



**Et venligt skub?**

**Etisk baggrundsnotat**



**DET  
ETISKE  
RÅD**

# Et venligt skub?

Etisk baggrundsnotat

**Det Etiske Råd  
2016**

Dette baggrundsnotat er udarbejdet til Det Etiske Råds arbejde med *Et venligt skub?*.  
Se mere på [www.etiskraad.dk/etvenligtskub](http://www.etiskraad.dk/etvenligtskub)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>HVORFOR FOLKESUNDHEDSINTERVENTIONER?</b>	<b>4</b>
FORMÅL: SKJULT PÅVIRKNING ELLER REFLEKTERET STILLINGTAGEN?	5
ETISKE DILEMMAER	8
TRE ETISKE PERSPEKTIVER PÅ FOLKESUNDHEDSINTERVENTIONER	9
<b>AUTONOMI OG PATERNALISME: TO SUNDHEDSETISKE PARADIGMER</b>	<b>13</b>
<b>AUTONOMI</b>	<b>14</b>
Autonomi og påvirkning af sundhedsadfærd	14
Kan mennesker være frie og kompetente?	18
Informeret samtykke	19
Grænser for autonomi?	20
<b>PATERNALISME</b>	<b>21</b>
Individuel relation	21
Kollektiv relation	22
Nudgning	23
Libertariansk paternalisme	26
<b>GRÆNSER FOR PÅVIRKNING – TRANSPARENS OG TILLID</b>	<b>28</b>
Skjult påvirkning og tillid	30
<b>AFVEJNING AF HENSYN</b>	<b>32</b>
<b>INTERVENTIONSSTIGEN</b>	<b>32</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>33</b>

## HVORFOR FOLKESUNDHEDSINTERVENTIONER?

Folkesundhedsinterventioner er ”kollektive interventioner, der har som formål at fremme og beskytte befolkningens sundhed.”<sup>1</sup>

Folkesundhedsinterventioner, sådan som begrebet bruges her, henvender sig til borgere snarere end patienter – i forsøget på at fremme deres helbredstilstand og livslængde. Det betyder, at henvendelse sker på myndighedernes initiativ.

Der er tale om indsatser, som de fleste borgere billiger, fordi de har en generel interesse i at begrænse risikoen for sygdom. Flere mener, at sundhed er blevet en stadig vigtigere værdi for mange.<sup>2</sup> Interventioner kan også være samfundsøkonomisk begrundede eller have som formål at udligne sundhedsmæssig ulighed. Den rigeste fjerdedel af den danske befolkning lever i dag 10 år længere end den fattigste fjerdedel.<sup>3</sup>

Fordi tiltagene initieres af myndighederne, stiger sandsynligheden for, at noget gøres til et problem, som borgeren ikke ellers ville have oplevet som problematisk, og en eventuel opprioritering af sundhed kan komme til at fortrænge andre værdier. Interventionerne kan også opleves som utidig indblanding i folks privatliv. Typisk vil store folkesundhedsgevinster kun kunne opnås gennem en kollektive interventioner; herved kan også de, der i virkeligheden ikke ønsker at deltage, komme til at deltage. Disse problemer forstærkes jo mere myndighederne presser på for borgernes deltagelse.

Alle danskere er på forskellige tidspunkter af livet i kontakt med sundhedsvæsenet vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse. Interventioner spænder fra informationskampagner over vaccinationsprogrammer til afgifter, forbud og i sjældne tilfælde tvang. Mere styrende virkemidler kan være mere effektive end virkemidler, der opmuntrer til reflekteret stillingtagen såsom information, debat eller anbefalinger. Til gengæld kan meget styrende virkemidler også medføre stærke modreaktioner.

Grænserne for sundhedsvæsenets indgriben i borgernes liv er løbende til diskussion. I en redegørelse for regeringens syn på forebyggelse til Folketinget svarer Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (13.4. 2016):<sup>4</sup>

*(...) Som sundheds- og ældreminister har jeg [...] det grundlæggende synspunkt, at vi hver især også har ansvar for vores eget liv. Derfor synes jeg også, at der er grænser for statens eller kommunernes indblanding i folks dagligdag og levemåde. Jeg er i forlængelse heraf også enig med min forgænger fra den tidligere regering i, at løftede pegefingre sjældent er den rigtige vej frem på forebyggelsesområdet.*

- 1 Man sonderer gerne mellem *forebyggelse*, der har som sit mere snævre formål at reducere forekomsten af sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død; og *sundhedsfremme*, der har som formål at fremme borgernes sundhedstilstand ved at ændre på borgernes muligheder for at leve sundt i bredere forstand. Se, Dawson & Verweij, 2007; Diderichsen et al., 2014
- 2 ‘*Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*’, Hansen, M. B. & Svendsen, 2005; ‘*Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*’, Sundhedsstyrelsen, 2009a
- 3 ‘*Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*’, Sundhedsstyrelsen, 2014b
- 4 ‘*Sundheds- og Ældreudvalget, Alm. del spm. 350, 2015-16*’, Løhde, 2016

Meget indgribende adfærdsregulerende virkemidler rettet imod ”folks dagligdag og levemåde” er kontroversielle, og kan normalt kun ukontroversielt tages i brug for at forhindre klart skadelig adfærd.<sup>5</sup> Udgangspunktet er, at borgerne gennem reflekteret stillingtagen selv tager ansvar for deres sundhed, men sundhedsvæsenet understøtter i mange sammenhænge denne stillingtagen gennem f.eks. oplysning, rådgivning og anbefalinger.

## FORMÅL: SKJULT PÅVIRKNING ELLER REFLEKTERET STILLINGTAGEN?

Karakteristisk for de virkemidler, Det Ethiske Råd fokuserer på, er, at de er udtryk for mere eller mindre *skjult* påvirkning. Rådets arbejde i denne udtalelse har omdrejningspunkt i brugen af *information*, *rekrutteringsform* og *anbefalinger*, der hver især kan bruges til på en skjult måde at påvirke sundhedsadfærd og deltagelse i folkesundhedsinterventioner:

### ● Vinklet (”framet”) information

Nøgttern oplysning i form af f.eks. oplysningskampagner må i udgangspunktet anses for at understøtte borgernes reflekterede stillingtagen. Det kan ganske vist anføres, at information nødvendigvis altid er vinklet (*framet*) for så vidt, at det altid vil være udtryk for en bestemt vinkel, sortering, forenkling osv., og som dermed må antages at påvirke borgerene mere i én retning end i en anden. Specielt er det svært at kommunikere hurtigt og effektivt uden at vinkle sagen. Alligevel forekommer det klart, at information kan være præsenteret på måder, hvis påvirkningsgrad kan beskrives som etisk problematisk, f.eks. gennem systematisk udnyttelse af modtagerens psykologiske tilbøjeligheder (bias, se neden for) eller manglende forudsætninger.

Det er dog ikke nødvendigvis enkelt at afgøre, hvor styrende en given påvirkning er, eller hvor problematisk dette er. Selv tilsyneladende nøgttern information kan påvirke på en måde, der begrænser eller modvirker reflekteret stillingtagen. Information kan f.eks. være indoktrinerende, dvs. påvirke holdninger gennem massivt fokus på bestemte forhold såsom risikoen ved at spise usundt, solbade eller bevæge sig for lidt.

Risikoinformation er et andet eksempel på tilsyneladende nøgttern information, som på en skjult måde er normsættende, da den implicit rummer en fortolkning af, hvad der f.eks. er ”normalt” eller ”sundt”. Formidlingen af risikofaktorer – f.eks. i form af statistisk præcise tal eller af risikotegn i informationspjecer – kan desuden påvirke sundhedsadfærd og herunder deltagelse i folkesundhedsinterventioner ved at fremstille sygdom som et individuelt ansvar: ”At blive præsenteret for risikofaktorer tvinger individet til at forholde sig til risici og de tilknyttede sundhedsfarer. Når risici oven i købet forbindes til individets livsstilsadfærd, bliver individet selv opfattet som den væsentligste trussel mod sit eget helbred.”<sup>6</sup> En beslutning om at undlade at træffe det ”sunde” valg på baggrund af risikoinformation kan dermed være forbundet med en følelse af, at være ”unormal” eller ”uansvarlig”, selvom den kan være udtryk for en reflekteret stillingtagen.

