udnytter den information, der ligger i, at afstandene mellem værdierne er meningsfulde. Politisk responsivitet er desuden her målt med et enkelt spørgsmål, hvilket kan påvirke målingsvaliditeten (Petersen, 2010: 398), idet begrebet teoretisk betragtes som komplekst (Niemi, Craig og Mattei, 1991). Denne undersøgelse er af Strukturkommissionen blevet tolket som udtryk for, at kommunestørrelse ingen konsekvenser har for lokaldemokratiet (Strukturkommissionen, 2004: 87). Hvorvidt dette er en gyldig kausalslutning problematiseres senere i artiklen.

Fælles for de ovenfor refererede undersøgelser er, at de er foretaget før Kommunalreformen. Der er imidlertid også foretaget undersøgelser efter Kommunalreformen i 2007 af Lassen og Serritzlew (2011). De udnytter, at en række kommuner er fortsat uden sammenlægninger efter Strukturreformen, hvilket giver basis for et kvasi-eksperiment, hvor de demokratiske implikationer af ændret kommunestørrelse kan undersøges ved at se på forskelle i udviklingen hos både sammenlægnings- og fortsætterkommuner. I dette studie undersøges kun den interne politiske effektivitetsfølelse (Lassen og Serritzlew, 2011).

De tidligere studier har som ovenfor beskrevet en række udfordringer, som vi forsøger at tage højde for. Således sondres der ikke mellem følelse af lydhørhed og tillid, ligesom afvisningen af dybe forklaringer kan diskuteres. Samtidig har studier efter Kommunalreformen ikke undersøgt effekten af kommunestørrelse på ekstern politisk effektivitetsfølelse, hvilket igen er blevet interessant at undersøge, eftersom der er fundet andre lokaldemokratiske konsekvenser af større kommuner (Lassen og Serritzlew, 2011).

En teoretisk ramme om størrelse og demokrati

Siden antikkens Grækenland har man diskuteret, hvilken statsstørrelse der demokratisk set anses for at være optimal (Treisman, 2007: 156). Den oprindelige demokratiske tanke bag de græske bystater var, at alle borgere skulle have direkte mulighed for at påvirke beslutningsprocessen, og som Rousseau skriver, vil flere indbyggere gøre det sværere for den enkelte borger at påvirke de kol-

lektive beslutninger (1795: 59). Ifølge dette argument har øget statsstørrelse således negative deltagelsesmæssige konsekvenser for borgerne. Denne form for direkte politisk deltagelse er dog siden blevet forkastet som utopisk (Dahl, 1989: 12), og i realiteten må den enkelte borger lade sin stemme repræsentere, hvilket har ført til de nuværende former for indirekte demokrati. Væsentligheden af borgernes mulighed for at påvirke de politiske beslutninger står dog stadig centralt i argumentationen for indretningen af den offentlige sektor (Dahl, 1989: 13).

Udviklingen mod store nationalstater har medført, at antallet af borgere i de enkelte stater er steget, og i henhold til argumentet fra Rousseau har dette medført, at det er blevet sværere for den enkelte borger at gøre sin indflydelse gældende. De større nationalstater har ofte medført en vertikal magtdeling, hvor en række opgaver er blevet decentraliseret til lokale jurisdiktioner (Scharpf, 1994: 47). Den teoretiske forventning om en sammenhæng mellem størrelse og demokrati gør sig også gældende på dette kommunale niveau, og da der her er større mulighed for at ændre størrelsen af enhederne, er dette felt særligt interessant i en politologisk kontekst.

Ovenstående argument peger på, at større demokratiske enheder svækker borgernes muligheder for at påvirke de politiske beslutninger. Sammenhængen mellem størrelse og demokrati er imidlertid mere kompliceret. Større enheder giver således mulighed for øget specialisering og større systemkapacitet. Dette betyder, at mere komplekse opgaver af større væsentlighed for borgerne kan håndteres. Derfor skriver Dahl og Tufte, at der som tidligere nævnt er et trade-off mellem på den ene side at kunne varetage opgaver af vigtighed for borgerne og på den anden side borgernes følelse af effektivt at kunne påvirke den politiske beslutningsproces (1973: 24).

Hensynet til systemkapacitet vægtes højt i Strukturkommissionens rapport (Strukturkommissionen, 2004: 26, 266). Særligt er det i en dansk kontekst centralt at sikre, at kommunerne som primær leverandør af velfærdsydelser er i stand til at levere et varieret og specialiseret serviceudbud (Boadway og Shah, 2009: 267). Strukturkommissionen konkluderer, at større kommunalenheder med øget systemkapacitet kun har meget svag negativ demokratisk effekt (Strukturkommissionen, 2004: 182). Dette strider mod de teoretiske forventninger, og da vi tidligere har demonstreret, at der kan stilles spørgsmål ved grundlaget for Strukturkommissionens konklusioner, vil vi i denne artikel diskutere, om kommunistørrelse har lokaldemokratisk betydning. Forventningen er således, at borgernes politiske effektivitetsfølelse vil være lavere i store kommuner end i små.

Ekstern politisk effektivitetsfølelse

Politisk effektivitetsfølelse er et teoretisk veldefineret begreb, som kan underopdeles i to dimensioner. Den ene dimension er intern politisk effektivitetsfølelse, hvilket angår, hvorvidt borgerne føler sig tilstrækkeligt kompetente til at deltage i den politiske proces (Niemi, Craig og Mattei, 1991: 1407). Den anden dimension er ekstern politisk effektivitetsfølelse, som omhandler borgernes opfattelse af de offentlige autoriteters lydørhed over for borgerne (Niemi, Craig og Mattei, 1991: 1408). Vi vælger at fokusere på ekstern politisk effektivitetsfølelse, da dette i sig selv vurderes som centralt for et velfungerende demokrati på tværs af demokratiopfattelser (Dahl, 1989: 109; Beetham, 1996). Samtidig anses ekstern politisk effektivitetsfølelse for at være afgørende for et legitimt demokratisk politisk system (Finkel, 1985: 908; Bowler og Donovan, 2002: 373).

Selvom ekstern politisk effektivitetsfølelse er et veldefineret begreb, har der stadig været diskussion om, hvordan det adskiller sig fra tilgrænsende begreber. Særligt er distinktionen mellem ekstern politisk effektivitetsfølelse og politisk tillid relevant at klargøre, da der ofte har været forvirring om, hvordan de to begreber forholder sig til hinanden (Craig, 1979: 226). Iyengar har argumenteret for, at tillid afspejler borgerens politiske enighed med de magthavende politikere, mens ekstern politisk effektivitetsfølelse i højere grad afspejler en mere diffus opbakning til det politiske system. Ekstern politisk effektivitetsfølelse kan derfor anses for at være et konkret mål for opbakning til det politiske system uafhængigt af sympati med de magthavende politikere (Iyengar, 1980: 255).

Endelig kan ekstern politisk effektivitetsfølelse yderligere underopdeles for de forskellige politiske niveauer (Goul Andersen, Torpe og Andersen, 2000: 126). I den forbindelse må det nævnes, at der formentlig vil være en sammenhæng i borgernes opfattelse af ekstern politisk effektivitetsfølelse på de forskellige niveauer. Således vil der være tendens til, at visse personer generelt vurderer ekstern politisk effektivitet mere positivt eller mere negativt. Tidligere undersøgelser har vist, at der alligevel er væsentlig forskel på danskernes eksterne politiske effektivitetsfølelse på de forskellige niveauer (Goul Andersen, Torpe og Andersen, 2000: 133-134). Derfor vælger vi alene at fokusere på opfattelsen af ekstern politisk effektivitetsfølelse på det kommunale niveau uden at undersøge de andre niveauer. Det betyder, at vi ikke undersøger, om kommunestørrelse har nogen effekt på borgernes nationale eksterne politiske effektivitetsfølelse.

I henhold til Dahl og Tufes tese om, at mindre enheder giver borgerne mulighed for mere effektiv deltagelse (1973: 24), forventer vi også, at dette slår igennem i forhold til ekstern politisk effektivitetsfølelse. Således forventer vi, at

borgerne vil opfatte politikerne som mindre lydhøre i større kommunalenheder end i små. Dette følger af, at det er vanskeligere for den enkelte borger at kommunikere med politikerne i store politiske enheder såvel direkte gennem kontakt som indirekte ved stemmeafgivelse (Dahl og Tufte, 1973: 108). Derfor opstiller vi følgende hypotese:

H(1): Jo større kommune des lavere ekstern politisk effektivitetsfølelse

Model til forklaring af ekstern politisk effektivitetsfølelse

For at undersøge sammenhængen mellem kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse inddrages relevante variable på både kommune- og individniveau. Herved forstås variable, der både kan tænkes at påvirke kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse. Eventuelle mellemkommande variable udelades, idet de ikke bidrager til forståelsen af den centrale kausalsammenhæng (King, Keohane og Verba, 1994: 173).

Tidligere analyser har vist, at ekstern politisk effektivitetsfølelse påvirkes af individspecifikke baggrundsvARIABLE som alder, køn og uddannelse (Lane, 1961: 149). Desuden kan alder, køn og uddannelse tænkes at påvirke, hvor stor en kommune man er bosat i. Der kontrolleres derfor for disse variable for at tage højde for eventuelle selvselektionseffekter. Endvidere har tidligere studier vist, at en række kommunespecifikke variable ligeledes kan have lokaldemokratisk betydning. Således kan kommunesammenlægninger i sig selv påvirke den eksterne politiske effektivitetsfølelse (Lassen og Serritzlew, 2011: 244). Derfor kontrolleres der for denne selvstændige effekt. Desuden kontrolleres der for, hvor store økonomiske udfordringer den enkelte kommune står over for ved at inddrage kommunernes socioøkonomiske niveau.

Forskningsdesign, casevalg og metode

Forskningsdesign og casevalg

At opstille et kvasi-eksperiment på baggrund af Kommunalreformen, som Lassen og Serritzlew (2011) gør, er en oplagt frugtbar tilgang til denne undersøgelse. Hermed undgås problemer med endogenitet, som opstår ved selvselektion, og problemer ved manglende kontrol for relevante variable undgås ligeledes (2011: 241). Lassen og Serritzlew (2011: 243) peger dog selv på, at Kommunalreformen som kvasi-eksperiment udgør et problem angående adskillelsen af størrelses- og ændringseffekter. Effekterne af størrelsesændringer og sammenlægninger kan ikke adskilles ved kvasi-eksperimentet, da størrelsesændringerne afhænger af sammenlægningerne (Lassen og Serritzlew, 2011). At sammenlægninger har en selvstændig effekt bekræftes af undersøgelser fra

Bornholm, hvor der umiddelbart efter sammenlægningerne viste sig negative demokratiske konsekvenser, som over tid er blevet mindre (Kjær, 2006: 37).

Kommunalreformen i 2007 udgør således en analytisk udfordring. Derfor foretager vi i stedet en tværsnitsundersøgelse, der har den fordel, at det er muligt at undersøge betydningen af kommunistørrelse med kontrol for sammenlægnings effekter. I valget af case er det, som tidligere nævnt, særligt interessant at se på det kommunale niveau, da det her er muligt at foretage ændringer i enhedsstørrelsen, hvilket gør det muligt at bruge resultaterne vejledende til fremtidige strukturreformer.

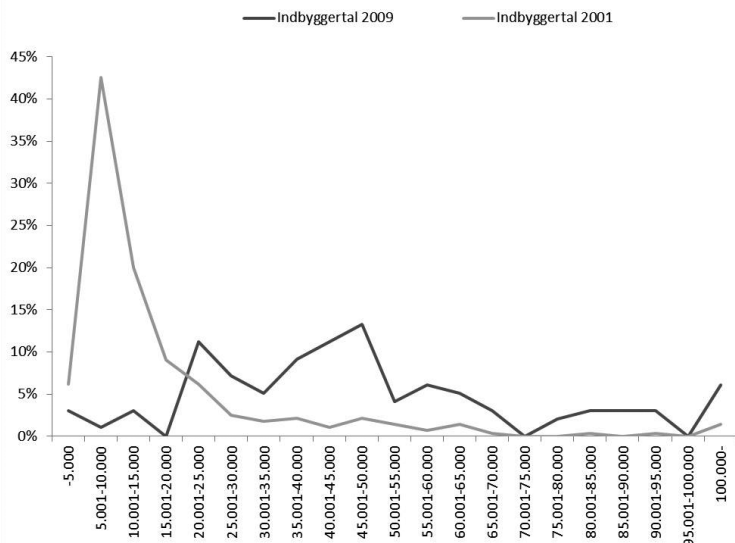
Metode- og datavalg

Hall skriver, at det er en forudsætning for en frugtbar analyse, at ens metodevalg afspejler den virkelighed, man ønsker at afdække (2003: 374). På baggrund af den eksisterende teori inden for dette felt forventer vi, at borgernes følelse af ekstern politisk effektivitetsfølelse afhænger af både individuelle karakteristika og strukturelle forhold i den enkelte kommune. Derfor anvender vi både mikrodata i form af individualsurvey og makrodata i form af kommunale nøgletal i denne undersøgelse. Da hvert individ er bosiddende i netop én kommune, er data hierarkisk opbygget. For at håndtere dette anvender vi en multi-level random intercept-model.

Angående datavalg fremgår det af figur 1, at der er blevet større variation på kommunistørrelse efter reformen i 2007. At der nu er bred variation af kommuner inden for de forskellige størrelseskategorier, giver bedre mulighed for at udtale sig om sammenhænge mellem størrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse for alle kommunistørrelser. Således var der tidligere så få kommuner med mere end 50.000 indbyggere, at generalisering af resultater for disse kommuner kunne være problematisk. Konkret er variansen i kommunistørrelse blevet fordoblet som følge af Strukturreformen.

