

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 sundhedsydelse) 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 Grønback 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)