5 Der er dog undtagelser, som tvungen brug af sikkerhedssele og motorcykelhjelme. Over for børn og unge er der flere forbud som f.eks. ved køb af tobak og alkohol, som dog ikke nødvendigvis er interventioner igangsat inden for sundhedsvæsenet. Inden for sundhedsvæsenet finder tvangsforanstaltninger kun anvendelse inden for epidemi- og psykiatriområdet.

6 ‘Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse’, Hansen, M. B. & Svendsen, 2005

Information kan også udformes sådan, at fordele og ulemper bliver fremstillet på en måde, der egner sig til at fremme bestemte valg. F.eks. viser studier, at brugen af relativ risiko (f.eks. "HPV-vaccination begrænser din livstidsrisiko for at dø af livmoderhalskræft med 70 %") får flere til at vælge deltagelse end absolut risiko (f.eks. "din livstidsrisiko for at få livmoderhalskræft falder fra 1 % til 0,3 %"). Andre studier viser, at læger (evt. ubevidst) har en tendens til at beskrive effekten af behandling i form af "overlevelse" (f.eks. "90 % overlever"), hvis de skønner, at behandling gennemsnitligt er bedre end ikke-behandling; men i form af "dødelighed" (f.eks. "10 % dør"), hvis de vil disanbefale behandling. På den måde kan ordvalget implicit signalere bestemte anbefalinger. Når anbefaling (intenderet eller ej) sker skjult, indskrænkes den påvirkedes mulighed for at tage selvstændigt stilling.<sup>7,8</sup>

Et sidste eksempel er, at information kan påvirke ved at fremstille en bestemt type adfærd som statuspræget eller det modsatte og dermed spille på delvist ubevidst frygt og håb relateret til social anerkendelse.

#### ● **Automatisk deltagelse (opt out)**

Når sundhedsvæsenet *automatisk* indkalder borgere til f.eks. screening (borgene skal gøre noget aktivt for at melde sig ud – såkaldt *opt out*), er der større sandsynlighed for at opnå en høj tilslutning og dermed for at opnå de folkesundhedsgevinster, der er interventionens primære formål.

Adfærdspsykologiske studier har dokumenteret, at automatisk indkaldelse er et godt middel til at fremme en højere tilslutning end aktiv tilmelding. Det skyldes bl.a. at mange forholder sig ukritisk til de valg, der allerede er lagt til rette for dem, og at det ikke kræver en handling for at blive tilmeldt. Det kan også hænge sammen med, at borgerne opfatter automatisk tilmelding som en anbefaling af eller forpligtelse til deltagelse. Især hvis borgerne i høj grad har tillid til, at de valg der er lagt til rette (f.eks. af sundhedsvæsenet), er fordelagtige, kan man forestille sig, at incitamentet til at tage kritisk stilling er beskedent; tillid kan på den måde siges at "kortslutte" kritisk stillingstagen. Som det vil fremgå i det følgende, kan det, at lade borgerne deltage uden at tage kritisk stilling, anses som problematisk i sammenhæng med interventioner, der i nogle tilfælde medfører skade.

Nedenfor vil også brugen af *anbefalinger* blive berørt. Anbefalinger adskiller sig fra de allerede nævnte typer påvirkning ved eksplicit at anvise bestemte handlinger. Derfor vil borgerens mulighed for at forholde sig kritisk til den anviste handling, spørge ind til præmisserne osv. blive fremmet, og der er dermed ikke i udgangspunktet tale om *skjult* påvirkning. Anbefalinger kan dog også fremsættes på en måde, der ikke inviterer til reflekteret stillingstagen, f.eks. ved at blive fremsat som produktet af "et fagligt skøn", hvis værdimæssige præmisser ikke er tilgængelige for nærmere granskning. Her kan konsekvensen nemt være, at borgeren bøjer sig for myndigheds- og ekspertautoritet, selvom vedkommende ikke deler de tilgrundliggende værdier.

7 Gigerenzer, 2014

8 Generelt viser studier, at framing af de samme konsekvenser i termer af fordele eller tab påvirker adfærd forskelligt, se f.eks. Gallagher & Updegraff, 2012. Vedrørende relativ vs. absolut risiko, se, Baron et al., 1993

Skjult påvirkning og sågar forsøg på følelsesmæssig manipulation af borgernes sundheds- og forbrugeradfærd sker hele tiden f.eks. via reklamer. Men legitimiteten af påvirkning afhænger både af, hvem der påvirker, hvordan påvirkningen sker og i hvilken sammenhæng. Det Ethiske Råd fokuserer her alene på, hvilke grænser der bør være, når *det offentlige sundhedsvæsen* påvirker borgerne på en skjult måde, dvs. på en måde der ikke fremmer men måske ligefrem modarbejder den påvirkedes mulighed for reflekteret stillingtagen, og hvilke muligheder, det giver. I teksten benyttes følgende definitioner:

- **Skjult påvirkning:** Påvirkning der vanskeliggør den påvirkedes mulighed for at forstå og forholde sig kritisk til påvirkningen. I denne definition er *skjult påvirkning* altid udtryk for, at påvirkeren kunne have valgt alternativer, der i højere grad kan antages at fremme reflekteret stillingtagen<sup>9</sup>
- **Reflekteret stillingtagen:** Stillingtagen baseret på forståelse af og refleksion over interventionens mål og risici. I sundhedsmæssig sammenhæng det forhold, at sundhedsvæsenet alene bestræber sig på at fremme borgernes mulighed for selv at træffe beslutning ved at fremme deres forståelse af interventionen og deres mulighed for at sætte denne i relation til egne mål og værdier.

Spørgsmålet om, hvorvidt man bør foretrække det ene frem for det andet, kan ikke besvares generelt, da det afhænger af en række specifikke forhold og værdimæssige afvejninger, men i det følgende skal de forskellige generelle hensyn beskrives nærmere.

Rådet har afgrænset sig til sundhedsvæsenets virksomhedsområde, selvom sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme indgår som delmål i mange andre samfundsaktiviteter under offentlige myndighed, f.eks. i sammenhæng med social- og planarbejde, byggeri og trafikregulering. Ikke mindst kommunerne arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme sker i høj grad på tværs af forskellige sektorer og dermed også uden for sundhedsvæsenet.<sup>10</sup>

9 Visse typer påvirkning kan beskrives som direkte *manipulerende*, et begreb der ofte benyttes synonymt med etisk betænkelig påvirkning. Begrebet er dog fravalgt i nærværende sammenhæng, da det dels associeres med bestemte, typisk egoistiske, motiver – hvor folkesundhedsinterventioner typisk er motiveret ud fra individ- eller kollektive hensyn – og desuden flugter dårligt med de etiske relevante karakteristika ved påvirkning

10 ‘«Gør det sunde valg let» – Muligheder for Strukturelle Indsatser i Kommunerne’, Sundhedsstyrelsen, 2009b

## ETISKE DILEMMAER

De etiske dilemmaer, der knytter sig til påvirkning af borgernes sundhedsadfærd, skyldes særligt, at folkesundhedsinterventioner på den ene side rummer store velfærdsmæssige og lighedsskabende potentialer, på den anden side er:<sup>11</sup>

- **indgribende.** Det ligger i begrebet ”intervention”, at der er tale om mere eller mindre indgribende initiativer – fra de minimalt indgribende oplysningskampagner over vaccinationsprogrammer, screeninger og afgifter, og til sjældnere brug af forbud, tvang og straf. Da næsten alt, hvad vi foretager os, i større eller mindre grad har betydning for vores sundhed, er mulighederne for at forebygge sygdom gennem interventioner uendelige – og de bliver hurtigt større, jo bedre vores viden og teknologi bliver. Myndighedernes bestræbelser på at styre borgernes sundhedsadfærd har været støt stigende gennem det seneste århundrede.<sup>12</sup> Det rejser for det første et tiltagende vigtigt spørgsmål om, hvor meget sundhedsvæsenet skal blande sig i borgernes liv. For det andet rejser det et spørgsmål om, hvorvidt et omfattende og påtvunget fokus på sundhed kan gøre det sværere at vælge at leve på andre måder; f.eks. at leve et liv præget af større sundhedsrisici, hvor bekymring for fremtidig sundhed fylder mindre, og der er bedre plads til livsudfoldelse baseret på andre værdier end sundhed?
- **kollektive/velfærdsoverrettede.** Formålet med folkesundhedsinterventioner er at forbedre *folkesundheden*, dvs. den gennemsnitlige velfærd for befolkningen eller dele heraf, eller at fremme en mere *retfærdig fordeling* af sundhed/sygdomsbyrde. Men selvom det ofte kun er en mindre del, der i sidste ende nyder godt af interventionerne, skal de igangsættes over for en stor gruppe af borgere, da der er tale om præventive tiltag, og en del af disse kan blive påført ulemper eller skader uden at få gavn af interventionen.