Som nævnt tidligere anvendes en vælgerundersøgelse foretaget i forbindelse med kommunalvalget i 2009, som blev gennemført for Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet, af Epinion. Undersøgelsen er gennemført ved en kombination af webinterview og telefoninterview. Alle 98 danske kommuner er repræsenteret ved minimum 30 respondenter (Elklit og Kjær, 2013). For telefonundersøgelsen er svarprocenten 54,8 pct., og denne er suppleret med data indsamlet gennem Epinions webpanel, som medvirker til at sikre undersøgelsens repræsentativitet i forhold til uddannelse, køn og alder (Elklit og Kjær, 2009). Ved at bruge en undersøgelse hvis emne er kommunalvalget, styrkes undersøgelsens målingsvaliditet (Petersen, 2010: 398), da netop kommunalpolitiske forhold er præsent for respondenterne.

Figur 1: Procentandele af kommuner med forskelligt indbyggertal for 2001 og 2009



Kilde: www.noegletal.dk.

Operationalisering

Afhængig variabel

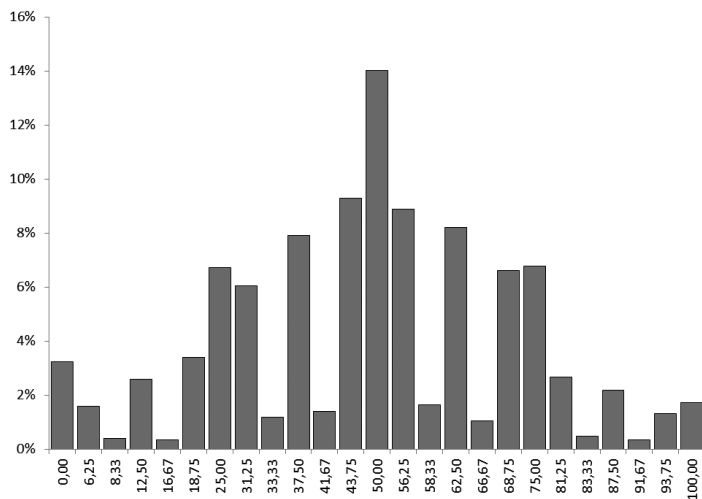
Eftersom ekstern politisk effektivitetsfølelse i litteraturen er beskrevet som et komplekst begreb, vælger vi at undersøge begrebet via indekskonstruktion. I operationaliseringen af et begreb er det centralt at afklare, om begrebet bygger på en additiv eller en nødvendigheds-/tilstrækkelighedslogik (Goertz, 2006: 96), og om begrebet bedst indfanges gennem en formativ eller refleksiv logik (Goertz, 2006: 55). Vi forventer, at ekstern politisk effektivitetsfølelse påvirker respondenternes svartilbøjelighed på en række spørgsmål. Derfor kan denne dimension afdækkes via konstruktionen af et refleksivt indeks ved addering af respondenternes svar på relevante spørgsmål angående begrebet. Selvom ekstern politisk effektivitetsfølelse er et forholdsvis veldefineret begreb, er der, hvad angår operationaliseringen, større uenighed om, hvilke spørgsmål der bedst afdækker begrebet (Craig, Niemi og Silver, 1990: 290). Vi anvender spørgsmål, som umiddelbart afspejler det samme fænomen, som er undersøgt i amerikanske studier, da vi derved kan belyse samme underliggende dimension. I en dansk sammenhæng er der ikke konsekvent anvendt de samme spørgsmål i de forskellige undersøgelser, hvilket gør, at det ikke er muligt at sammenligne resultaterne direkte med tidligere forskning. Vi har valgt følgende spørgsmål:

Tabel 1: Indekskonstruktion. Ekstern politisk effektivitetsfølelse

Spørgsmål	Cronbachs alpha ved udeladelse
Politikerne i min kommune virkede oprigtigt interesserede i borgernes synspunkter	0,65
Man kan i almindelighed stole på, at kommunalpolitikere træffer de rigtige beslutninger for kommunen	0,63
Kommunalpolitikere tager gennemgående for lidt hensyn til, hvad borgerne mener (kodet omvendt)	0,69
Kommunalpolitikere holder gennemgående deres løfter	0,60
For hele skalaen	0,71

På baggrund af reliabilitetstesten af indekset styrkes troen på, at målet er internt reliabelt (Petersen, 2010: 399). Samtidig er spørgsmålene ikke placeret i rækkefølge i spørgeskemaet, hvilket mindsker risikoen for response set. Indekset er skaleret fra 0-100, har et gennemsnit på 48,9 og en standardafvigelse på 22,3, hvilket indikerer en stor spredning i ekstern politisk effektivitetsfølelse blandt de adspurgte borgere. Fordelingen fremgår af figur 2, hvor det også fremgår, at fordelingen er tilnærmelsesvis normalfordelt.

Figur 2: Fordelingen for borgernes eksterne politiske effektivitetsfølelse. Pct. 2009



Uafhængige variable

Af relevante kommunevariable operationaliseres følgende: indbyggertal, socioøkonomisk udgiftsbehov og sammenlægningskommune. Indbyggertal har en naturlig kodning. Det kan diskuteres, om også kommunernes urbaniseringsgrad bør inddrages som mål for de strukturelle forhold. Dette er dog ikke gjort her, da det ville gøre det vanskeligt at se på effekten af kommunistørrelse målt ved indbyggertal selvstændigt. Det har således tidligere vist sig hensigtsmæssigt at foretage selvstændige analyser for de enkelte størrelsesmål (Juul-Madsen og Skou, 2006). At inddrage urbaniseringsgrad som størrelsesmål vil desuden gøre det vanskeligt at se effekten af kommunesammenlægninger, da fortsætterkommunernes urbaniseringsgrad generelt er højere. Der kontrolleres således for, om kommunen er en sammenlægningskommune, da sammenlægningseffekten herved isoleres. Desuden er socioøkonomisk udgiftsbehov operationaliseret som det socioøkonomiske indeks, Indenrigsministeriet bruger til kommunal udligning.²

Ud over kommunevariable inddrages en række centrale individuelle baggrundsvARIABLE: alder, køn og uddannelse. Alder kvadreres, da effekten heraf kan være kurvelineær, idet der kan tænkes at være generationseffekter (Goul Andersen, Torpe og Andersen, 2000). Da uddannelse betragtes som en kategorisk variabel, behandles den derefter. Alle variable og deres kodning fremgår af tabel 2.

Tabel 2: Oversigt over kodning af variable

Variabel	Detaljer
Ekstern politisk effektivitetsfølelse	Indeks fra 0-100; 100 = høj
Indbyggertal	Logaritmetransformeret naturlig kodning
Socioøkonomisk udgiftsbehov	0-2
Sammenlægningskommune	Dummy; 1 = sammenlægningskommune
Uddannelse	Dummy for hver kategori. 1: grundskole; 2: gymnasium, HF, studenterkursus; 3: HHX eller HTX; 4: erhvervsfaglig uddannelse; 5: kort videregående uddannelse; 6: mellemlang videregående uddannelse; 7: bachelor; 8: lang videregående uddannelse
Køn	Dummy; 1 = mand

Undersøgelsens resultater

I forbindelse med specifikation af modellen testes det, om det er muligt at anbefale én optimal kommunistørrelse for at sikre ekstern politisk effektivitetsfølelse, eller om sammenhængen har et konstant fortegn. Dette testes ved en kvadratisk transformation af indbyggertal, men denne er insignifikant, hvorfor sammenhængen må antages at have samme fortegn i hele variationsområdet. For at tage højde for, at storbykommunernes indbyggertal afviger markant fra den gennemsnitlige kommunistørrelse, logaritmetransformerer indbyggertal, hvorved størrelseseffekterne bedre indfanges. Dette kan bekræftes rent statistisk, idet en større del af variationen mellem kommuner kan forklares ved brug af den logaritmetransformerede indbyggertalsvariabel.

Som det fremgår af tabel 3 er effekten af de inddragede kommunevariable signifikant, og det helt centrale fund her er, at kommunistørrelse har betydning for ekstern politisk effektivitetsfølelse, hvilket styrker troen på vores hypotese. Af de individspecifikke variable har alder en signifikant betydning. De videre analyser viser, at effekten af alder alt andet lige er negativ, indtil man bliver 26 år, hvorefter den eksterne politiske effektivitetsfølelse stiger, des ældre man bliver. Modellen peger således på, at der er en tendens til, at ældre borgere generelt føler et højere niveau af ekstern politisk effektivitetsfølelse. Desuden viser analysen, at borgerne i sammenlægningskommuner i gennemsnit på en skala fra 0 til 100 har 4,97 point mindre ekstern politisk effektivitetsfølelse end borgerne i fortsætterkommuner.

På trods af at der i undersøgelsen ikke testes for forskelle over tid, er det alligevel muligt at bruge den estimerede effekt af kommunistørrelse til at beskrive de lokaldemokratiske konsekvenser af Strukturreformen. De kommunale nøgletal viser, at mediankommunen i 2009 havde 4,36 gange flere indbyggere end mediankommunen i 2001.³ For den gennemsnitlige borger vil en sådan ændring i indbyggertal betyde et fald på 16,18 point på skalaen over ekstern politisk effektivitetsfølelse, som går fra 0 til 100.⁴

Ved en multilevelanalyse er det muligt at se på modellens forklaringskraft på flere niveauer. Mellem kommunerne kan den opstillede model forklare 50 pct. af variationen i borgernes gennemsnitlige eksterne effektivitetsfølelse. På individniveau kan næsten ingen variation forklares på baggrund af modellen, hvilket kan skyldes, at der kun inddrages baggrundsvariabel (Kitschelt, 1999: 21). Samlet set kan modellen forklare 5 pct. af variationen i ekstern politisk effektivitetsfølelse. På baggrund af ovenstående resultater finder vi som sagt støtte til vores hypotese om, at den eksterne politiske effektivitetsfølelse er lavere i større kommuner end i små.

Table 3: Analyse af effekter på borgernes eksterne politiske effektivitetsfølelse (indeks 0-100)

	Model
Kommunevariable	
Indbyggertal (log)	-3,71 ***
Socioøkonomisk indeks	-
Sammenlægningskommune	-4,97 ***
Individvariable	
Uddannelse	-
Kvadreret alder	0,01 ***
Alder	-0,51 **
Køn	-
Konstant	103,75 ***
ρ	0,03
R^2	
R^2 kommune	0,50
R^2 individ	0,01
R^2 i alt	0,05
n	3.157
Log likelihood	-14.182

Note: Ustandarteriserede koefficienter ved multipel multilevel random intercept regression (MLE-analyse): - insignifikante værdier, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. En hausman test er signifikant, hvilket indikerer, at estimaterne på individniveau kan ramme skævt. Dette har dog ikke betydning for fortolkningen af indbyggertal. Endvidere viser forudsætningstests, at residualerne på både level-1 og level-2 er normalfordelte, hvilket giver mulighed for gyldig inferens (Rabe-Hesketh og Skrondal, 2008: 125).

Diskussion

På baggrund af vores analyse må man således sætte spørgsmålstegn ved Strukturkommissionens konklusioner, da den hævdede, at større kommuner ikke ville medføre negative konsekvenser for lokaldemokratiet. Som nævnt var Strukturreformen ikke en ren størrelsesreform, da kommunerne også fik flere opgaver. Da reformen ændrede ved flere parametre, kan vi på baggrund af vores analyse foretaget i den nye kommunestruktur ikke direkte konkludere, at de tidligere analyser var fejlagtige. Det er dog uklart, hvordan de nye opgaver, som kommunerne overtog ved Kommunalreformen, skulle forklare de anderledes resultater angående ekstern politisk effektivitetsfølelse i den nye struktur.

Som tidligere nævnt har de centrale forudsigelser for lokaldemokratiet, som Strukturkommissionen gav, været baseret på anerkendte videnskabelige forklaringer (Strukturkommissionen, 2004; Houlberg, 2004; Levinsen, 2003). Derfor er det relevant at se på, hvorfor disse undersøgelser ikke har kunnet forudsige de lokaldemokratiske implikationer af en størrelsesreform. En mulig forklaring kan være, at kommunestrukturen før reformen gjorde det vanskeligt at undersøge de lokaldemokratiske forhold for kommuner i den størrelsesorden, som vi har set efter Kommunalreformen.

En anden mulig forklaring kan være, at forudsigelsen om manglende lokaldemokratiske implikationer kan have haft selvødelæggende konsekvenser. Det er således muligt, at kommunerne på baggrund af Strukturkommissionens anbefalinger har valgt at lægge sig sammen til større kommuner end oprindeligt anbefalet for at kunne varetage større og mere krævende opgaver. I det følgende afsnit diskuterer vi, hvordan forskellen mellem Strukturkommissionens forudsigelser og denne undersøgelses resultater kan forstås ud fra ovenstående forklaringer.

Nye undersøgelsesmuligheder eller selvødelæggende forudsigelse?

Angående de videnskabelige undersøgelser, Strukturkommissionen byggede sine konklusioner på som tilstrækkeligt grundlag for forudsigelse, peger vi på to typer problemer, der knytter sig til henholdsvis dataindsamlingen og de substantielle fortolkninger af analyserne. For det første kan man problematisere datagrundlaget for kategorien med kommuner over 50.000 indbyggere i de tidligere undersøgelser. Dette skyldes, at der før reformen var meget stor variation i indbyggertal i denne kommunestørrelseskategori, hvorfor det ikke kan betragtes som en homogen gruppe. Strukturkommissionen konkluderede, at kommunestørrelse ikke havde effekt på demokratiet, men at hvis en effekt kunne identificeres, var det netop i kommuner med over 50.000 indbyggere. På baggrund af gruppens heterogenitet i størrelse er det dog problematisk at udtale sig om overordnede tendenser. Hvis man ser bort fra disse kommuner, kan analyserne dog sagtens være valide, men de vil i så fald kun give evidens for en svag eller ikke-eksisterende sammenhæng mellem størrelse og lokaldemokrati i kommuner under 50.000 indbyggere. Datagrundlaget for at udtale sig om kommuner med mere end 50.000 indbyggere kan derfor betvivles, hvilket kan forklare forskellen mellem Strukturkommissionens forudsigelser og denne undersøgelses resultater.

I forhold til om Strukturkommissionens forudsigelse var selvødelæggende, er det interessant, at Strukturreformen anbefalede kommuner med minimum 20-30.000 indbyggere (Strukturkommissionen, 2004: 36), men at reformen

faktisk førte til en lang række kommuner med over 50.000 indbyggere. Dette er, som tidligere nævnt, samtidig det antal indbyggere, der i kommissionens analyser kunne give en svag negativ effekt. Man kan derfor overveje, om det var Strukturkommissionens konklusioner angående sammenhængen mellem kommunestørrelse og lokaldemokrati, der fik kommunerne til at sammenlægge sig i højere grad end anbefalet. Dette kan begrundes ud fra hensyn til systemkapacitet og stordriftsfordele. Det er interessant, at der i den gamle kommunestruktur kun var 17 kommuner med over 50.000 indbyggere, hvilket svarer til 6,2 pct. af alle kommunerne, mens der i den nye struktur er 35, hvilket svarer til 35,7 pct. af alle de nye kommuner.

Vi vurderer, at en kombination af disse to forklaringer er årsagen til, at vi finder en væsentligt større og mere afgørende negativ effekt af kommunestørrelse på ekstern politisk effektivitetsfølelse i den nye kommunestruktur. De tidligere undersøgelseres resultater kunne ikke uproblematisk generaliseres til at gælde kommuner over 50.000 indbyggere, men at Strukturkommissionen sluttede denne konklusion kan tænkes i sig selv at være årsagen til, at kommunesammenlægningerne førte til væsentligt større kommuner end foreslået af samme.

Kan resultaterne generaliseres, og er metodevalget velegnet?

På baggrund af vores analyse kan vi statistisk inferere til hele den danske population, mens generalisering ud over Danmark er mere problematisk. Man kan argumentere for, at vores resultater ville have samme effekt i andre lande med en lignende kommunestruktur. Da der er noget særegent ved den skandinaviske kommunestruktur (Loughlin, Hendricks og Lidström, 2011: 721-722), er det relevant at se nærmere på kommunestrukturen i disse lande. Særligt kan nævnes det kommunale niveaus status som leverandør af velfærdsydelser samt den høje grad af autonomi, som kommunerne har i de skandinaviske lande (Loughlin et al., 2011). Selv i Skandinavien vil generalisering skulle ske med en vis forsigtighed, da man kan argumentere for, at den danske kommunestruktur har ændret karakter i forhold til de øvrige skandinaviske landes, idet de nye danske kommuner varetager langt flere opgaver og har langt større systemkapacitet end de øvrige nordiske (Moisio, 2010). Vi finder det dog stadig plausibelt, at større kommuner også i andre skandinaviske lande vil føre til et fald i ekstern politisk effektivitetsfølelse.

I forhold til metodevalgets egnethed er ekstern politisk effektivitet som nævnt et veldefineret begreb. Derfor må vores kvantitative tilgang i udgangspunktet betragtes som uproblematisk. Via denne analysemetode blev det endvidere muligt at foretage en undersøgelse med stort generaliseringspotential

inden for Danmark. Så vidt har vores metodevalg vist sig som et godt redskab til at besvare undersøgelsens problemstilling. I forhold til at anvende en multilevelmodel, fremgår det af $p(\rho)$ -værdierne, at den spatielle korrelation er meget lav. Der er således kun en meget begrænset uforklaret variation mellem kommunerne. En tom model viser en spatial korrelation på 0,07, hvilket bekræfter nødvendigheden af at foretage en multilevelanalyse. Vores valg af multilevelmodel betyder derfor, at vi estimerer korrekte standardfejl (Rabe-Hesketh og Skrondal, 2008), hvilket styrker sikkerheden i analyseresultaterne. Samlet set har vores metode således været velvalgt og givet os gode muligheder for at undersøge sammenhængen mellem kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse.

Konklusion

Denne artikel har undersøgt, om kommunestørrelse har betydning for lokaldemokratiet og mere specifikt for ekstern politisk effektivitetsfølelse. Det interessante ved netop denne sammenhæng er, at ekstern politisk effektivitetsfølelse fungerer som et mål for generel opbakning til det politiske system uafhængigt af vurderingen af de konkrete politikere. Derfor er det et stærkt mål for bestemmelse af de lokaldemokratiske tilstande. Undersøgelsen viser, at der er en negativ sammenhæng mellem kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse.

Sammenhængen er delvist tidligere undersøgt i en dansk kontekst med undersøgelser fra før Strukturreformen i 2007, men vi argumenterer for, at det er relevant at undersøge sammenhængen igen, da kommunestrukturen har ændret sig. Derfor vil der være tale om ekstrapolation, hvis der sluttes fra tidligere undersøgelser resultater til den nye kontekst, hvor kommunerne er blevet større og har fået andre opgaver. Da tidligere undersøgelser resultater er blevet brugt til konkrete politiske forslag, er det af særlig væsentlighed at identificere de korrekte sammenhænge på området.

På trods af de klare fund i analysen og nødvendigheden af denne undersøgelse er der samtidig visse begrænsninger for de her fremlagte konklusioner. Dels pga. en ny operationalisering af ekstern politisk effektivitetsfølelse, som afviger fra den, der er brugt i tidligere danske undersøgelser. Dels da der i undersøgelsen kun ses på danske kommuner, hvorfor undersøgelsens resultater ikke statistisk kan generaliseres til andre lande. Derfor vil det højst være muligt analytisk at generalisere disse resultater til en skandinavisk kontekst. Selvom der således er visse problemer, som knytter sig til undersøgelsen, er der dog klare resultater, som peger på, at den forventede sammenhæng mellem kommunestørrelse og ekstern politisk effektivitetsfølelse findes. Dermed styrkes

troen på den overordnede sammenhæng mellem systemkapacitet og nærhed, som Dahl og Tufte fremsatte i 1973. Det er her relevant, at sammenhængen undersøges på kommuneniveau, da der her er mulighed for at ændre størrelsen af de enkelte enheder.

Da der findes et klart trade-off mellem systemkapacitet og effektivitetsfølelse, må resultaterne holdes for øje ved fremtidige strukturreformer, da vi finder, at det umiddelbart ikke er muligt at forbedre et af de to forhold uden at skade det andet, hvad Strukturkommissionen ellers forudsagde (Strukturkommissionen, 2004: 87). Analysen kan dog ikke supplere med en anbefaling af én kommunestørrelse til maksimering af ekstern politiske effektivitetsfølelse.

Denne undersøgelse er et skridt videre i forståelsen af sammenhængen mellem kommunestørrelse og lokaldemokrati. Videre undersøgelser må teste: 1) sammenhængen på tværs af lande; 2) om andre størrelsesmål påvirker ekstern politisk effektivitetsfølelse; 3) om andre demokratiske værdier påvirkes af størrelse; 4) om de forventede positive gevinster af større enheder findes empirisk. Analysen har vist, at man ikke kan se bort fra de lokaldemokratiske konsekvenser, når man laver reformer af det kommunale niveau.

Noter

1. Tak til Søren Risbjerg Thomsen, Jørgen Elklit, Ulrik Kjær, Kim Mannemar Sønderdskov og to anonyme peer reviewers for råd og vejledning vedrørende artiklen.
2. Se <http://www.sum.dk/-/media/Filer-Publikationer-IN/Kommuner%20og%20Regioner/2009/Kommunal-udligning-og-generelle-tilskud-2010/kommunal-udligning-2010.ashx>.
3. Mediankommunen 2009: Frederikssund Kommune: 44.246 indbyggere Mediankommunen 2001: Vallø Kommune: 10.143 indbyggere.
4. Logaritmetransformation fører fortolkningsmæssigt til, at en ændring i 1 pct. på indbyggertal medfører en ændring i 1/100 af koefficienten på den eksterne politiske effektivitetsfølelse.

Litteraturliste

- Beetham, David (1996). Theorising democracy and local government, pp. 28-49 i Desmond King og Gerry Stoker (red.), *Rethinking Local Democracy*. Basingstoke: Macmillan.
- Boadway, Robin W. og Anwar Shah (2009). *Fiscal Federalism: Principles and Practices of Multiorder Governance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowler, Shaun og Todd Donovan (2002). Democracy, institutions and attitudes about citizen influence on government. *British Journal of Political Science* 32 (2): 371.

- Craig, Stephen C. (1979). Efficacy, trust, and political behavior. *American Politics Research* 7 (2): 225-239.
- Craig, Stephen C., Richard G. Niemi og Glenn E. Silver (1990). Political efficacy and trust: A report on the NES pilot study items. *Political Behavior* 12 (3): 289-314.
- Dahl, Robert A. (1989). *Democracy and Its Critics*. New Haven: Yale University Press.
- Dahl, Robert A. og Edward R. Tufte (1973). *Size and Democracy. The Politics of the Smaller European Democracies*. Stanford: Stanford University Press.
- Finkel, Steven E. (1985). Reciprocal effects of participation and political efficacy: A panel analysis. *American Journal of Political Science* 29 (4): 891-913.
- Goertz, Gary (2006). *Social Science Concepts: A User's Guide*. Princeton: Princeton University Press.
- Goul Andersen, Jørgen, Lars Torpe og Johannes Andersen (2000). *Hvad folket magter: demokrati, magt og afmagt*. 1. udg. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Hall, Peter (2003). Aligning ontology and methodology in comparative politics, pp. 373-406 i James Mahoney og Dietrich Rueschemeyer (red.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Houlberg, Kurt (2004). Er store kommuner mere effektive og små kommuner mere demokratiske?, pp. 42-50 i Socialforskningsinstituttet (red.), *Social Forskning – Det kommunale råderum*. København: SFI.
- Houlberg, Kurt og Carsten Strømbæk Pedersen (2003). Appendiks I. Dataindsamling, i Ulrik Kjær og Poul Erik Mouritzen (red.), *Kommunestørrelse og lokalt demokrati*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Iyengar, Shanto (1980). Subjective political efficacy as a measure of diffuse support. *The Public Opinion Quarterly* 44 (2): 249-256.
- Juul-Madsen, Lene og Mette Haugaard Skou (2006). Kan man lægge kommuner sammen uden omkostninger for lokaldemokratiet?, pp. 37-62 i Jens Blom-Hansen, Jørgen Elklit og Søren Serritzlew (red.), *Kommunalreformens konsekvenser*. 1. udg. Aarhus: Academica.
- King, Gary, Robert O. Keohane og Sidney Verba (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research*. New Jersey: Princeton University Press.
- Kitschelt, Herbert (1999). Accounting for outcomes of post-communist regime change. Causal depth or shallowness in rival explanations. Paper, Annual Meeting of the American Political Society, Atlanta, GA, 31. august-3. september.
- Kjær, Ulrik (2006). *Bornholmere og demokratiet efter Kommunesammenlægningen. AKF 2006*. http://www.akf.dk/udgivelser/2006/pdf/bornholmerne_og_demokratiet.pdf (11. januar 2011).
- Kjær, Ulrik og Poul Erik Mouritzen (2003). *Kommunestørrelse og lokalt demokrati*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

- Lane, Robert E. (1961). *Political Life: Why People Get Involved in Politics*. 2nd ed. Glencoe: The Free Press.
- Lassen, David Dreyer og Søren Serritzlew (2011). Jurisdiction size and local democracy: Evidence on internal political efficacy from large-scale municipal reform. *American Political Science Review* 105 (2): 238-258.
- Levinsen, Klaus (2003). Kommunalpolitisk tillid, pp. 147-161 i Ulrik Kjær og Poul Erik Mouritzen (red.), *Kommunestørrelse og lokalt demokrati*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Loughlin, John, Frank Hendriks og Anders Lidström (2011). Subnational democracy in Europe: Changing backgrounds and theoretical models, pp. 715-742 i John Loughlin, Frank Hendriks og Anders Lidström (red.), *The Oxford Handbook of Local and Regional Democracy in Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- Moisio, Antti (2010). *Local Public Sector in Transition: A Nordic Perspective*. Helsinki: Government Institute for Economic Research.
- Niemi, Richard G., Stephen C. Craig og Franco Mattei (1991). Measuring internal political efficacy in the 1988 National Election Study. *The American Political Science Review* 85 (4): 1407-1413.
- Petersen, Michal Bang (2010). Indekskonstruktion, pp. 393-416 i Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller Hansen og Robert Klemmensen (red.), *Metoder i statskundskab*. 1. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rabe-Hesketh, Sophia og Anders Skrondal (2008). *Multilevel and Longitudinal Modelling using Stata*. College Station, TX: Stata Press.
- Rousseau, Jean-Jacques (1795). *A Treatise on the Social Compact: or, the Principles of Political Law*. London: Cock and Swine.
- Scharpf, Fritz W. (1994). Games real actors could play. *Journal of Theoretical Politics* 6 (1): 27-53.
- Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens betænkning – hovedbetænkningen*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Treisman, Daniel (2007). *The Architecture of Government: Rethinking Political Decentralization*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kurt Houlberg

David og Goliat i kassen før lukketid – danske kommuners likviditets- og gældsudvikling op til kommunesam- menlægningerne i 2007¹

Spørgsmålet om, hvorvidt kommunesammenlægningerne i 2007 ville medføre massiv pengeafbrænding før lukketid, har påkaldt sig forsknings- og lovgivningsmæssig interesse. Med afsæt i et argument om, at tidligere danske undersøgelser af pengeafbrænding i forbindelse med kommunalreformen har haft et upræcist styringsbegreb, defineres pengeafbrænding som forbrug af likvide aktiver og forøgelse af langfristet gæld. Analyserne baseres på et Difference-in-Difference-design og kontrollerer blandt andet for forskelle i kommunistørrelse, økonomiske grundvilkår og initialstørrelsen på gæld og likviditet. Empirisk findes, at både tilstedeværelsen af en common pool og dennes størrelse har betydning: 1) sammenlægningskommuner brændte i højere grad penge af inden sammenlægningen end fortsættende kommuner, og 2) sammenlægningskommuner, der udgjorde en lille andel af den nye kommune, brændte i højere grad penge af end større kommuner i sammenlægningen.

Kommunalreformen i Danmark 1. januar 2007 gav anledning til mange spekulationer om, hvorvidt kommunesammenlægningerne ville føre til massiv pengeafbrænding i de berørte kommuner. Spekulationerne nærmedes af tanken om, at det for kommunalpolitikere ikke er attraktivt at gå ind i en kommunesammenlægning med overskud på finanserne og fyldt pengekasse samtidig med, at pengeafbrændingssporene fra 1970-reformen skræmte (Blom-Hansen, 2010).