Et eksempel er screening, der skal identificere højrisikogrupper i den raske befolkning. For at identificere de få, der f.eks. er i høj risiko for at få en bestemt kræftsygdom, skal mange rekrutteres og nogle vil blive påført ulemper/skader i form af falsk positive/negative resultater, komplikationer, osv.

Men det er samtidig karakteristisk for folkesundhedsinitiativer, at de velfærdsgevinster, de søger at realisere, er vanskelige eller umulige at opnå uden en kollektiv indsats. Man kan ikke fjerne smittefare eller sænke kræftsisikoen uden at rekruttere den relevante del af den raske befolkning; og det kan være svært at bekæmpe alkoholmisbrug uden at forsøge at påvirke kulturen i samfundet bredt, dvs. problematisere en sådan adfærd også blandt dem, der ikke har et misbrug. Spørgsmålet er, hvor balancen bør gå mellem hensynet til kollektiv velfærd og hensynet til den enkelte?

Påvirkning af borgere i sammenhæng med folkesundhedsinterventioner kan siges at rumme to hovedskismaer knyttet til balancen mellem kollektive hensyn og individhensyn, og for begges vedkommende rejser spørgsmålet sig om, hvilke muligheder borgerne bør have for at afvise deltagelse, og dermed om hvordan sundhedsvæsenet bør påvirke borgerne til at deltage.

● ● ● ● ● ● ● ●

11 Faden & Shebaya, 2015; 'Public Health: Ethical Issues', Nuffield Council on Bioethics, 2007

12 Rüdiger, 2003; Vallgård, 2003



Det ene skisma handler om, hvor grænsen går for, hvor store risici sundhedsvæsenet bør påvirke borgerne til at løbe for at hjælpe nogle få, der ellers var blevet syge, f.eks. af cancer? Hvis velfærdsgevinsten for de få er tilstrækkeligt stor, bør staten så ligefrem lægge pres på borgerne for at deltage, vel vidende at nogle borgere som forudset (in)direkte konsekvens risikerer ulemper, skade eller ligefrem at miste livet?

Det andet skisma handler om, hvor meget staten bør blande sig i borgernes *valg af det gode liv* for at fremme folkesundheden. Hvilken balance bør efterstræbes, mellem på den ene side *frihed* – hensyn til den enkeltes autonomi og privatliv, herunder f.eks. muligheden for at leve et usundt liv – og på den anden side *velfærd* i form af forbedret sundhedstilstand på befolkningsniveau eller udligning af uligheder i denne?

I mange tilfælde er der ikke nogen modsætning mellem individuelle og kollektive interesser, da bedre sundhed ofte både er en vigtig kollektiv og individuel værdi. Men det er oplagt, at hvis en borger ikke ønsker at træffe det sunde valg, kan myndigheders eventuelle påvirkning have en styrende effekt og dermed begrænse vedkommendes frihed til selv at planlægge sit liv.

Sidst, men ikke mindst, kan en indirekte konsekvens af, at sundhedsvæsenet påvirker borgerne for at fremme kollektive interesser være, at borgerne mister tillid til sundhedsvæsenet.

## TRE ETISKE PERSPEKTIVER PÅ FOLKESUNDHEDSINTERVENTIONER

Der er kort sagt en pris at betale for at iværksætte folkesundhedsinterventioner og at påvirke borgerne til at deltage – og for at lade være. Sundhedsvæsenet kan ikke både hjælpe borgerne med at være sunde og undlade at påvirke dem, i nogle tilfælde ligefrem skade nogle. I hvilket omfang, bestemte typer påvirkning bør foretrækkes, afhænger i høj grad af hvilke etiske hensyn, der vægtes. I det følgende beskrives tre forskellige typer af begrundelser, som er udbredte i debatten om myndigheders intervention i borgeres liv generelt og folkesundhedsinterventioner specifikt. Forskellige opfattelser er udtryk for divergerende vægtninger af de forskellige argumenter, og de værdier de forfægter.<sup>13</sup>

### 1. ”Myndigheder skal være tilbageholdende med at blande sig i borgernes liv” – respekt for autonomi som kriterium for intervention

I liberale demokratier er udgangspunktet, at tiltag, der er indgribende i den enkelte borgers autonomi og privatliv, skal være etisk velbegrundede. Men hvad kan udgøre sådanne gode grunde? Ofte henvises til det såkaldte *skadesprincip*.<sup>14</sup> Princippet bliver oftest fortolket sådan, at interventioner fra staten kun legitimt kan iværksættes under henvisning til, at de begrænser adfærd, som *gør skade på andre*.

13 Det fremgår f.eks. af Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer, at sådanne interventioner både skal respektere autonomi, anbefale deltagelse og give en retfærdig fordeling af anvendte sundhedsydelser. Se ‘Anbefalinger Vedrørende Nationale Screeningsprogrammer’, Sundhedsstyrelsen, 2014a

14 Skadesprincippet blev formuleret af den engelske filosof John Stuart Mill (1806-1873). Læs mere om skadesprincippet i ‘Etisk forbrug af klimabelastende fødevarer’, Det Etske Råd, 2016b

At adfærd, der markant skader andre, altid begrundes indgreb er ukontroversielt. Mere kontroversielt er det, om det er den eneste legitime grund. I så fald ville statens autoritet over for borgere begrænse sig til at sikre, at de kan leve deres liv uden at blive forstyrret ("negativ frihed"), og herunder til at håndhæve de rettigheder til ejendom og selvbestemmelse, dette kræver. Sådanne rettigheder ville f.eks. begrænse myndigheders mulighed for legitimt at initiere automatiske screeningprogrammer – uafhængig af hvor stor kollektivt gavn sådanne tiltag ville kunne medføre og hvor beskedne ulemperne måtte være.

Ud fra et snævert sundhedsperspektiv kunne interventioner imod rygning ifølge skadesprincippet anses som etisk legitime (fordi passiv rygning skader andre), mens interventioner imod f.eks. adfærd, der kun påfører borgeren selv risiko, ikke er. Inden for rammerne af et velfærdssystem kan f.eks. det at dyrke ekstremsport imidlertid indirekte siges at skade andre ved, at man kan risikere at påføre sundhedssystemet ekstraudgifter, som i sidste ende påvirker andres behandlingsmulighed og ret til behandling. En sådan betragtning vil kunne begrunde, at myndighederne forsøger at påvirke visse typer risikopræget adfærd.

Velfærdssystemer, som det danske, inddrager normalt flere hensyn end ikke-skade i sammenhæng med mulige interventioner; formålet med interventioner er også at understøtte borgernes "positive" frihed til at handle. Der er således ikke nødvendigvis en modsætning imellem hensynet til autonomi og en mere indgribende stat. Det vil sige en stat, der f.eks. forebygger sygdom, som ellers ville være frihedsbegrænsende, fordi man som rask har større handlemuligheder end som syg, og indkræver skat med henblik på tilbud om uddannelse og andre forbedringer af borgernes handlekompetence. Men påvirkninger, der først og fremmest fremmer kollektive interesser, f.eks. folkesundhed, ville være mere vanskelige at forene med et krav om respekt for autonomi.