En kollektiv handlingslogik tilsiger, at den nye sammenlagte kommunes økonomiske og politiske handlemuligheder vil være større, hvis de gamle kommuner bringer størst muligt økonomisk overskud ind i sammenlægningen. Men for den enkelte kommune i sammenlægningen kan det være mere rationelt at dræne pengekassen inden lukketid. En positiv kassebeholdning kan over for borgerne vidne om, at skatteopkrævningen har været unødigt stor, og det kan for kommunalpolitikeren være et vægtigt politisk signal at bruge pengene til gavn for kommunens egne borgere, mens den lokale beslutningskompetence fortsat eksisterer. Samtidig ved kommunalpolitikeren, at et eventuelt overskud

overført til den nye storkommune vil blive fordelt på hele den nye kommune og kun i begrænset omfang vil gå til kommunens egne borgere.

Kommunalpolitikere har dermed incitament til at ”brænde penge af”, inden sammenlægningen finder sted. Frygten for hamstring før lukketid manifesterede sig blandt andet i en national lovgivning i årene op til kommunalreformen, der målrettet søgte at begrænse de lokale politiske muligheder for pengeafbrænding gennem fx krav om anlægsgodkendelser og deponering af likviditetsoverskud. Det interessante spørgsmål er derfor, om det på trods af den nationale lovgivnings forsøg på at dæmme op for hamstringer lykkedes kommunerne at afbrænde penge før lukketid.

I artiklen argumenteres for, at tidligere undersøgelser har haft for snævert teoretisk styringsfokus på pengeafbrænding i en kommunesammenlægningskontekst og kun indirekte har analyseret, om pengekasen blev tømt før lukketid. Blom-Hansen (2010) og Hansen (2012a, 2012b) har undersøgt pengeafbrænding i kommunernes udgiftspolitik og har primært haft fokus på budgetoverskridelser af driftsudgifterne.² I nærværende analyse adresseres spørgsmålet om pengeafbrænding mere direkte i form af, om der er blevet færre penge i kassen, uanset om det kan tilskrives drifts- eller anlægsudgifter, budgetterede ændringer og/eller tillægsbevillinger.

Pengeafbrænding operationaliseres således som forbrug af likvide aktiver og vækst i langfristet gæld, og det analyseres gennem et Difference-in-Difference-design (DiD), om der er forskel på pengeafbrændingen i sammenlægningskommuner og fortsætterkommuner op til 2007. Pengeafbrænding betyder ikke, at pengene er forsvundet op i den blå luft eller brugt på projekter, der er illegitime i borgernes øjne. Pengene kan fx være brugt til administrativ reformforberedelse, lokal serviceforbedring eller byggeri af ældreboliger, skoler og idrætshaller. Analysen undersøger ikke, hvad pengene er blevet brugt til, men om der før lukketid i den enkelte kommune samlet set er blevet færre penge i kassen og/eller øget gældsætning.

Med afsæt i common pool-litteraturen diskuterer artiklen først de teoretiske forventninger til pengeafbrænding før en kommunesammenlægning og knytter denne diskussion an til økonomiske styringsbegreber og nationale styringstiltag til imødegåelse af pengeafbrænding. Herefter præsenteres analysens datagrundlag og metode, hvorefter de empiriske resultater præsenteres og analyseres. I det afsluttende afsnit konkluderes, at danske kommuners pengeafbrænding op til kommunesammenlægningerne var betydelig, og at tilstedeværelsen af en common pool såvel som dennes størrelse har betydning.

Teoretiske overvejelser og hypoteser

Common pool-litteraturen interesserer sig for common pool-problemer i bredeste forstand, dvs. de problemer, der opstår, når en gruppe af aktører finansierer en fælles pulje af økonomiske midler, men drager individuel nytte af gennemførelse af de konkrete aktiviteter finansieret af denne fællespulje (Olson, 1971; Weingast, Shepsle og Johnson, 1981; Velasco, 2000; Hinnerich, 2009; von Hagen, 2007; Jordahl og Liang, 2010; Blom-Hansen, 2010; Hansen, 2012a, 2012b). Common pool-problemet udspringer af, at omkostningerne ved en aktivitet er spredte, mens gevinsterne er koncentrerede. Under antagelse af, at kollektive politiske beslutningsorganer er rationelle og egennyttmaksimerende, opstår i denne situation et kollektivt handlingsdilemma (Olson, 1971: 2), hvor der er behov for institutionelle arrangementer og styring, hvis ikke de rationelle individuelle handlinger skal udmunde i en samfundsmæssig suboptimal løsning.

Common pool-problemet i politiske beslutningssystemer kan knytte sig til fordelingen mellem forskellige sektorer (Velasco, 2000; von Hagen, 2007) eller mellem forskellige geografisk afgrænsede politiske beslutningsenheder (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981; Primo og Snyder, 2008). Indeværende analyse fokuserer på den geografiske dimension og mere specifikt på den særlige common pool-situation i forbindelse med kommunesammenlægninger, og som i det følgende kaldes en sammenlægningspool. Sammenlægningspoolen adskiller sig teoretisk fra en kontinuert common pool ved, at beslutningsspillet ophører, mens kontinuerte common pool-konstruktioner kendetegnes ved kontinuerte betalinger til en fælles pulje, som bidrager til finansiering af goder øremærket geografisk afgrænsede politiske beslutningsenheder (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981: 644). Mellemkommunale samarbejder og EU er eksempler på dette. Ved en kommunal sammenlægningspool retter interessen sig derimod specifikt mod økonomiske dispositioner i kommuner, hvis eksistens som selvstændig territoriel politisk beslutningsenhed ophører. Den kommende nye kommunes skattegrundlag og fælles økonomiske reserver kommer herved til at fungere som en sammenlægningspulje, som de indgående kommuner i sammenlægningen kan trække på – inden sammenlægningen. Den enkelte sammenlægningskommune kan ses som en enhedsaktør med incitament til at free-ride gennem pengeafbrænding og sikre, at så mange fælles ressourcer som muligt bruges i kommunens eget lokalområde, mens omkostningerne ved pengeafbrændingen deles af alle i den nye kommune.

Styringsdimensioner

I litteraturen er det ikke entydigt, om common pool-problemet giver anledning til ineffektivitet (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981: 643), øgede udgifter (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981: 645; Hansen 2012b), manglende budgetoverholdelse (Blom-Hansen, 2010; Hansen, 2012a, 2012b) eller gældssætning (Hinnerich, 2009; Jordahl og Liang, 2010). Med udgangspunkt i økonomisk produktionstankegang kan identificeres tre overordnede dimensioner i offentlig økonomistyring knyttet til henholdsvis den kommunale virksomheds input, output og outcome, jf. tabel 1. De tre dimensioners økonomistyringsfokus retter sig med danske begreber mod at sikre sparsommelighed, produktivitet og effektivitet (Elm-Larsen, 2007; Rigsrevisionen, 2012).

Tabel 1: Styringsdimensioner i offentlig økonomistyring

Produktionsproces	Styringsbegreb	Økonomistyringsfokus
Input - budget - produktionsfaktorer	Ressourcestyring ^{a)} - budgetbalance - udgiftsstyring - finansiel styring	Sparsommelighed (<i>Economy</i>)
Output	Aktivitetsbaseret styring	Produktivitet (<i>Efficiency</i>)
Outcome	Resultatbaseret styring	Effektivitet (<i>Effectiveness</i>)

Inspireret af Bergmann (2009), Elm-Larsen (2007), Flynn (2012), Pollitt og Bouckaert (2011: 16) og Rigsrevisionen (2012). Engelske styringsprincipper i parentes.

a. I revisionslitteraturen benævnes styring på inputsiden ofte kapacitetsstyring, og finansiel styring anskues som en selvstændig fjerde styringsdimension (Elm-Larsen, 2007; Rigsrevisionen, 2012). I indeværende studie betragtes finansiel styring som del af styringen på inputsiden, og ressourcestyring følgelig som et bredere begreb end kapacitetsstyring.

På trods af at reformfokus i den offentlige sektor i de sidste årtier har været på produktivitet og effektivitet (Pollitt og Bouckaert, 2011), er ressourcestyring på inputsiden fortsat et kardinalpunkt for budgetproces og økonomistyring (Bergmann, 2009; Flynn, 2012). I en common pool-situation kan ineffektivitet være resultatet (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981), men incitamenterne knytter sig til fordelingen af den fælles puljes udgifter på geografiske enheder og ikke til fordelingen af puljens produktivitet og effektivitet. Fordelingspolitik (Weingast, Shepsle og Johnson, 1981) og politik i almindelighed vedrører den autoritative fordeling af ressourcer. Styringsinteressen i en common pool-

situation samler sig derfor om ressourcestyringen. Incitamentet til at slække på økonomistyringen forud for en sammenlægning retter sig med de tre engelske E-begreber (Flynn, 2012; Pollitt og Bouckaert, 2011: 16) mod economy, ikke mod efficiency og effectiveness.

På kommunalt plan kan sondres mellem tre dimensioner af ressourcestyring:

- Budgetbalance: evnen til at balancere udgifter og indtægter og skabe et driftsresultat på det skattefinansierede område.
- Udgiftsstyring: evnen til at styre udgiftsvækst og budgetoverholdelse.
- Finansiell styring: evnen til at styre likviditets- og gældsudvikling.

Styringsdimensionerne er i praksis forbundne, da kommuner med stærk udgiftsstyring alt andet lige vil opnå bedre driftsresultater, ligesom kommuner med gode driftsresultater har bedre forudsætninger for likviditetsopbygning, låneafdragelse og finansiering af anlægsinvesteringer via overskud på driften frem for låntagning. Budgetbalancen er afgørende for organisationens langsigtede overlevelsesmuligheder og følgelig central i budgetlitteraturen (se fx Wildavsky og Caiden, 1997; Rubin, 2010). I common pool-litteraturen har fokus derimod været på gælds- og likviditetsudviklingen samt udgiftsstyringen udtrykt ved udgiftsniveau og udgiftsudvikling (von Hagen, 2007: 28).

Budgetlægning er en kollektiv politisk beslutningsproces, som under stabile omgivelser er kendetegnet ved at være historisk, sekventiel og repetitiv (Wildavsky og Caiden, 1997: 46ff). Aktørerne ved, de mødes igen næste år og har mulighed for i senere spilrunder at straffe eventuelle free-ridere. Spilteoretisk modificerer gentagne spil dermed det kollektive handlingsdilemma og reducerer risikoen for free-riding samtidig med, at en række institutionelle budgetstyringsmekanismer kan etableres og forankres (Blom-Hansen, 2010: 55).

Dette gælder også ved kontinuerte common pool-konstruktioner, men mekanismerne kortsluttes ved sammenlægningspools, hvor den fælles pulje etableres i samme proces, som de politiske enheders eksistens ophører. Ved kontinuerte puljer er der en årligt tilbagevendende deltagerbetaling til den fælles pulje, hvorimod der ved en sammenlægningspool er tale om en engangsbetaling i form af den kassebeholdning og den gæld, der overdrages til den nye kommune.

Hvor usikkerhed om fremtidige beslutninger i kontinuerte spil kan give incitament til at bruge pengene i indeværende år frem for senere år, betyder lukketidssikkerheden i en sammenlægningssituation, at det er sidste chance for at bruge pengene på lokale aktiviteter. Pengeafbrænding kan her ske ved, at kassen tømmes, og/eller der stiftes gæld, som den nye kommunes borgere skal tilbagebetale. Ved kontinuerte puljer er spørgsmålet om styringen af det

samlede udgiftsniveau og udgiftsudviklingen centralt, mens det ved en sammenlægningspool i højere grad er likviditets- og gældsstyring.

En kommune, der øger driftsudgifterne forud for kommunesammenlægningen, påfører den nye kommune en politisk omkostning ved eventuel fremtidig nedlukning af aktiviteten. Det kan være vanskeligt for den nye kommune at fjerne eller reducere service etableret forud for sammenlægningen (Hansen 2012b). Men de udgiftspolitiske beslutninger kan omgøres af den nye kommune (Blom-Hansen, 2010) og vil potentielt blive det allerede i forbindelse med harmoniseringen af serviceniveauer i den nye kommune. Sammenlægningskommunens forbrug af likvide aktiver eller forøget gældsætning kan derimod ikke omgøres.

I en ikke-sammenlægningskontekst vil politisk opportunistik kunne føre til lokalpolitiske budgetcykler (Veiga og Veiga 2007), hvor driftsudgifter og ikke mindst budgetoverskridelser øges op til et kommunalvalg (Houlberg, 1999; Serritzlew, 2005; Hansen, 2011). Hvor der før et valg kan være politisk incitament til forøgelse af serviceniveauet, knytter incitamentene sig i en sammenlægningssituation i højere grad til anlægsprojekter, som har varig signalværdi over for borgerne og kan stå som politisk mindesmærke om den gamle kommunes meriter. Teoretisk er forventningen derfor, at valgcykler udspilles på driftssiden, mens pengeafbrænding før lukketid primært vil komme til udtryk på anlægssiden (Blom-Hansen, 2010: 59).

Udgiftsmæssig pengeafbrænding kommer mere sandsynligt til udtryk gennem budgetoverskridelser end gennem budgetteret udgiftsvækst (Blom-Hansen, 2010; Hansen, 2012a), blandt andet fordi den gamle kommunes sidste regnskab først bliver kendt efter kommunens nedlæggelse. Pengeafbrænding vil dog også kunne ske som budgetteret udgiftsvækst. Men uanset om pengeafbrændingen er budgetteret eller fremkommer gennem tillægsbevillinger, og uanset om den finder sted på drifts- eller anlægssiden, vil udgiftsmæssig pengeafbrænding give sig udslag i øget gældsætning og/eller træk på likviditeten. Artiklens overordnede hypotese er i forlængelse heraf, at eksistensen af en common pool har betydning:

H1: Sammenlægningskommuner vil have større forbrug af likvide aktiver og forøge deres langfristede gæld mere end fortsætterkommuner i perioden op til sammenlægningen.

Absolut eller relativ common pool-størrelse

I common pool-litteraturen er det åbent, om størrelsen på den fælles pulje defineres på basis af det absolutte antal beslutningsenheder (Hansen, 2012a,

2012b; Primo og Snyder, 2008; Weingast, Shepsle og Johnson, 1981) eller på basis af deres relative størrelse (Blom-Hansen, 2010; Hansen, 2012b; Hinnerich, 2009; Jordahl og Liang, 2010). Litteraturen har fx i loven om 1/n argumenteret for, at når hver myndighed kun bærer 1/n af omkostningerne, vil de samlede udgifter i poolområdet øges i takt med antallet af politiske myndigheder (Hansen, 2012a: 161; Primo og Snyder, 2008: 478; Weingast, Shepsle og Johnson, 1981), og i denne forbindelse antages, at beslutningsenhederne er lige store og finansieringen ligeligt fordelt.

Ved sammenlægningerne i 2007 var de indgående kommuner imidlertid ikke lige store, hverken med hensyn til indbyggertal eller den kassebeholdning og gæld, de bragte med ind i sammenlægningen. I denne sammenhæng er størrelsesbegrebet "the exploitation of the great by the small" (Olson, 1971) mere relevant og dermed de politiske myndigheders relative størrelse (Hinnerich, 2009; Blom-Hansen, 2010; Jordahl og Liang, 2010). Små kommuner i en sammenlægning har både større incitament til og bedre muligheder for at free-ride.

Særligt i små kommuner vil kassebeholdningen kunne gavne kommunens egne borgere mere, hvis kassen tømmes, inden den skal fordeles ud på alle den nye kommunes borgere (Blom-Hansen, 2010). Samtidig kan en lille kommune nemmere slippe af sted med at møde op med dårlig økonomi, da dens økonomi betyder mindre i det samlede sammenlægningsregnskab, mens omvendt den store kommunes adfærd har større og mere synlig betydning for den nye kommunes økonomi. Størrelsen af en common pool, forstået som den relative størrelse på beslutningsenhederne, forventes dermed at have betydning for pengeafbrændingen:

H2: Jo mindre andel en sammenlægningskommune udgør af den nye kommune, jo mere vil kommunen forbruge likvide aktiver og forøge sin langfristede gæld i perioden op til sammenlægningen.

I skandinavisk kontekst har fem nylige studier analyseret effekterne af sammenlægningspools, og alle finder empirisk støtte til hypotesen om pengeafbrænding i sammenlægningskommuner. Svenske kommuner har øget gældssætningen forud for sammenlægningerne i 1952 (Jordahl og Liang, 2010) og igen i starten af 1970'erne (Hinnerich, 2009). Tilsvarende finder Blom-Hansen (2010) og Hansen (2012a, 2012b) i varierende grad pengeafbrænding i danske kommuner forud for 2007-reformen gennem tillægsbevillinger på såvel drifts- som anlægssiden (Blom-Hansen 2010; Hansen, 2012a) og ikke mindst på anlægssiden (Blom-Hansen, 2010: 67). Videre finder Hansen (2012b: tabel 3), at

de samlede driftsudgifter stiger mere i sammenlægningskommunerne i året før sammenlægning.³

Hvor de danske studier både har fokuseret på antal kommuner i sammenlægningen (Hansen, 2012a, 2012b) og på relativ kommunestørrelse (Blom-Hansen, 2010; Hansen 2012b), har de svenske studier alene operationaliseret common pool-størrelsen ved den relative kommunestørrelse. Væsentligere er dog, at de svenske studier har rettet styringsfokus mod den finansielle styring, der som argumenteret ovenfor er særlig relevant ved sammenlægningspools, mens de danske studier har fokuseret på udgiftsstyringen. Ingen danske studier har hidtil interesseret sig for den finansielle styring.

Timing af pengeafbrænding og national lovgivning for at modvirke denne

Reformforløbet har betydning for, hvornår pengeafbrænding kan tænkes at finde sted, idet afbrændingsincitamentene afhænger af, hvor stor sikkerheden er for en reforms komme, hvornår reformen gennemføres og forventningerne til nye grænsedragninger (Jordahl og Liang, 2010: 162). Frem til sommeren 2002 var den kommunale struktur ikke tematiseret på den landspolitiske scene, og så sent som i juni 2002 proklamerede indenrigs- og sundhedsministeren, at regeringen ikke havde planer om ændringer i den kommunale struktur (Mouritzen, 2009). Men over sommeren 2002 kom strukturspørgsmålet på den politiske dagsorden, Strukturkommissionen blev nedsat af regeringen oktober 2002 og afgav siden sin betænkning i januar 2004 under stor politisk og mediemæssig opmærksomhed.

Herefter gik det stærkt, og den 24. juni 2004 indgik regeringen med støtte fra Dansk Folkeparti en aftale om strukturreform, som indebar, at kommunerne inden 1. januar 2005 skulle finde sammen med andre kommuner for at sikre et minimumsindbyggertal på ca. 30.000 eller indgå i forpligtende samarbejde. Sammenlægningsprocessen endte med, at 239 kommuner blev sammenlagt til 66 kommuner pr. 1.1.2007, mens 32 kommuner ikke blev sammenlagt.

Strukturkommissionens nedsættelse og arbejde kan have givet anticiperede reaktioner på en reforms mulige komme, men mere sandsynligt er det, at eventuelle reformbetingede økonomiske dispositioner kommer i 2004-2006, hvor kommunerne har vished for, at fremtidens kommunale landkort vil have færre og større kommuner. 2003 er dermed sidste år, før reformvisheden indtræffer.

Risikoen for pengeafbrænding optog regering og Folketing, og belært af hamstringserfaringerne fra 1970-reformen og kommunesammenlægningen på Bornholm i 2002 manifesterede frygten for pengeafbrænding sig i form af en række lovgivningstiltag med det sigte at indskrænke mulighederne for

pengeafbrænding (Blom-Hansen, 2010; Hansen, 2011, 2012a). Disse omfattede fx en statslig godkendelsesordning for anlægsprojekter i 2004 og 2005, hvorefter de lokale politisk valgte sammenlægningsudvalg i 2006 overtog beføjelserne til godkendelse af anlægsprojekter og videre fik beføjelser til at stoppe anlægsprojekter. I 2005 gennemførtes tvungen opsparring af kommunernes kassebeholdninger, samt i 2006 tvungen godkendelse af driftstillægsbevillinger i sammenlægningsudvalget, individuel fastfrysning af skatterne på 2005-niveauet og statslig mulighed for ved budgetoverskridelser at modregne i en kommunes bloktilskud.

Pengeafbrænding må forventes mest udtalt sidste år inden sammenlægning. For det første har der været tid til politisk drøftelse, prioritering og planlægning af, hvad der er vigtigst at nå inden lukketid. For det andet er risikoen for pengeafbrændingssanktioner mindre, når afbrændingen sker tæt på lukketid, og staten ikke kan nå at sanktionere kommunen, inden dens eksistens ophører (Hansen, 2012a: 166). For det tredje ændres den institutionelle ramme for styring af anlægsudgifter, da godkendelsesordningen for anlægsprojekter i 2006 overgår fra staten til sammenlægningsudvalgene og herved indlejres i en lokalpolitisk forhandlingsproces, hvor politikerne også repræsenterer deres egen kommune.

Med sammenlægningsudvalgene var de formelle institutionelle rammer for godkendelse af anlægsprojekter intakte, men uformelt kan en lokal forhandlingslogik ala, ”hvis I får jeres idrætshal, så får vi vores ældreboliger”, have udfoldet sig; enten gennem låntagning eller via forbrug af ikke-deponeringsbundne likvide aktiver. Da kommunernes likviditet er mere omsættelig og mindre reguleret af statslige bindinger end låntagning,⁴ kan penge lettere afbrændes ved forøget likviditetsforbrug end ved forøget gældsætning.

H3: Pengeafbrændinger er størst det sidste år før sammenlægningen og sker i højere grad ved forbrug af likvide aktiver end ved gældsætning.

De statslige tiltag har uden tvivl virket dæmpende på de lokale tilbøjeligheder til pengeafbrænding, og den empiriske test nedenfor gennemføres derfor under ufavorable vilkår, idet det undersøges, om der – på trods af de nationale tiltag – har fundet pengeafbrænding sted.

Data og metode

Analyserne baseres på et DiD-design på grundlag af registerbaserede paneldata for alle landets 271 kommuner i perioden 2001-2006. Kommuner delt i forbindelse med kommunalreformen henregnes som udgangspunkt til den nye kom-

mune, der modtager den største andel af den delte kommune. Der ses dog bort fra tre kommuner, som deles over mere end to nye kommuner og/eller ikke har en entydig største andel: Langå, Sønderhald og Ålestrup. Tillige udelades København, Frederiksberg og Bornholm, som før kommunalreformen også havde amtskommunale opgaver samt de to ærøske kommuner, der blev sammenlagt allerede 1.1.2006. Samlet omfatter analysen således 263 kommuner fordelt på 29 fortsætterkommuner og 234 sammenlægningskommuner.

Kommunalreformen kan karakteriseres som et kvasiexperiment (Meyer, 1995), hvor sammenlægningskommuner har modtaget "behandlingen", og fortsætterkommuner har status som kontrolgruppe (Lassen og Serritzlew, 2011). DiD-designet udnytter kvasiexperimentet til at teste, om der er forskel på forskellen mellem sammenlægnings- og fortsætterkommuner, før og efter kommunerne havde vished om kommunalreformens komme. Altså om likviditetsforbrug og gældsætning har ændret sig mere i sammenlægnings- end i fortsætterkommuner. For en mere udfoldet og formaliseret fremstilling af DiD-designet henvises til Hinnerich (2009), Jordahl og Liang (2010), Hansen (2012a) og Lassen og Serritzlew (2011). Som anbefalet af Williams (2000) estimeres regressionsmodellerne med robuste standardfejl (clustered på kommuneniveau) for at tage højde for, at restleddene i de enkelte kommuner kan være korrelerede over tid.

Datagrundlaget for analysens afhængige variable er kommunernes likvide aktiver og langfristede gæld⁵ ultimo året. Systematiske data for likviditets- og gældsudvikling i løbet af året er ikke tilgængelige, og opgørelsen pr. 31.12 kan være følsom for, om finansielle bevægelser registreres i økonomisystemet lige før eller lige efter årsskiftet. Ikke mindst i forbindelse med slutafregningerne med amterne op til 1.1.2007. Da både sammenlægnings- og fortsætterkommuner overtager amtslige aktiver og passiver, er der imidlertid ikke grund til at antage, at eventuelle forskelle i periodiseringer varierer systematisk mellem disse to grupper af kommuner.

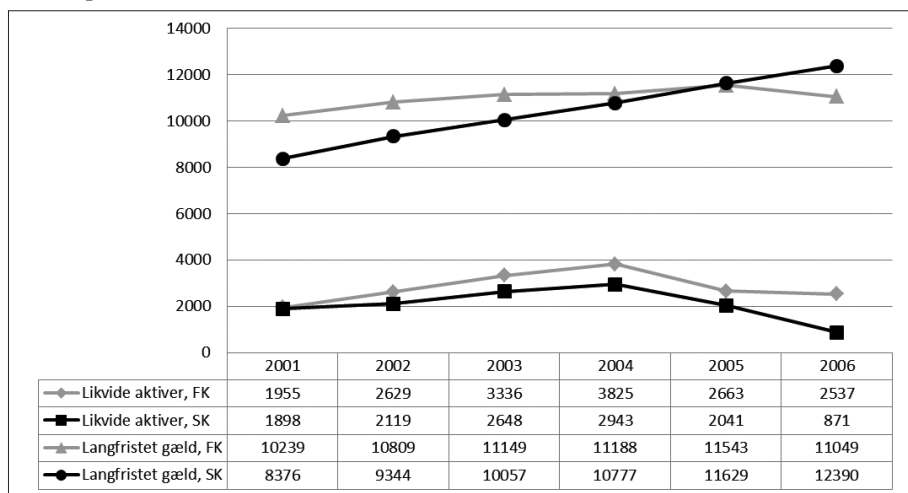
I analysen indgår en række kontrolvariable for andre forhold, som kan have påvirket likviditets- og gældsudviklingen, og som potentielt kan variere mellem eller have udviklet sig forskelligt i fortsætter- og sammenlægningskommuner. Kommunestørrelse indgår som kontrol, da små kommuner er mere økonomisk sårbare end store kommuner (Strukturkommissionen, 2004). Desuden kontrolleres for forskelle i udgiftsbehov og velstand (Boyne, 1996; Mouritzen, 1991), da kommuner med store udgiftsbehov, fattige kommuner og/eller kommuner med forværret økonomisk situation må forventes at opleve større pres på likviditet og gæld end rigere kommuner og kommuner i positiv økonomisk

udvikling. Operationaliseringer og deskriptiv statistik for alle variable fremgår af appendiks.

Deskriptiv analyse af udvikling i likviditet og gæld

Figur 1 tegner et første billede af gælds- og likviditetsudviklingen 2001-2006 og giver mulighed for at undersøge, om DiD-designets forudsætning om ensartede trends i sammenlægnings- og fortsætterkommuner forud for kommunalreformens lancering i 2004 holder (Meyer, 1995; Hinnerich, 2009). Det fremgår, at der var ensartet trend i sammenlægnings- og fortsætterkommuners likviditetsudvikling. Derimod er trendforudsætningen ikke opfyldt for langfristet gæld, idet sammenlægningskommuners gæld øges fra 2001 til 2003, mens den omvendt reduceres i fortsætterkommunerne. Forventningen er, at kontrolvariablene i DiD-analysen vil kunne opfange nogle bagvedliggende strukturelle forklaringer på de forskellige trends, men den deskriptive analyse peger som udgangspunkt på, at DiD-analysen vil producere mere valide estimater for likviditetsudvikling end for gældsudvikling.

Figur 1: Likvide aktiver og langfristet gæld pr. indbygger ultimo 2001-2006 (2007-priser)



Note: Uvægtede gennemsnit for 29 fortsætterkommuner (FK) og 234 sammenlægningskommuner (SK).