Interventioner over for borgere skal dog ske efter et *proportionalitetsprincip*, dvs. mere indgribende interventioner kræver stærkere grunde, men indgreb kan ske efter afvejning af forskellige hensyn snarere end alene med henvisning til mulig skade.<sup>15</sup>

Hensynet til borgernes autonomi kan desuden varetages ved at vælge påvirkningsformer, der fremmer borgernes mulighed for at tage kritisk stilling til og evt. fravælge deltagelse. Det kunne f.eks. dreje sig om anbefaling af deltagelse i screening, der samtidig på en transparent og letforståelig måde redegør for præmisserne for anbefalingerne i termer af de fordele, ulemper og værdier, der ligger til grund for dem.

## **2. "Folkesundhedsinterventioner bør fremmes, fordi de øger danskernes velfærd" – folkesundhed som kriterium for intervention**

Som nævnt er hovedbegrundelsen for folkesundhedsinterventioner, at de *gennemsnitligt* set fremmer borgernes sundhed. Hvis dette udgjorde det eneste kriterium for intervention, ville det være legitimt at kontakte borgerne om selv forholdsvis små folkesundhedsproblemer, hvis interventionen også i ringe grad var forstyrrende; meget indgribende interventioner ville være legitime, hvis de begrænsede tilpas alvorlig skade. Man ville kunne gå langt ift. at påvirke borgere til deltagelse i screeningstiltag med stor samlet effekt på folkesundheden, også selvom det for nogle få samlet set resulterer i skade eller død. Den nyttetænkning, tankegangen er udtryk for, er altså ikke som udgangspunkt følsom over for betydelige skævdeler eller omfordelinger af fordele og ulemper, kun samlet gavn.

<sup>15</sup> Juridisk baggrundsnotat: 'Retlige rammer for administrative myndigheders initiativer på folkesundhedsområdet', Det Etske Råd, 2016c

Meget indgribende tiltag såsom tvangsvaccination kunne dog tænkes at skabe så stor utilfredshed og utryghed og dermed sænke den samlede gavn af tiltaget så meget, at interventionen samlet set var skadelig; f.eks. kunne resultatet af tvangsvaccination være en mere generel vaccinations skepsis. Det kunne begrunde, at man så vidt muligt lod borgerne selv afgøre, om de ønsker at deltage i f.eks. vaccinationsprogrammer, screening osv., selv hvis dette på kortere sigt mindskede tilslutningen til vaccination.<sup>16</sup>

### 3. ”Som borgere i velfærdssamfundet har vi en pligt til at holde os sunde” – solidaritet og retfærdighed som kriterier for intervention

En holdning, der ofte kommer til udtryk i den offentlige debat, er, at vi som borgere har en *pligt* til at holde os sunde nok til, at vi kan bidrage til fællesskabet eller i det mindste ikke unødigt ”ligger samfundet til last”. En sådan tankegang synes at antyde, at vi som borgere er bundet af en form for udtalt *kontrakt*, der indebærer visse pligter til gengæld for de goder og rettigheder, vi nyder godt af ikke mindst i et velfærdssamfund som det danske. Staten kan bruge sin autoritet til at tildele borgerne rettigheder og pålægge dem pligter for at opretholde et godt og retfærdigt samfund.

En sådan opfattelse kunne måske blive brugt til at begrunde, at en kommune f.eks. *forpligtede* borgere, hvis fysiske tilstand er en barriere for at komme i arbejde, til at tage imod tilbud fra kommunen om f.eks. fysisk aktivitet. Det kan anses som *urimeligt*, hvis disse borgere på den ene side nyder godt af velfærdsstatens goder, på den anden side ikke i rimelig grad vil yde noget til gengæld; hensynet til fællesskabet overtrumfer her hensynet til den personlige frihed. Der kan dog være forskellige opfattelser af, hvordan en sådan pligt kan begrundes, og hvor langt den rækker.

I en ”blød” version kan pligten forstås som en appel til borgerens *solidaritet* over for deres medborgere om at bidrage til den værdiskabelse, der er forudsætningen for den kollektive velfærd, og til at vise samfundssind i øvrigt. Solidaritet er en grundlæggende værdi i sundhedsvæsenet, der kan siges at være klarest udmøntet i sundhedslovens princip om ”let og lige adgang til sundhedsvæsenet”. Den grundlæggende idé er her, at alle borgere har adgang til sundhedsydelser uden at stille direkte krav om, at de giver noget igen.<sup>17</sup> Men solidaritet handler ikke desto mindre om gensidighed og kan siges også at etablere en norm om borgernes pligt til at bidrage til samfundet. De færreste ville dog sige, at solidaritet kan indebære håndfaste formaliserede krav; solidaritet er noget, man udviser frivilligt. Men det kunne begrunde, at myndigheder opfordrer borgerne til så vidt muligt at gøre sig uafhængige af støtte, eller at myndigheder minder borgerne om de normer og pligter, der anses som forudsætning for et velfungerende fællesskab.

Man kan dog diskutere, hvor langt solidaritetspligten rækker, og dermed hvor meget myndigheder kan tillade sig at lægge pres på borgere; der kan givetvis være gode grunde til, at f.eks. visse kontanthjælpsmodtagere tøver med at tage imod kommuners tilbud om motion og andre sundhedsfremmende aktiviteter. Solidaritet som værdi er baseret på en forestilling om, at når nogle ikke er sunde, ikke kan arbejde osv. skyldes det, at muligheder og ressourcer ikke er ligeligt fordelt, hvilket samfundet bør kompensere for snarere end at pålægge dem umulige krav.

16 Der kunne dog være andre grunde til at begrænse selvbestemmelse, f.eks. at manglende beskyttelse førte til skade på andre i form af smitte

17 Sundhedslovens formulering om ”let adgang” åbner dog op for, at der kan stilles visse modkrav

Det illustrerer, hvordan pligter hænger sammen med opfattelser af retfærdighed. En opfattelse af, at samfundet så vidt muligt skal udligne forskelle, kan begrunde bestemte interventioner, rettigheder og pligter. En anden opfattelse af retfærdighed er dog, at borgerne altid skal gøre sig *fortjent* til de goder, de modtager. En sådan opfattelse kunne begrunde en ”hårdere” pligt til at holde sig sund forstået som en *forudsætning* for at modtage bestemte ydelser; eller i det mindste, at myndigheder kan ty til mere indgribende initiativer med det formål at borgeren med tiden opnår uafhængighed, med de fordele for borger og samfund, dette kan siges at give. Siden 2014 har det f.eks. været muligt at fratage patienter sygedagpenge, hvis de imod kommunens opfordring ”afviser at deltage i hensigtsmæssig optræning for at genvinde arbejdsevnen”.<sup>18</sup> En sådan form for gensidighed baserer sig ikke på en solidaritetstankegang, da hjælp her er betinget af en modydelse, men kan ikke desto mindre være båret af en opfattelse af, hvad der samlet set fremmer et retfærdigt samfund.<sup>19</sup>

Endelig kan en opfattelse være, at både lighed og fortjeneste er vigtige værdier, men at man kun kan finde den rette balance imellem forskellige hensyn, hvis man forholder sig helt upartisk og på den måde indretter samfundet på en *fair* måde.<sup>20</sup>

Målestokken for legitimiteten af interventioner er her graden af retfærdighed målt ud fra henholdsvis *lighed* eller fortjeneste eller ud fra en *fairness*-betragtning. De fører til forskellige prioriteringer af kollektive værdier versus individuel frihed og dermed forskellige handlerum, når sundhedsvæsenet overvejer legitimiteten af bestemte påvirkninger. Hvis de kollektive fordele er store og de individuelle ulemper er beskedne, vil konklusionen i et samfund som det danske ofte være, at man som medlem af et velfærdssamfund må finde sig i grænser for personlig frihed.

18 ‘Diagnosen som Begreb og Praksis’, Det Ethiske Råd, 2016a

19 ‘Public Health: Ethical Issues’, Nuffield Council on Bioethics, 2007; Prainsack & Buyx, 2011

20 Den socialliberale tænker John Rawls’ teori om retfærdighed bygger på en idé om, at man rationelt (dvs. uafhængigt af værdimæssigt ståsted) kan udtænke indretningen af det retfærdige samfund (fordelingsmæssigt og ift. tildeling af rettigheder, pligter osv.) ved at forholde sig *upartisk* (bag ”uvidenhedens slør”, hvor man skal tage stilling til indretningen uden at kende sin egen situation.”). Upartiskheden fører til, at det retfærdige samfund er et, der ikke favoriserer bestemte personer ud fra etisk irrelevante forhold; under andre forhold kan der være en tendens til, at opfattelser af retfærdighed afspejler den position, en given person har (f.eks. rig, fattig; magtfuld, marginaliseret). Ifølge Rawls fører upartiskhed rationelt til et samfund, hvor den dårligst stillede har det bedst muligt, ikke et der blot maksimerer den samlede nytte uden hensyntagen til fordeling, eller som alene har fokus på enten fortjeneste eller fordeling

## AUTONOMI OG PATERNALISME: TO SUNDHEDSETISKE PARADIGMER

Som beskrevet indledningsvis kan der i praksis ligge flere forskellige motiver bag et givent folkesundhedsinitiativ: Fremme af folkesundheden; begrænse ulighed; begrænse borgernes belastning af sundhedsbudgetterne; eller at fremme sundhedsvæsenets effektivitet forstået som opnåelsen af mest mulig sundhed for pengene. Nogle kollektive goder, såsom lav smittefare, kan ikke opnås, hvis ikke tilstrækkelig mange deltager. Derfor kan der være gode grunde til, at sundhedsvæsenet i nogle sammenhænge presser på for, at flest muligt træffer det sunde valg. Fravalg af deltagelse kan i større eller mindre grad påføre fællesskabet omkostninger.

Men der kan samtidig være gode grunde til så vidt muligt at beskytte individinteresser. Behovet er mest tydeligt i de tilfælde, hvor deltagelse i intervention medfører en høj risiko for alvorlig skade sammenlignet med sandsynligheden for at nyde væsentlig gavn. Hvis sundhedsvæsenet lægger pres på borgerne for at deltage, kan mange borgere komme til at træffe betydningsfulde valg, de reelt ikke ønskede.

Sundhedsvæsenet rummer en mangeårig tradition for at sikre den enkeltes interesser. Overordnet set har denne bestræbelse dog taget to meget forskellige retninger, der beskrives nærmere i det følgende:

- **Informeret samtykke** som er udtryk for en stærk betoning af autonomi og en tro på, at mennesker bedst selv kan afgøre, hvad der er godt for dem, fordi de har privilegeret adgang til deres egne værdier og opfattelser
- **Paternalisme** som er udtryk for en stærk betoning af velfærd og en tro på, at det ikke altid er hensigtsmæssigt, at individer selv afgør, hvad der er bedst for dem, men at andre – f.eks. myndigheder eller læger – bør træffe beslutninger på deres vegne<sup>21</sup>

Paternalisme-tankegangen tillader i højere grad end autonomi-tankegangen påvirkningsformer, der fremmer kollektive interesser, fordi der ikke skal tages de samme hensyn til borgernes egne ønsker. Paternalisme anses imidlertid, som det fremgår i det følgende, som problematisk i sammenhæng med behandling. Spørgsmålet er dog, om det i højere grad kan anses som legitimt i sammenhæng med folkesundhedsinterventioner? I hvilket omfang er sådanne interventioner i det hele taget autonomikrænkende? Og endelig, hvordan stiller det legitimiteten af brugen af skjult påvirkning i sammenhæng med folkesundhedsinterventioner? Dette diskuteres i det følgende med baggrund i begreberne autonomi og paternalisme.

21 Bemærk at paternalisme ofte omtales som en mulig *motivation* bag folkesundhedsinterventioner; da sådanne initiativer er kollektive, udtrykker begrebet dog ikke nødvendigvis som normalt en varetagelse af et *konkret* individs interesser, men derimod af gennemsnitspersonens velfærd

## AUTONOMI

At respektere autonome personer er at anerkende deres ret til at have holdninger, at træffe valg og at handle på basis af deres værdier og opfattelser.<sup>22</sup>

At en person er autonom kan siges at handle om muligheden for at udtænke og handle efter den livsplan, vedkommende lægger. Autonomi rummer to hovedkomponenter:<sup>23</sup>

- **Frihed**, dvs. at vedkommende ikke er underlagt kontrollerende *påvirkninger* fra andre, f.eks. tvang, manipulation, etc. I hvilket omfang en påvirkning er frihedsundertrykkende er både betinget af påvirkningen selv og af vedkommendes evne til at modstå påvirkningen
- **Handlekompetence**, dvs. at vedkommende ikke er underlagt *begrænsninger*, der forhindrer et selvstændigt valg f.eks. som følge af utilstrækkelig forståelse/viden. Normalt anses især mindre børn for kun i begrænset omfang at være kompetente, men også sygdom og handicap kan begrænse menneskers handlekompetence

Fordi autonomi ikke kun handler om frihed, men også om kompetence, indebærer respekt for autonomi, at man i mange tilfælde *aktivt* må sikre, at betingelserne for autonomi er til stede. En forsøgsperson, der forsøges rekrutteret til et sundhedsvidenskabeligt forsøg, er f.eks. ikke autonom, bare fordi vedkommende ikke påvirkes – forskeren har en pligt til aktivt at hjælpe forsøgspersonen til at forstå, hvad deltagelse i et forsøg indebærer. Informationsbehovet skal tage udgangspunkt i forsøgspersonens opfattelse af relevant information snarere end forskerens.

### Autonomi og påvirkning af sundhedsadfærd

Er autonomi foreneligt med, at myndigheder bruger deres autoritet til at påvirke borgere til at træffe bestemte sundhedsvalg? Hvis en person f.eks. vælger at deltage i screening for tarmkræft, alene fordi myndighederne anbefaler det, kan vedkommende så siges at have bevaret sin autonomi?

Her vil de fleste svare ja. Hvis man vælger at lytte til sin læges, en god vens eller myndighedernes råd, fordi man har tillid til dem, er det ikke nødvendigvis udtryk for tab af autonomi. Valget kan være udtryk for en bevidst kalkule om, at andre med større viden bedre kan træffe et valg til vedkommendes bedste end vedkommende selv kan.

Men samtidig står det klart, at påvirkning ikke *nødvendigvis* foregår på en måde, der er forenelig med respekt for autonomi. Der findes historisk set eksempler på, at sundhedsmyndigheder har udsat mennesker for snyd og bedrag, manipulation eller indoktrinering for at få dem til at træffe bestemte valg, om end grelle eksempler i dag hører til undtagelserne.

22 Beauchamp & Childress, 2012

23 Beauchamp & Childress, 2012

Traditionelt har etikere sondret mellem på den ene side *tvang*, som kun undtagelsesvist er etisk acceptabelt, fordi det indebærer en fuldstændig tilsidesættelse af den påvirkedes autonomi; på den anden side *rational overtalelse*, der generelt set anses som legitimt, fordi det appellerer til den påvirkedes reflekterede stillingtagen.<sup>24</sup> Men imellem disse yderpunkter befinder mange forskellige påvirkningsformer sig, som på den ene side ikke motiverer til refleksion, på den anden side ikke umuliggør udøvelsen af autonomi.

Eksemplerne på sådanne påvirkningsformer, der ikke fremmer reflekteret stillingtagen, tæller f.eks. økonomiske og andre typer incitamenter, eller påvirkninger, hvis virkning kan skyldes, at de spiller på følelser, rummer udeladelser og fordrejninger af information, og påvirkninger som skyldes forandringer i vores omgivelser eller udnyttelse af manglende viden eller viljesvaghed.

Nogle af disse virker på en måde, der ville kunne anses som *manipulerende*. Ved "manipulation" forstår vi normalt en påvirkning, der på en ufin og udspekuleret måde griber ind i den påvirkedes beslutningskapacitet og dermed krænker vedkommendes autonomi.<sup>25</sup> Selvom man af andre grunde kan anse tvang, afgifter og forbud som problematiske, ville man ikke betegne dem som manipulerende; manipulation har snarere noget at gøre med påvirkninger, som er svært gennemskuelige for den påvirkede. Manipulation kan snyde de påvirkede til at tro, at de har truffet et autonomt valg.