Figur 1 viser videre, at sammenlægningskommunerne efter kommunalreformens lancering i 2004 både har øget gældsætningen og reduceret kassebeholdningen mere end fortsætterkommunerne. At likviditetsforbruget er mest

udtalt i sammenlægningskommunerne, ikke mindst i 2006, afspejler delvist omkostninger i forbindelse med sammenlægningen. Sammenlægningsomkostningernes nøjagtige størrelse kendes ikke, men sammenlægningskommunerne havde i 2006 udgifter til sammenlægningsudvalg på gennemsnitligt 160 kr. pr. indbygger og tillige reformudgifter i form af administrative arbejdsgrupper, eksterne konsulenter, begyndende harmonisering af it, telefoni mv. (KREVI, 2009).

Sammenlægningsomkostninger udgør dog næppe hele forklaringen på, at sammenlægningskommunerne i 2006 reducerer kassebeholdningen 1.000 kr. mere end fortsætterkommunerne, og kan ikke være forklaringen på de relative forskelle, hvis det viser sig, at små kommuner har reduceret kassebeholdningen mere end store. Sammenlægningsomkostninger bidrager endvidere ikke til forklaring af øget gældsætning, da driftsaktiviteterne ikke kan lånefinansieres.

DiD-analyse af likviditets- og gældsudvikling

Resultaterne af DiD-analysen vises i tabel 2. I model 1-3 testes, om eksistensen af en common pool har betydning, mens model 4-6, som kun omfatter sammenlagte kommuner, tester, om de indgående kommuners relative størrelse har betydning. I model 1-3 angiver variabelen "sammenlagt" forskellen mellem sammenlægnings- og fortsætterkommuner i analysens udgangspunkt 2001. Det fremgår, at der i 2001 ikke var signifikant forskel på sammenlægnings- og fortsætterkommuners likvide aktiver og langfristede gæld. De efterfølgende DiD-estimatorer viser for hvert enkelt år, hvor meget forskellen mellem sammenlægnings- og fortsætterkommuner har ændret sig i forhold til 2001.

For de likvide aktivers vedkommende fremgår, at sammenlægningskommuners likvide beholdninger ultimo 2003 er reduceret med 727 kr. pr. indbygger mere end fortsætterkommunernes i forhold til 2001. At forskellen er statistisk signifikant indikerer, at der kan have været en anticiperet reaktion på Strukturkommissionens barslende betænkning, selv om ingen kommuner på dette tidspunkt havde vished for, om de skulle lægges sammen og med hvem. Det fremgår videre, at der særligt det sidste år inden sammenlægningen var stort træk på likviditeten i sammenlægningskommunerne, og at likviditeten ved udgangen af 2006 i sammenlægningskommunerne var reduceret med 1.759 kr. mere pr. indbygger end i fortsætterkommunerne sammenlignet med 2001.

Der er ikke signifikant forskel på sammenlægnings- og fortsætterkommuners gæld i årene før 2004. Når der er taget højde for kontrolvariablene med hensyn til økonomiske grundvilkår og den generelle tidstrend, er der med andre ord ensartet trend i sammenlægnings- og fortsætterkommuner forud for visheden i 2004 om, at der ville komme en kommunesammenlægning. I 2004,

2005 og – især – 2006 øger sammenlægningskommunerne deres langfristede gæld signifikant mere end fortsætterkommunerne. Langfristet gæld ser ikke ud til at have haft betydning for, hvem den enkelte kommune har valgt at lægge sig sammen med (Bhatti og Hansen, 2011: 228), men tabel 2 viser, at sammenlægningskommunerne efter forlovelsen har trukket på den fælles pulje og øget gældsætningen.

Pengeafbrændingsbilledet understøttes i analysen af den langfristede nettogæld, og samlet verificeres hypotesen om eksistensen af en common pool. Sammenlægningskommunerne øger deres gæld og reducerer deres likvide aktiver i årene op til sammenlægningerne, ikke mindst det sidste år inden sammenlægningen.

I model 4-6 viser variabelen ”andel af sammenlagt kommunes indbyggere” effekten i 2001 af den indgående kommunes relative andel af den senere sammenlagte kommunes indbyggertal. De signifikante koefficienter viser, at de små kommuner (i de senere sammenlægninger) i 2001 havde færre likvide aktiver og højere gæld end de store kommuner i sammenlægningen. De efterfølgende DiD-estimatorer viser, at der ikke signifikant ændres på dette i årene 2002 til 2004. I 2005 og ikke mindst i 2006 er DiD-estimatorerne derimod signifikante. Jo større andel den indgående kommune udgør af den nye kommunes indbyggere, des mere har kommunen i 2006 øget sine likvide aktiver og reduceret sin langfristede gæld. Formuleret omvendt, så verificeres hypotesen om common pool-størrelsens betydning, da små kommuner i en sammenlægning forbruger flere likvide aktiver og øger gælden signifikant mere end store kommuner.

Kontrolvariablene viser overordnet det forventede. Kommuner med høje udgiftsbehov har mindre likviditet og større gæld, mens omvendt velstående kommuner har større likvide reserver. Samtidig gælder, at jo større den nye kommunes indbyggertal er, des mindre er gælden gennemsnitligt i de kommuner, der indgår i sammenlægningen. For sammenlægningskommunerne (model 4-6) gælder endvidere, at de likvide aktiver er større, jo større den nye kommune er. Årsdummyerne viser den generelle tidstrend i perioden (med 2001 som referenceår) og vidner om, at kommunerne under et i 2003 og 2004 opbygger de likvide beholdninger samtidig med, at der i 2002 og 2003 stiftes mere gæld.

Den overordnede konklusion på tabel 2 er imidlertid, at sammenlægningskommunerne reducerer deres likvide aktiver og øger gælden signifikant mere end fortsætterkommunerne op til sammenlægningen. Ikke mindst i det sidste år før sammenlægningen og ikke mindst i de små kommuner i sammenlægningen.

Ter
 Tabel 2: Likvide aktiver og langfristet gæld ultimo 2001-2006 (2007-priser). Ustandardiserede regressionskoefficienter

	Alle kommuner		Sammenlægningskommuner			
	(1) Likvide aktiver pr. indbygger	(2) Langfristet gæld pr. indbygger	(3) Langfristet nettogæld pr. indb.	(4) Likvide aktiver pr. indbygger	(5) Langfristet gæld pr. indbygger	(6) Langfristet nettogæld pr. indb.
Common pool-eksistens						
Sammenlagt	593,05 (544,52)	464,62 (1139,68)	-128,43 (1395,07)			
Sammenlagt * 2002	-513,39 (357,25)	323,30 (287,95)	836,69* (435,36)			
Sammenlagt * 2003	-726,88* (400,89)	660,88 (485,16)	1387,76** (682,32)			
Sammenlagt * 2004	-849,86* (484,92)	1393,56** (685,95)	2243,42** (917,07)			
Sammenlagt * 2005	-649,00 (422,18)	1934,48** (760,25)	2583,48** (923,99)			
Sammenlagt * 2006	-1758,9*** (517,09)	3272,12*** (806,11)	5031,12*** (903,72)			
Common pool-størrelse						
Andel af sammenlagt kommunes indbyggere				-15,27** (7,05)	62,76*** (17,01)	78,03*** (18,30)
Andel af indb. * 2002				3,15 (5,24)	-2,01 (8,92)	-5,17 (11,37)
Andel af indb. * 2003				1,36 (7,06)	-8,68 (15,75)	-10,04 (18,81)
Andel af indb. * 2004				4,99 (9,59)	-16,12 (17,21)	-21,11 (20,59)
Andel af indb. * 2005				19,19** (9,06)	-23,52 (19,37)	-42,71* (23,09)
Andel af indb. * 2006				39,39*** (9,94)	-39,03* (20,37)	-78,43*** (22,93)

- fortsætter -

	Alle kommuner			Sammenlægningskommuner		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kontrollvariable						
Kommunestørrelse ny kommune (log)	697,13 (459,93)	-5175,4*** (1185,23)	-5872,5*** (1223,79)	1344,43** (577,53)	-2768,14 (1706,05)	-4112,57** (1824,78)
Velstand pr. indb.	38,88*** (10,59)	9,73 (22,40)	-29,15 (26,28)	44,37*** (13,58)	4,46 (26,01)	-39,91 (31,99)
Udgiftsbehov pr. indb.	-173,65** (68,29)	853,90*** (240,58)	1027,54*** (282,30)	-197,23*** (73,95)	849,31*** (273,92)	1046,54*** (319,86)
2002	410,10 (352,66)	699,36*** (253,98)	289,25 (387,98)	-235,85 (207,25)	1117,90*** (305,27)	1353,76*** (354,03)
2003	1299,71*** (388,52)	783,30** (375,28)	-516,41 (589,83)	510,17** (229,89)	1713,73*** (363,42)	1203,55*** (417,98)
2004	1606,10*** (475,00)	504,36 (631,53)	-1101,74 (883,42)	577,15* (321,59)	2395,49*** (490,01)	1818,34*** (588,00)
2005	235,03 (419,16)	453,42 (752,73)	218,39 (934,47)	-1023,0*** (343,80)	3135,36*** (623,59)	4158,33*** (695,11)
2006	243,57 (507,53)	-265,42 (747,02)	-509,00 (862,56)	-2672,6*** (407,49)	4178,05*** (735,77)	6850,67*** (802,87)
Konstant	-1902,31 (3269,09)	-552,73 (10732,31)	1349,59 (11966,15)	-3957,30 (4008,69)	-12127,09 (12159,49)	8169,80 (13587,62)
Observationer	1578	1578	1578	1404	1404	1404
Adj. R ²	0,098	0,169	0,167	0,110	0,168	0,176

Robuste standardfejl i parenteser.

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

I model 1-3 er VIF (Variance Inflation Factor) 6,6-15,5 for årsummyer og DiD-estimatorer, for øvrige kontrollvariable under 2,0. Tilsvarende er VIF i model 4-6 på 5,2-6,2 for årsummyer og DiD-estimatorer og for øvrige kontrollvariable under 1,8. Modellerne indeholder enkelte outliers, men det påvirker ikke resultaterne substantielt, om modellerne estimeres med eller uden disse.

Resultaternes robusthed er testet gennem to sæt supplerende analyser. For det første kan kommunestørrelsen for den nye kommune potentielt være en proxy for antal kommuner i den nye kommune, da disse to variable korrelerer (Pearson $r = 0,4$). Som robusthedstjek er modellerne derfor dels kørt uden variablen kommunestørrelse, dels med en supplerende variabel for antal kommuner i sammenlægningen. DiD-estimatorernes niveau og signifikans påvirkes ikke af dette. Det absolutte antal kommuner i en sammenlægning har endvidere ingen betydning for likviditets- og gældsudviklingen, når der er kontrolleret for kommunernes relative størrelse.

For det andet kan analyser af etårige ændringer være følsomme for årlige udsving i anlægsudgifter og langfristet gæld, blandt andet fordi anlægsudgifter udgiftsføres i det år, hvor udgiften forfalder. En supplerende analyse (ikke vist) er derfor gennemført af den samlede udvikling fra ultimo 2003 til ultimo 2006, dvs. perioden fra sidste regnskab inden kommunerne fik vished for kommunalreformens komme, til sidste regnskab inden sammenlægningen. Analysen bekræfter resultaterne i tabel 2 og viser for det første, at jo større initialkasseseholdningen er i 2003, des større er likviditetsforbruget samtidig med, at kommuner med stor initialgæld er mindre tilbøjelige til yderligere gældsætning i perioden.

Analysen bekræfter for det andet, at uagtet hvordan kommunens økonomi var før lanceringen af kommunalreformen, og hvordan økonomien udvikler sig frem mod den faktiske sammenlægning, så øger sammenlægningskommunerne i højere grad end fortsætterkommunerne deres gældsætning og likviditetsforbrug op til sammenlægningen – og det gælder i særlig grad de mindste kommuner i sammenlægningen.

Konklusion og perspektivering

Med afsæt i at common pool-litteraturen ikke har et veldefineret styringsfokus, er der i artiklen argumenteret for, at det centrale styringsfokus ved kontinuerede common pool-konstruktioner er udgiftsstyring, mens det ved en sammenlægningspool er den finansielle styring, idet de finansielle aktiver ved sammenlægningen udgør en engangsbetaling til den nye kommunes fælles pulje. I forlængelse heraf har artiklen adresseret spørgsmålet om pengeafbrænding gennem en analyse af gælds- og likviditetsudviklingen i de danske kommuner op til kommunalreformen med fokus på perioden efter lanceringen af kommunalreformen i 2004 og frem til sammenlægningerne pr. 1. januar 2007.

Den empiriske analyse viser, at både tilstedeværelsen og størrelsen af en sammenlægningspool har betydning. De danske kommuner bruger i løbet af 2005 og 2006 store dele af den tidligere opsparede likviditet. Likviditetsforbruget

finder i særdeleshed sted i sammenlægningskommunerne, og til trods for de nationale tiltag for at forhindre pengeafbrænding øger sammenlægningskommunerne samtidig deres gældsætning mere end fortsætterkommunerne.

Analysens overordnede konklusion er dermed, at sammenlægningskommuner i højere grad end fortsætterkommuner har brændt penge af, og at pengeafbrændingen både sker gennem øget gældsætning og større forbrug af kassebeholdningen. Ikke mindst sidste år inden sammenlægningen. Pengeafbrændingen betyder, at de nye, sammenlagte kommuner blev født med ringere finansielle forudsætninger, end de ville have haft, hvis ikke de skulle bære den finansielle byrde efter pengeafbrændingen før lukketid.

Pengeafbrændingen i sammenlægningskommunerne var endvidere mest udbredt i de små kommuner i sammenlægningen, mens de store kommuner var mere tilbageholdende med at dræne kassebeholdningen og forøge gælden.

At pengeafbrændingen finder sted på trods af stærke nationale tiltag for at forhindre pengeafbrænding understøtter, at common pool-problemet er en relevant og økonomisk presserende kommunesammenlægningsproblemstilling. Intet taler for, at lignende pengeafbrænding ikke vil finde sted ved sammenlægninger af politiske beslutningsenheder på andre tider eller i andre nationale kontekster.