Etikeren Jennifer Blumenthal-Barby mener dog ikke, at man kan sige, at bestemte typer påvirkninger generelt er krænkende for autonomi, da det afhænger af den konkrete sammenhæng. Selv manipulerende påvirkninger kan være acceptable i situationer, hvor vi har lave forventninger til at få respekteret vores autonomi.

Derfor, foreslår hun, er begrebet manipulation uegnet som etisk indikator. Overordnet, foreslår hun, må krænkelser af autonomi ses ud fra to forhold:

### 1. Hvor indgribende? Omfanget af påvirkning af autonomi.

- ▶ I hvilken grad er valgmuligheder blokeret?
- ▶ Er den påvirkede bevidst om påvirkningen?
- ▶ Hvad synes den påvirkede om at blive påvirket til noget bestemt på en bestemt måde i en given sammenhæng?

### 2. Relation? Forventninger i den konkrete sammenhæng

- ▶ Hvad kan den påvirkede anse som rimeligt set ud fra relationen til påvirkeren?
- ▶ Hvilken pligt har påvirkeren?
- ▶ Skader den konkrete påvirkning relationen?

● ● ● ● ● ● ● ●

24 Det er værd at bemærke, at også rationel argumentation kan være udtryk for illegitim magtanvendelse, og nogle hævder ligefrem, at der her er tale om en form for magt, der ofte er usynlig både for dem, der udøver den, og dem der påvirkes. Se, Vallgård, 2003

25 Dworkin, 2014

Som beskrevet i indledningen, diskuterer vi her brugen af *skjult påvirkning*<sup>26</sup> i forhold til tilskyndelse til reflekteret stillingtagen. I denne sontring ligger, at en påvirkning kan være problematisk, selvom den ikke er manipulerende, men alene er skjult, og uproblematisk selvom den er manipulerende. Der er, påpeger Blumenthal-Barby, masser af eksempler på, at vi bliver manipuleret, uden at vi anser det som et problem. F.eks. forventer vi, at reklamer påvirker os følelsesmæssigt, og derfor kan vi bevidst vælge at forholde os kritisk til dem – eller *lade* os forføre; vi sætter ligefrem pris på at blive forført af en elsker, og accepterer ofte at blive manipuleret af vores ægtefælle, osv.

Det afgørende er altså ikke, om individer bliver påvirket skjult, men *hvordan* det sker – i særdeleshed hvor gode muligheder, den påvirkede har for at gøre modstand – og *af hvem og i hvilken sammenhæng*. Især én forskel er iøjnefaldende, hvis man skal vurdere de etisk relevante forskelle mellem påvirkning i sammenhæng med folkesundhedsinterventioner og det behandlende sundhedsvæsen, nemlig relationen mellem individ og sundhedsvæsen.

#### *Sundhedsvæsenet – individuel relation*

Hos lægen vil forventningen i udgangspunktet være, at der bliver taget vare på patienters sundhed, og samtidig at deres autonomi i høj grad bliver respekteret. Det betyder, at det er patienten, der i sidste ende afgør, om en behandling f.eks. skal indledes. Patienter vil dog normalt billige, at lægen til en vis grad påvirker dem til at træffe et bestemt valg, f.eks. ved at lægen anbefaler en bestemt behandling. I nogle situationer arbejder man med et ideal om *ikke-styrende vejledning*, og her må lægen end ikke anbefale et bestemt valg, hvilket kan anses som både godt og skidt. Men selv når påvirkning billiges, betyder det ikke, at en hvilken som helst slags påvirkning anses for acceptabel, f.eks. at lægen udelader bestemte informationer.

En begrænsning af autonomi kan dog måske være retfærdiggjort, hvis påvirkningen sker for på sigt at styrke patientens autonomi. Det kunne f.eks. tænkes, at lægen vidste, at uden medicin ville patienten blive utilregnelig, og det kunne ligefrem begrunde lægens manipulation af vedkommende til at tage den. Eller en kommunal sundhedsmedarbejders pres på en borger om at være fysisk aktiv kunne være begrundet i en vurdering af, at vedkommende ellers senere ville være forhindret i at leve det liv, han eller hun ønsker, blive afhængig af hjælp, osv.

#### *Sundhedsvæsenet – kollektiv relation*

Når parterne i en relation ikke er enkeltpersoner, men er sundhedsvæsenet på den ene side og borgerne på den anden side, er situationen en anden. På den ene side kan der ligesom i læge-patientsituationen være en stærk forventning om, at myndighederne tager vare på borgernes sundhed. I Danmark er der stor folkelig opbakning til folkesundhedsinterventioner, og både kommuner, regioner og stat har en lovbestemt pligt til at fremme borgernes sundhed.

26 Blumenthal-Barby bruger udtrykkene "reason-bypassing" (påvirkninger der sker ubevidst) og "reason-countering" (påvirkninger der sker bevidst men f.eks. spiller på følelser). Disse omtales i det følgende under samlebetegnelsen "skjult påvirkning". Se, Blumenthal-Barby, 2012



Men som nævnt kan folkesundhedsinterventioner typisk ikke initieres, uden at større grupper rekrutteres; derfor kan ikke alles autonomi respekteres på samme måde som i læge-patientrelationen. Dette er dog ikke nødvendigvis et problem, da forventningerne til og vigtigheden af respekt for autonomi typisk er mindre end i den individuelle relation. Hvis deltagelse indebærer risiko for alvorlig skade, kan det dog tale for, at autonomi vægtes mere.

Selv hvis pligter og forventninger peger på, at autonomi er mindre vigtigt, er det ikke ensbetydende med, at ethvert givent middel kan anses som etisk acceptabelt eller nyder opbakning. Påvirkninger, der anses for at føre borgerne bag lyset, f.eks. fordi de sker på en skjult måde, kan opleves autonomikrænkende og skade tilliden til sundhedsvæsenet. Før myndigheder igangsætter mere indgribende tiltag kan det være vigtigt at undersøge befolkningens accept af dem.<sup>27</sup>

Et yderligere spørgsmål er, hvad genstanden for en given intervention er. Nogle tiltag påvirker alene *handlinger*. Nogle argumenterer dog for, at folkesundhedsinterventioner, der retter sig imod at forandre den påvirkedes værdier og opfattelser, f.eks. ved at påvirke normerne om rygning i samfundet, er mere effektive.<sup>28</sup> Det kunne dreje sig om påvirkninger, som korrigerer fejlopfattelser af risiko, men det kunne også være påvirkninger, som medfører, at den påvirkede får opfattelsen af, at der en noget galt med eller skamfuldt ved vedkommendes adfærd.

Det forekommer logisk, at det er svært at få folk til at stoppe med et usundt alkoholforbrug, hvis de vedbliver med at mene, at det samlet set er bedst for dem. Men samtidig kan det forekomme mere indgribende og vidtrækkende at påvirke menneskers værdier og opfattelser end alene deres adfærd. Hvis dette sker ved, at myndigheder udpeger bestemte typer adfærd som forkerte eller uansvarlige – og andre som statusprægede – kan det desuden stigmatisere dem, der af forskellige grunde ikke formår at ændre adfærd.

Endelig spiller rækkevidden af en intervention en rolle for, hvor indgribende den er: Påvirker den en afgrænset type adfærd (f.eks. motion) eller større dele af en borgers liv (f.eks. fysisk aktivitet)?

● ● ● ● ● ● ● ●  
27 Blumenthal-Barby, 2012

28 Den såkaldte Health belief model, som mange interventioner bygger på, bygger på en vurdering af, at menneskers sundhedsadfærd og motivation til at ændre adfærd i høj grad kan forklares ud fra deres opfattelser af sundhedsproblemer, fordele og ulemper ved at handle, etc. Det er en model, som udgår fra, at mennesker handler rationelt, dvs. oplyst og med klare præferencer. Se, Diderichsen et al., 2014; Holland, 2014

## Kan mennesker være frie og kompetente?

En ting er, at der kan være bestemte idealer om, at borgernes autonomi skal respekteres. Noget andet er, hvor stor tillid man kan have til, at de i rimeligt omfang kan indfri idealet om autonomi, dvs. fri og kompetent stillingtagen? Spørgsmålet er centralt, for hvis man anser mennesker for notorisk at være letpåvirkelige og irrationelle beslutningstagere, er det et godt argument for at indføre sundhedsfremmende påvirkningsformer, også selvom de er indgribende, og et argument imod at pålægge borgerne ansvar for deres egen sundhed.

Menneskers valg er formet og begrænset af påvirkninger fra vores omgivelser gennem hele livet, f.eks. opdragelse, socialisering under uddannelse og i dagsinstitutioner, venne- og arbejdsfællesskaber, populærkultur, osv. Alle disse forhold påvirker på afgørende vis både vores værdier og opfattelser på en handlingsdisponerende måde, der kan afkodes som adfærdsmønstre. Det er kendskabet til disse, der kan udnyttes i reklamestrategier. Hertil kommer begrænsninger, der kan skyldes mangel på penge, fysisk og mentalt helbred og materielle forhold i øvrigt. Nogle mennesker ryger således ikke, fordi de ikke har råd til det; andre mennesker kan ikke stoppe med at ryge, fordi de indgår i et fællesskab, hvor rygning giver status.

Menneskers frihed er kort sagt begrænset på mange forskellige måder og i nogle tilfælde markant. Vi er desuden ofte langt fra perfekt informerede. På den baggrund kan det se ud som om, at vi altid i større eller mindre grad mangler de afgørende forudsætninger for at leve op til autonomiidealet om kompetente og frie beslutningstagere.

Alligevel er det en stærk intuition hos de fleste, at de i relevant omfang formår at udøve selvbestemmelse. Nok er vi afhængige, påvirkelige og begrænsede, men vi kan også mobilisere en kritisk stillingtagen, når omstændighederne kræver det, og de rette betingelser etableres. Man kan desuden mene, at mennesker bør behandles som autonome væsener uanset at de ofte træffer irrationelle beslutninger, dels ud fra respekt for den enkelte, og dels fordi ellers stopper de med at tage ansvar. Denne optimistiske opfattelse af mennesket som (potentielt) kompetent er helt grundlæggende i måden, hvorpå nutidens liberale demokrati er indrettet, og danner herunder baggrund for brugen af det *informerede samtykke*, som skal beskrives i det følgende.

Det betyder ikke, at det nødvendigvis er uden udfordringer at skabe rammer for, at vi f.eks. som patienter, forbrugere eller forsøgspersoner i relevant omfang kan træffe reflekterede valg. Men i pædagogikkens norm om *dannelse*, som har idéhistoriske rødder i bl.a. oplysningstiden, i humanismen og i Grundtvigs tanker, ligger en tro på, at det er muligt at tilrettelægge betingelserne for, at mennesker kan og bør lære og dermed tage reflekteret og selvstændigt stilling trods ydre påvirkning.<sup>29</sup>

Som vi skal se neden for, har nyere adfærdsforskning dog yderligere understøttet opfattelsen af, at mennesker i de fleste situationer er mere let påvirkelige og ”begrænset rationelle”, end vi normalt forestiller os. Dermed kan idéen om selvbestemmelse gennem frie, kompetente valg forekomme utopisk. At mange virksomheder bruger store summer på at påvirke vores indkøbsadfærd, kan måske siges indirekte at styrke denne påstand. På den baggrund kan man mene, at myndighederne bør spille en mere aktiv rolle i at guide borgernes valg, f.eks. deres sundhedsvalg. Denne vurdering danner baggrund for den stigende interesse for at påvirke borgernes valg gennem f.eks. *nudging*, som beskrives i større detalje nedenfor.

## Informeret samtykke

*Informeret samtykke* udtrykker, at f.eks. en patients samtykke skal have en særlig kvalitet, at det er baseret på tilstrækkelig information og reelt er udtryk for denne persons frie vilje. Det informerede samtykke blev et lovbestemt krav i sammenhæng med behandling i Danmark i 1992.<sup>30, 31</sup> I dag anses informeret samtykke ikke blot som en ret til at beskytte sig imod skade, men også som en ret til at få respekteret sine relevante livsplaner.

Det fremgår af sundhedsloven, at før undersøgelse eller behandling kan gennemføres, skal patienten selv samtykke hertil. Samtykket kan være implicit eller mundtligt, men det anses under visse omstændighederne som hensigtsmæssigt at få et skriftligt samtykke. Patienten skal være fyldt 15 år og i stand til at forstå, hvad den konkrete undersøgelse indebærer, og hvilke konsekvenser den kan få.

Patientens samtykke skal hvile på et *informeret grundlag*. Hvis patienten skønnes at være uvidende om forhold, der har betydning for vedkommendes stillingtagen, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom. Lægen skal på denne måde sikre sig, at patienten er rustet til at tage stilling til undersøgelsen/ behandlingen og dennes konsekvenser, og på den baggrund har givet et dækkende samtykke.<sup>32</sup> Hvor omfattende informationen bør være og hvilke oplysninger, som er vigtige, for at det virkelig er tale om informeret stillingtagen, er der uenighed om.

Når borgere i sammenhæng med folkesundhedsinterventioner ender med at modtage behandling/ diagnostik, f.eks. kikkertundersøgelse af tarmen eller vaccination, og de dermed indtræder i et læge-patientforhold, skal de behandles efter sundhedslovens krav om informeret samtykke.

30 ‘Lægeloven af 18. maj 1992’, Larsen, 1992

31 Siden perioden efter anden verdenskrig har der været juridisk interesse for patienters selvbestemmelsesret i sammenhæng med sager, hvor patienter søgte erstatning på grund af påstået manglende information forud for behandling. Man anså dog lægerne for at have levet op til deres ansvar. Alligevel besluttede Folketinget senere at lovfæste retten til forudgående informeret samtykke. Også inden for forskningen blev det informerede samtykke en lovfæstet ret i 1992. Om udviklingen inden for patienters selvbestemmelsesret, se, Hartlev et al., 2013. Om den tilsvarende udvikling inden for forskning, se side 9 i ‘Forskning i sundhedsdata og biologisk materiale i Danmark Baggrundspapir – juridiske aspekter’, Det Ethiske Råd, 2015

32 Læs mere om det informerede samtykke i forbindelse med diagnostik i ‘Det menneskelige genom – retlig regulering i klinisk og forskningsmæssig sammenhæng’, Det Ethiske Råd, 2012

Henvendelser fra myndigheder om f.eks. screening, hvor der (endnu) ikke er etableret et læge-patientforhold, er derimod ikke omfattet af sådanne krav, men alene af sundhedslovens generelle krav om respekt for autonomi m.m.<sup>33</sup> Det betyder også, at der ikke findes lovbestemte krav om, hvor meget sundhedsvæsenet i sådanne sammenhænge må forsøge at påvirke borgernes sundhedsadfærd. Afvejning af fordele og ulemper og vurdering af hensynet til autonomi finder sted på politisk niveau og i sammenhæng med myndigheders udformning af information til borgerne.<sup>34</sup>

### Grænser for autonomi?

Forestillingen om, at borgere formår at udøve autonomi gennem informeret samtykke, er blevet kritiseret for at fortælle den reelle valgsituation. Mange mennesker tager stilling til behandling ud fra *tillid* til lægen snarere end alene ud fra den *information* om de mulige konsekvenser, som burde være central for udøvelsen af selvbestemmelse, og dette område er centralt for vedvarende bestræbelser for at forbedre patientinddragelsen.<sup>35</sup>

Men som det fremgik oven for, er det at træffe valg baseret på tillid ikke nødvendigvis udtryk for tab af autonomi. Omvendt – hvis valget er udtryk for, at mennesker ikke kan overskue eller magte at træffe et informeret valg, kan samtykkeproceduren blive til en mekanisme, der overflytter ansvaret for de pågældende valg til borgeren, uden at den kompetence, der er forudsætningen for udøvelse af autonomi, følger med. Nogle har på den baggrund ment, at det i nogle tilfælde bør være lægen snarere end patienten, der bør træffe beslutning om og dermed også tage ansvaret for, at valget af behandling er til patientens bedste.<sup>36</sup>

Der kan, særligt i nogle situationer, være stærke grunde til at forholde sig kritisk til spørgsmålet om, hvorvidt respekt for autonomi er i borgernes interesse. Når borgerne spiser usundt, ikke får bevæget sig og bliver overvægtige, som stadig flere gør, er det således sjældent, fordi de dybest set ønsker det, men snarere fordi de er fristet over evne – måske lokket af reklamer og salgstricks. Det er også velkendt, at man kan have kortsigtede ønsker om f.eks. at spise is, som man har svært ved at afvise, selvom man har et langsigtet ønske om at tabe sig, man anser som vigtigere.