Da kommunesammenlægninger ikke er hverdagskost, er et centralt spørgsmål naturligvis, om resultaterne også kan overføres til administrative sammenlægninger som fx fusioner af to eller flere forvaltninger, styrelser eller uddannelsesinstitutioner. På den ene side tilsiger artiklens teoretiske overvejelser om sammenlægningspools, at der er mindre risiko for pengeafbrænding ved administrative fusioner, da der ikke indgår lokalt forankrede politiske enheder med incitament til at tilgodesee egne borgere inden sammenlægningen, ligesom administrative enheder har færre beføjelser og incitament til at foretage anlægsinvesteringer før lukketid, da udgiftstyngden typisk er på driftsudgifter og sjældent omfatter årlige selvdisponerede anlægsbudgetter.

På den anden side kan incitamenterne til driftsmæssig pengeafbrænding være større, da ansættelser og driftsudvidelser finder sted i den besluttende administrative enhed og ikke i samme udstrækning på decentraliserede serviceområder. Tillige vil en administrativ enhed i mindre udstrækning risikere, at driftshamstringer før lukketid efterfølgende rulles tilbage som følge af en efterfølgende politisk harmonisering af serviceniveau på de enkelte serviceområder. Ansættelses- og indkøbsstop kan i denne situation være virksomme midler til imødegåelse af pengeafbrænding, men typisk vil det ved administrative fusioner være vanskeligere at opstille præcise spilleregler sanktioneret af en hierarkisk overordnet enhed.

Sandsynligheden for pengeafbrænding ved administrative fusioner vil dermed afhænge af balancen mellem de institutionelle incitamenters til og muligheder for at udvide driften på den ene side og styrken af de reguleringsmæssige tiltag for at modvirke driftsudvidelser før lukketid på den anden.

Holder vi os til sammenlægningen af politiske enheder i 2007, er konklusionen, at David og Goliats ”kassekamp” op til kommunesammenlægningerne endte med, at David pengeafbrændingsmæssigt snød Goliat på målstregen. Goliat var dog ingenlunde tilskuer til kampen, men deltog også selv med succes i pengeafbrændingen.

Noter

1. Tak til Jens Blom-Hansen, Sune Welling Hansen og Yosef Bhatti for værdifulde kommentarer til tidligere udgaver, til to anonyme bedømmere samt til Line Steinmejer Nikolajsen for et stort indledende data- og analysearbejde.
2. Som supplement til budgetoverskridelser på driftssiden analyserer Blom-Hansen (2010) også budgetoverskridelser på anlægssiden, mens Hansen (2012b) ikke alene analyserer budgetoverskridelser men også analyserer den samlede udvikling i såvel drifts- som anlægsudgifter. Begge forfattere argumenterer dog på forskellig vis for, at budgetoverskridelser er det mest relevante mål for pengeafbrænding (Blom-Hansen, 2010: 57; Hansen, 2012a: 164). Argumentet i indeværende analyse er, at betalingen til den fælles pulje udgøres af kommunens likviditet og gæld, og at hverken likviditets- og gældsudviklingen eller det samspil mellem indtægter, drifts- og anlægsudgifter, som er bestemmende for denne, indgår i Blom-Hansens og Hansens design.
3. I et tidligere mere omfattende studie analyserer Hansen (2011: 265) endvidere kortfristede tilgodehavender.
4. Ifølge den kommunale lånebekendtgørelse kan kommunerne alene optage lån til anlægsprojekter.
5. Kortfristet gæld og tilgodehavender er mere følsomme og mindre relevante finansielle poster. Mindre relevante fordi disse poster altovervejende udgøres af mellemregninger med stat, kirke, regioner og andre kommuner, som kommunerne ikke har mulighed for at ”brænde af” op til en kommunesammenlægning. Følsomme fordi status ultimo året let påvirkes af, om afregning af fx refusioner og skyldige omkostninger konteres lige før eller lige efter den 1. januar.

Litteratur

Bergmann, Andreas (2009). *Public Sector Financial Management*. London: FT Prentice Hall.

- Bhatti, Yosef og Kasper Møller Hansen (2011). Who "marries" whom? The influence of societal connectedness and political homogeneity, and population size on jurisdictional consolidations. *European Journal of Political Research* 50: 212-238.
- Blom-Hansen, Jens (2010). Municipal Amalgamations and Common Pool Problems. The Danish Local Government Reform in 2007. *Scandinavian Political Studies* 33 (1): 51-73.
- Boyne, George A. (1996). *Constraints, Choices and Public Policies*. London: JAI Press.
- ECO Analyse (2006). *Teknisk vejledning til ECO Nøgletal*. <http://www.eco.dk/teknisk/tekniskvejledning2006.pdf> (20. september 2012).
- Elm-Larsen, Rolf (2007). *Forvaltningsrevision. Begreb, teori og proces*. 2. udg. København: Samfundslitteratur.
- Flynn, Normann (2012). *Public Sector Management*. 6. udg. London: Sage.
- Hansen, Sune Welling (2011). *Towards Genesis or the Grave. Financial Effects of Local Government Mergers*. Odense: Ph.d.-afhandling, Syddansk Universitet.
- Hansen, Sune Welling (2012a). Loven om 1 over n og kommunesammenlægningerne i 2007. *Politica* 44 (2): 160-183.
- Hansen, Sune Welling (2012b). Common pool size and project size: an empirical test on expenditures using Danish municipal mergers. *Public choice* (early print), <http://link.springer.com/article/10.1007/s11127-012-0009-y#> (6. april 2013)
- Hinnerich, Björn Tyrefors (2009). Do merging local governments free ride on their counterparts when facing boundary reform? *Journal of Public Economics* 93: 721-728.
- Houlberg, Kurt (1999). Budgetoverskridelsernes anatomi. En analyse af forskelle i danske kommuners overholdelse af budgetterne. *Nordisk Administrativt Tidsskrift* 3: 200-232.
- Jordahl, Henrik og Che-Yuan Liang (2010). Merged municipalities, higher debt: on free-riding and the common pool problem in politics. *Public Choice* 143: 157-172.
- KREVI (2009). *Kommunernes økonomi efter kommunalreformen. Budgetoverholdelse og administrative udgifter*. NIRAS Konsulenterne for KREVI.
- Lassen, David Dreyer og Søren Serritzlew (2011). Jurisdiction size and local democracy: evidence on internal political efficacy from large-scale municipal reform. *American Political Science Review* 105: 238-258.
- Meyer, Bruce D. (1995). Natural and quasi-experiments in economics. *Journal of Business and Economic Statistics* 13 (2): 151-61.
- Mouritzen, Poul Erik (1991). *Den politiske cyklus*. Aarhus: Politica.
- Mouritzen, Poul Erik (2009). Strukturkommissionen: mellem politik og faglighed, pp. 165-188 i Jørgen Grønnegaard Christensen, Poul Erik Mouritzen og Asbjørn Sonne Nørgaard, *De store Kommissioner: Vise mænd, smagsdommere eller nyttige idioter?* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

- Olson, Mancur (1971). *The Logic of Collective Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pollitt, Christopher og Geert Bouckaert (2011). *Public Management Reform*. 3. udg. Oxford: Oxford University Press.
- Primo, David M. og James M. Snyder (2008). Distributive politics and the law of 1/n. *The Journal of Politics* 70 (2): 477-486.
- Rigsrevisionen (2012). *God statslig økonomistyring*. www.rigsrevisionen.dk/composite-497.htm#VI (20. september 2012).
- Rubin, Irene S. (2010). *The Politics of Public Budgeting: Getting and Spending, Borrowing and Balancing*. 6. udg. Washington: QC.
- Serritzlew, Søren (2005). Breaking budgets: an empirical examination of Danish municipalities. *Financial Accountability & Management* 21 (4): 413-435.
- Strukturkommissionen (2004). Strukturkommissionens betænkning. Bind 1. Hovedbetænkningen. *Betænkning nr. 1434*. Strukturkommissionen, januar 2004.
- Velasco, Andres (2000). Debts and deficits with fragmented fiscal policymaking. *Journal of Public Economics* 76: 105-125.
- Veiga, Linda G. og Francisco J. Veiga (2007). Political business cycles at the municipal level. *Public Choice* 131 (1-2): 45-64.
- Von Hagen, Jürgen (2007). Budgeting institutions for better fiscal performance, pp. 27-51 i Anwar Shah (red.), *Budgeting and Budgetary Institutions*. Washington, DC: World Bank.
- Weingast, Barry R., Kenneth A. Shepsle og Christopher Johnson (1981). The political economy of benefits and costs: a neoclassical approach to distributive politics. *Journal of Political Economy* 89: 642-664.
- Wildavsky, Aron og Naomi Caiden (1997). *The New Politics of the Budgetary Process*. New York: Longman.
- Williams, Rick L. (2000). A note on robust variance estimation for cluster-correlated data. *Biometrics* 56: 645-646.

Appendiks: Operationaliseringer og deskriptiv statistik

Variabel	Operationalisering	Min.	Maks.	Gns.	Std. afv.
Sammenlagt	Dummy: 1 for sammenlægningskommune, 0 for fortsættende	0	1	,89	,313
Andel af sammenlagt kommunes indbyggere	Sammenlægningskommunens andel af den nye sammenlagte kommunes samlede indbyggertal (pct.)	4,3	84,7	27,6	18,9805
Kommunestørrelse ny kommune (log)	Den nye kommunes samlede indbyggertal (pct.)	3,320	5,471	4,678	,244883
Likvide aktiver pr. indb.	Hovedfunktion 9,22 (likvide aktiver) i kommunens balance ultimo året, opgjort pr. indbygger	-9274	15926	2167,96	2589,59
Langfristet gæld pr. indb.	Hovedfunktion 9,55 (langfristet gæld) i kommunens balance ultimo året, opgjort pr. indbygger	0	49625	10491	5800,73
Langfristet nettogæld pr. indb.	Langfristet gæld pr. indb. - likvide aktiver pr. indb. (jf. ovenfor)	-12488	57094	8323	6777,04
Udgiftsbehov pr. indb.	De af Indenrigs- og Sundhedsministeriet opgjorte udgiftsbehov i de enkelte år, med udgiftsbehovsvægte for 2000 anvendt for alle år og opregnet til 2007-priser	31388	45234	37082	1933,29
Velstand pr. indb. (i 1000 kr.)	Defineret ved ressourcegrundlag, som måles som beskatningsgrundlag korrigeret for udligning og generelle tilskud, øvrige skatter samt nettorente- og afdragsudgifter (ECO Analyse, 2006)	121,5	253,9	173,7	15,2260

Alle økonomiske variable opgjort i 2007-priser. N = 263 for supplerende ændringsvariable, N = 1404 for andel af sammenlagt kommunes indbyggere og N = 1578 for øvrige variable.

Anmeldelse

Hussein Kassim, John Peterson, Michael W. Bauer, Sara Connolly, Renaud Dehousse, Liesbet Hooghe og Andrew Thompson, *The European Commission of the Twenty-First Century*, Oxford: Oxford University Press, 2013, ISBN 978-0-19-959952-3, xvii + 381 sider.

EU-forskningen har været på fremmarch de senere år, men den har omfattet forbløffende få studier af EU-systemets centrale udøvende organ, EU-Kommissionen. Det råder denne bog bod på. Den giver et detaljeret og indsigtsfuldt portræt af EU-Kommissionen i tiden efter årtusindeskiftet og efter EU's store østudvidelse i 2004 og 2007.

Bogen bygger på en kombination af to datakilder. Dels en spørgeskemaundersøgelse af alle kabinetsmedlemmer, alle top- og mellemledere samt et repræsentativt udsnit af akademisk fuldmægtige (N = 4.621; svarprocent = 41). Dels personlige interviews med fem kommissærer, 29 kabinetsmedlemmer, 42 topledere og 77 mellemledere. Til dette ret unikke datamateriale kan man lægge, at forfatterholdet består af nogle af feltets mest erfarne observatører af EU-Kommissionen. Alt i alt er der grund til at skrue forventningerne op fra starten.

Bogen fokuserer på fem udvalgte temaer: de ansattes baggrund og karrieremønstre, netværk blandt de ansatte, de ansattes holdninger, ledelse og koordination i EU-Kommissionen og endelig håndtering af store udfordringer, hvor fokus er på Kinnock-Prodi reformerne i starten af 00'erne og på den store østudvidelse.

Det første tema om de ansattes baggrund og karrieremønstre behandles i et langt og grundigt kapitel. Mange interessante mønstre afdækkes. EU-Kommissionens akademiske personale er højtuddannet og kosmopolitisk. 70 pct. har en højere uddannelse end den krævede bachelorgrad, og 58 pct. har studeret i mere end ét land. To tredjedele af de ansatte har en samfundsvidenskabelig uddannelse, mens (næsten) resten har en naturvidenskabelig uddannelse. Kapitlet indeholder også en analyse af det delikate nationalitetsspørgsmål i EU-Kommissionen. Der præsenteres analyser, der nuancerer det velkendte forhold, at de store lande, især England og Tyskland, er underrepræsenterede blandt EU-Kommissionens ansatte. Men der afrapporteres også nye analyser, der viser, at tidligere tiders uformelle kvotesystem for topembedsmændene – hvorefter fx generaldirektøren i Landbrugsgeneraldirektoratet gerne skulle være en franskmænd – er under kraftig afvikling.

Temaet om de ansattes netværk tager udgangspunkt i EU-Kommissionens formelle struktur, som på den ene side er meget formalistisk, på den anden side omskiftelig, fordi den ofte omorganiseres. På den baggrund undersøger bogen, hvordan de ansatte til daglig manøvrerer i organisationen og får tingene til at glide. Svaret for langt de fleste ansatte er, at de bruger deres personlige netværk. Andre undersøgelser har indikeret, at nationalitet ikke længere er så betydningsfuldt i denne sammenhæng, men bogen påviser med sit omfattende datamateriale, at det langt hen ad vejen er en myte. De ansatte netværker i vidt omfang med folk af samme nationalitet.

Det tredje tema om de ansattes holdninger afdækker mange interessante mønstre i opfattelsen af EU's rolle og EU-Kommissionens position, og herunder i hvilket omfang disse opfattelser er afhængige af nationalitet og institutionel placering. Fx påvises det, at de ansatte på den ene side i et vist omfang er enige om, at EU-Kommissionen bør styrkes, men på den anden side langt fra udgør nogen forenet supranational front mod medlemsstaterne.

Det fjerde tema om ledelse og koordination i EU-Kommissionen behandles i to grundige kapitler. Det første sætter luppen på EU-Kommissionens formand og analyserer spørgsmålet om præsidentialisering af formandsposten. Oprindeligt var formanden en *primus inter pares*. Men delvis på grund af formelle traktatændringer i rollens indhold, delvis på grund af den måde forskellige formænd har løftet rollen på, er der sket en betydelig styrkelse af formandsrollen over tid. Det påvises, hvordan Barroso har videreført denne udvikling efter den store østudvidelse. Midlerne har været en tæt alliance med EU-Kommissionens Generalsekretariat, afnationalisering af de enkelte kommissærers kabinetter og personligt lederskab af EU-Kommissionens centrale initiativer. Det andet kapitel undersøger, hvordan sager koordineres på tværs i EU-Kommissionen. Udgangspunktet tages i den velkendte koordinationsudfordring: Generaldirektoraterne er parallelle hierarkier med stærke organisationskulturer, organisationen er multinational, og kollegiet af kommissærer udgør langt fra noget sammentømret hold. De enkelte kommissærer kender typisk ikke hinanden, når de starter, og de er ikke bundet sammen af en fælles ideologi eller nogen partiorganisation. Men bogen viser, at tværgående koordination i EU-Kommissionen er overraskende effektiv. Det tilskrives tre forhold: afnationalisering af kabinetterne, Generalsekretariatets aktivistiske rolle og Barrosos kontante ledelse af kommissærkollegiet. Analysen af ledelse og koordination er bogens klart stærkeste del. Den er hele bogen værd.

Det femte tema om EU-Kommissionens håndtering af store udfordringer behandles i to casestudier. Det ene er af den omfattende administrative reform, som Kinnock gennemførte under Prodi i starten af 00'erne. Reformen blev

igangsat på baggrund af den skandale, som førte til Santer-Kommissionens fald. Den tog på mange måder livtag med EU-Kommissionens personalepolitik og økonomisystemer. Bogen redegør omhyggeligt for reformens indhold. På den ene side viser analysen, at reformen udgør et vendepunkt i EU-Kommissionens historie. På den anden side viser analysen af survey- og interviewdataene også, at reformen langtfra er accepteret i alle dele af organisationens maskinrum. Også i EU-Kommissionen må reformatorer kæmpe mod institutionel træghed. Det andet casestudie er af østudvidelsens betydning for EU-Kommissionen. På den ene side var der tale om en traditionel udfordring, for EU-Kommissionen har efterhånden håndteret mange udvidelser. På den anden side havde denne udvidelse et usædvanligt omfang. EU har aldrig tidligere optaget 12 nye medlemslande på (næsten) én gang. EU-Kommissionen fik tilført 4.000 nye medarbejdere fra optagelseslandene svarende til en udvidelse af staben med 16 pct. Casestudiet viser, at dette ikke er sket uden omkostninger. Fx mener et stort flertal, især af medarbejdere fra de gamle medlemslande, at udvidelsen har forringet EU-Kommissionens organisationskultur. Omvendt er udvidelsen på mange måder gået glat. En del af grunden er nok, at de nye medarbejdere ikke er specielt repræsentative for befolkningen i deres hjemlande. Bogen påviser, at de i vidt omfang er kvinder, de er unge, og hele 70 pct. af dem har studeret i udlandet.

Alt i alt indfris mange af de forventninger, man kan have til en bog med så kompetent et forfatterhold udrustet med så gode data. Men bogen er ikke uden skønhedspletter. Den er skrevet som en monografi, men det er ikke helt lykkedes at skabe et jævnt produkt. Skrivestilen varierer mellem kapitlerne. Afrapporteringen af analysen af de omfattende data er ikke lige heldig alle steder. Fx er kapitel 5 stort set ulæseligt, fordi analysegenstanden – en idealtypisk ansat konstrueret ud fra surveydataene – slet ikke er forklaret. Andre steder er balancen mellem kapitler og bilag uheldig. For at følge med i analyserne må læseren ofte sidde med en finger i det 50 sider lange tekniske appendiks. Men disse kritiske bemærkninger skal ikke skygge for bogens stærke sider. Bogen er en tour de force i EU-Kommissionens virke. Datagrundlaget er usædvanlig stærkt og afdækker genuint nyt. Forfatterteamet er stærkt, hvilket fx viser sig ved, at hvert af bogens temaer indledes med en grundig og informativ redegørelse for foreliggende forskning og for den historiske udvikling. For folk, der interesserer sig for EU-forhold, er bogen uomgængelig.

Jens Blom-Hansen
Institut for Statskundskab
Aarhus Universitet

Abstracts

Andreas Albertsen

Out of pocket payments, waiting lists and taxes: personal responsibility in health?

The idea of personal responsibility is a prominent feature of political and ethical debates about health and healthcare. One to understand this is that if people are responsible for living a lifestyle which means considerable risk to their health, they must bear the consequences. Though intuitively appealing, the idea of personal responsibility in health has met strong opposition. It is often suggested that it overlooks social determinants in health and would leave the imprudent to a harsh fate or introduce intrusive measures to access and determine the extent of people's contribution to their own bad health. A natural entry point to this discussion is the choice sensitive theory of luck egalitarianism. This enables a discussion of whether and to what extent different ways of holding people responsible for the consequences of their risky choices avoid the criticisms often raised against personal responsibility in health. However, it turns out that the appeal of the different approaches is very much dependent on the contexts in which we seek to introduce them.

Martin Marchman Andersen

Why are social inequalities in health unjust?

In her famous article "The concepts and principles of equity and health", Margaret Whitehead defines inequity in health as "a variance in health status that is avoidable, unnecessary and seems unfair in the context of what is going on in the rest of the society". I argue that this definition is implausible; that welfare luck egalitarianism should be our ideal of distributive justice; that at the most fundamental level people are never responsible for anything in such a way that appeals to individuals' own responsibility can justify inequalities in welfare; and finally that social inequality in health is a problem since it correlates with inequality in welfare no matter which (plausible) theory of welfare we apply.

Søren Flinch-Midtgaard

Paternalism, government efforts to change life-styles, and equality

People's life-styles or their health choices importantly affect their general health. Furthermore, there is a social gradient in these choices such that people in relatively disadvantageous social positions tend to make worse choices with regard to their health than people in more advantageous positions. The consequence is deep inequalities in health. The state, to the extent it is part of its role to prevent harm and to reduce inequality, appears obliged to try to influence people's health choices in the interest of their own health and general well-being. However, the state acting to prevent people from harming themselves is notoriously controversial, at least to liberals. It amounts to paternalism – something liberals have traditionally been loath to accept. Furthermore, the equality-generating credential of the available policy measures is in some cases doubtful. To assess the problem of paternalism in relation to government efforts to change life-styles, partly with the aim of reducing inequalities in health, we need a clear notion of paternalism. The latter may, roughly, be seen as follows: A acts paternalistically in relation to B, if, and only if, (a) A restricts B's liberty; (b) A does so against B's will; (c) A does so in B's interest; (d) A's behavior cannot be justified without counting its beneficial effects to B in its favor. According to this conception, when the government informs citizens of the danger involved in certain types of health-related conduct, it is not acting paternalistically. However, campaigns may in fact increase rather than decrease inequality of health (because the worse off are less responsive to such measures than the better off). Nudging, on the other hand, stands a better chance of reducing inequality in health. However, nudging policies are less uncontroversial in terms of the problem of paternalism than their proponents are inclined to think. More familiar measures aiming to make the health-endangering behavior more expensive and/or difficult or outright prohibiting it stand a good chance of reducing inequalities, whilst not being more controversial than nudging policies (perhaps less) in terms of the paternalism they involve.

Lasse Nielsen

Fair equality of opportunity and health

Norman Daniels' theory of "Just Health" is among the most comprehensive and acclaimed theories of distributive justice in health and health care. At the heart of Daniels' theory is the extension of Rawls' principle of fair equality of opportunity to concern also inequalities in opportunities related to different

states of health. Although fairly plausible, Daniels' theory does face some problems. First, it relies on a flawed definition of health. Second, it lacks a sound argument for the importance of its suggested central health needs. Finally, it does not succeed in accounting for the special importance of health. Drawing on elements from Amartya Sen's Capabilities Approach, Daniels' theory can be bolstered to deal with these problems and, thus, the outlook for fair equality of opportunity in regard to health and health care would be significantly strengthened.

Thomas Søbirk Petersen

Too old for treatment? Should women over 45 have access to artificial insemination?

Should it be legal for health care professionals in the Danish healthcare system to help women over 45 with assisted reproductive techniques such as in vitro fertilization, which is illegal according to Danish law? The article conducts a critical discussion of central arguments for and against the law. Arguments for the law are based on premises that emphasize the concern for mother and child and that the present law aims to regulate behavior in a way that encourages women to have children while they are young. Arguments against the law emphasize that the law is contrary to a central egalitarian principle in the Danish healthcare system and one of the UN's human rights. The article concludes that, based on an analysis of the discussed arguments, there are good moral and pragmatic reasons to change the current Danish law to make assisted reproduction for women over 45 legal.

Thorbjørn Sejr Nielsen og Christian Vestergaard

Municipal size and democracy – the effect of municipal size on the citizens' perception of external political efficacy

The Danish municipal reform in 2007 increased the average population size in the Danish municipalities significantly. Ahead of the reform, the Structure Commission, which composed the grounds for the decision of the reform, predicted that there would be no democratic consequences of the suggested amalgamations. Based on a cross-sectional study with data from the 2009 Municipal Election we question this assertion. Specifically, we examine the correlation between municipal size and citizens' perception of external political efficacy. This is interesting because external political efficacy is known to express a diffuse commitment to the political system, which is central to the legitimacy

of a democratic government. We find that the perception of external political efficacy is lower in large municipalities, which challenges the Structure Commission's conclusions.

Kurt Houllberg

David and Goliath with the fingers in the till before closing time. Debt and liquidity management in Danish municipalities facing amalgamation

The Danish Structural Reform in 2007 amalgamated 239 municipalities into 66 municipalities while leaving 32 municipalities unchanged. For municipalities facing amalgamation the tax base of the new amalgamated municipality represents a common pool resource, and in order to prevent opportunistic behavior before closing time the national government took a number of regulatory initiatives in the pre-reform years. Differentiating between political incentives in a continuous common pool context and an amalgamation pool context, this article utilizes a Difference-in-Difference design and empirically finds that the national initiatives were not sufficient to prevent amalgamating municipalities from draining liquid assets and increasing long-term debt before closing time. Opportunistic behavior was pervasive, especially the last year before amalgamation and especially in the smaller municipalities of each amalgamation.

Om forfatterne

Andreas Albertsen, cand.scient.pol., ph.d.-studerende ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Arbejder med de normative aspekter ved at anvende held-egalitarisme til prioriteringer i sundhedsvæsenet og sundhedspolitikken. Det indebærer et arbejde med temaer som ulighed i sundhed samt spørgsmålet om personligt og samfundsmæssigt ansvar for individers helbred. Har udgivet artikler i *Journal of Forensic Odonto-Stomatology* og *Politica*, og artikler er accepteret til snarlig udgivelse i *Journal of Medicine and Philosophy* og *Ethical Theory and Moral Practice*. E-mail: aba@ps.au.dk

Martin Marchman Andersen, post.doc., Institut for Medier, Erkendelse og Formidling, Københavns Universitet. Har senest publiceret i *Ethical Perspectives*, *Journal of Public Health* og *Journal of Public Health Ethics*. E-mail: mmarch@hum.ku.dk

Kurt Houllberg, cand.scient.pol., ph.d., programchef i KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. Har forskningsmæssigt særligt interesseret sig for samspillet mellem kommunernes rammebetingelser, politiske styring og økonomiske politik, herunder lokalpolitiske budgetcykler og kommunestørrelsens betydning for effektivitet og demokrati. E-mail: kuho@kora.dk

Søren Flinch Midtgaard, lektor, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Har blandt andet publiceret i *Basic Income Studies*, *Analyse & Kritik*, *Acta Politica*, *Journal of Applied Philosophy*, *SATS*, *Danish Yearbook of Philosophy* samt *Croatian Journal of Philosophy*. Har endvidere skrevet flere introducerende bidrag om John Rawls' retfærdighedsteori. Arbejder i øjeblikket med temaer inden for paternalisme. E-mail: midtgaard@ps.au.dk

Lasse Nielsen, videnskabelig assistent, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Arbejder med studier af politisk etik og retfærdighed i sundhedspolitik, særligt med fokus på anvendelsen af kapabilitetsteorien som fordelings-

standard. Har publiceret i fx *Medicine, Health Care, and Philosophy*, *Ethical Perspectives* samt *Sats*. E-mail: lassen@ps.au.dk

Thorbjørn Sejr Nielsen, stud.scient.pol., Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Særlig interesse for metode og offentlig forvaltning. Skriver speciale om organisering, ledelse og effektivitet på gymnasieområdet. Email: 20083289@post.au.dk.

Thomas Søbirk Petersen, ph.d., lektor i Praktisk Filosofi, Institut for Kultur og Identitet ved Roskilde Universitet. Forsker primært inden for anvendt etik, i særdeleshed inden for bioetik og straffetik. Har publiceret i talrige internationale antologier og tidsskrifter, fx *Bioethics*, *Criminal Law and Philosophy*, *Journal of Medical Ethics*, *Journal of Global Ethics*, *Journal of Happiness Studies* og *Theoria*. Seneste bøger er *Klima og etik* (medredaktør) 2011 og *New Ways in Applied Ethics* (medredaktør) 2007. E-mail: thomasp@ruc.dk

Christian Vestergaard, stud.scient.pol., Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Arbejder sideløbende som juniorkonsulent ved Epinion. Særlig interesse for reformer af den offentlige sektor og effekterne heraf for offentlige ansattes arbejds motivation. Email: 20083243@post.au.dk eller cv@epinion.dk