Det peger på, at mange mennesker har svært ved at træffe autonome valg om deres levemåde. Samtidig er det f.eks. i sammenhæng med forbrugssituationer ikke realistisk at styrke borgernes autonomi gennem grundige samtykkeprocedurer og lignende.

33 Juridisk baggrundsnotat: 'Retlige rammer for administrative myndigheders initiativer på folkesundhedsområdet', Det Ethiske Råd, 2016c

34 For eksempel har der siden 2013 været lovhjemmel til at minde borgere om evt. glemte børnevaccinationer, men det fremgår af lovbehandlingen i Folketinget, at man har lagt vægt på muligheden for at kunne fravælge disse påmindelser. Se 'Forslag til lov om ændring af sundhedsloven', Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2014. Se også s. 23 i 'Public Health: Ethical Issues', Nuffield Council on Bioethics, 2007

35 Sarah Wadmann, 2016

36 Dvs. beslutningen er udtryk for paternalisme, se mere herom under "paternalisme" nedenfor

Hvis myndighederne på den baggrund er tilbageholdende med at påvirke borgernes sundhedsadfærd i en sund retning, kan det ikke desto mindre betyde tabt velfærd for både den enkelte og samfundet. Især svage borgere kan som følge heraf komme til at træffe usunde valg og videreføre dårlige sundhedsvaner til deres børn. Denne ulighed kan anses som uretfærdig og som et yderligere argument for, at staten i højere grad påvirker borgerne. Ud fra et autonomiperspektiv ville det være ideelt, hvis sådanne tiltag alene var rettet imod den målgruppe, hvis usunde vaner skyldes irrationelle valg. Men dels er folkesundhedsinterventioner som nævnt altid mere eller mindre kollektive, dels kan målrettede tiltag være stigmatiserende over for den gruppe, de udpeger.

Spørgsmålet er dog, om *det offentlige sundhedsvæsen* med disse argumenter bør tage virkemidler i brug, der påvirker på en *skjult* måde?

## PATERNALISME

De fleste vil som nævnt anse både autonomi og velfærd som væsentlige værdier i sammenhæng med brugen af folkesundhedsinterventioner. Men nogle påvirkningsformer kan alligevel siges at være udtryk for en markant vægtning af velfærd på bekostning af autonomi. Det blev nævnt indledningsvis, at folkesundhedsinterventioners hovedrationale netop er, at de er sundhedsfremmende og, antages det, dermed velfærdsfremmende.

Effektiviteten med hvilken folkesundhedsinterventioner kan forbedre den samlede eller gennemsnitlige velfærd er afhængig af, hvor stor tilslutningen er. Derfor kan det være fristende ud fra et snævert sundhedsfokus at påvirke borgerne i den "rigtige" retning. Dette kan ud fra en samlet nyttevurdering anses som etisk legitimt, også selvom nogle borgere skades, men det kan også være begrundet ud fra individhensyn. Skubber myndighederne på for, at borgerne, *til deres eget bedste*, efterlever bestemte værdier, som er fastsat af myndighederne, er det udtryk for en form for *paternalisme*, der i dag oftest anses som etisk problematisk, hvis det finder sted i forholdet mellem læge og patient.

## Individuel relation

Tidligere var det almindeligt, at læger traf paternalistiske beslutninger om patienters behandling; dvs. de traf de valg, de mente var bedst for patienten, *men uden at spørge patienten selv*.

Der er tale om *hård paternalisme*, når en beslutning træffes ud fra lægens vurdering, selvom den påvirkede person er fuldt ud kompetent til at træffe sine egne valg. Der er fortsat situationer, hvor en læge vurderer, at f.eks. en terminalt kræftsyg patient kun vil få ulykke ud af at kende til sin tilstand. Men det er samtidigt oplagt, at denne viden kan være vigtig for patienten, f.eks. som baggrund for at træffe vigtige beslutninger om den videre behandling og om sit liv i øvrigt. Fortidens hårde paternalisme er i dag i vid udstrækning erstattet af respekt for autonomi som den bærende værdi i forholdet mellem læge og patient.<sup>37</sup>

*Blød paternalisme* anses derimod som acceptabelt; valget om ikke at inddrage patienten skyldes her et skøn om, at han eller hun i større eller mindre grad mangler kompetencen til at udøve selvbestemmelse, f.eks. en dement patient eller et barn.

37 Mens paternalisme som ideal er forladt, forekommer dog formentlig ofte situationer, hvor mere tungtvejende hensyn gør, at læger træffer paternalistiske beslutninger. At overlade ansvaret til lægen kan for nogle patienter være en lettelse. Hvis denne overdragelse af ansvar sker efter patientens ønske, er der typisk ikke tale om krænkelse af autonomi, jf. diskussionen om påvirkning og autonomi ovenfor

## Kollektiv relation

Hvori kan paternalistiske handlinger bestå i sammenhæng med kollektive interventioner – dvs., hvor det offentlige sundhedsvæsen for borgernes egen skyld træffer beslutninger på deres vegne? En situation kunne være, at man for borgernes egen skyld vil have det gjort mindre acceptabelt at overskride Sundhedsstyrelsen grænser for alkoholindtag. På den baggrund initierer man måske en kampagne, der betoner det uansvarlige i drikke over denne grænse med den konsekvens, at borgerne bliver mere opmærksomme på at stoppe efter nogle få glas. For mange ville der være tale om et rationelt valg. Konsekvensen kunne dog samtidig være, at også mennesker, der alt taget i betragtning ville have det bedste liv ved at vedblive med at drikke lidt mere rødvin, følte sig stigmatiseret eller stoppede helt med at nyde rødvin på grund af myndighedernes påvirkning.

Jo mere myndighederne skubber på, jo flere træffer *sunde* valg, men man kan samtidig frygte, at der i stigende grad er tale om valg, der ikke er hensigtsmæssige set ud fra de pågældendes *samlede* interesser. Påvirkningen kunne på den måde siges at være frihedsbegrænsende eller ligefrem skadelig for nogle borgere, idet sundhed – og snævert set kropslig sundhed – ikke kan siges at udgøre en fuldstændig realisering af livets værdi. Med andre ord kan folkesundhedsinterventioner altså lige som i læge-patientsammenhængen føre til, at den enkelte påvirkes negativt frem for at blive gavnet. Det gælder uanset, om en given intervention er paternalistisk motiveret, fordi bestemte værdier og opfattelser presses ned over borgere, som er fuldt ud kompetente beslutningstagere.

Det synes dog som nævnt at være en udbredt opfattelse, at mennesker i mange situationer nødvendigvis er inkompetente beslutningstagere. I sådanne sammenhænge kunne paternalistiske beslutninger for så vidt anses som mere ”bløde”, og i det mindste en blid form for paternalisme kunne være legitim.

Tankegangen har under betegnelsen *nudging* de seneste år vundet frem både politisk, akademisk og i bredere sammenhænge. Aviser og magasiner bringer jævnligt guides til, hvordan man kan *nudge* sig selv til at spise mindre ved at bruge mindre tallerkener, købe små portionsstørrelser, dyrke mere motion ved at stille løbeskoene frem, etc.

Vi bruger altså forskellige tricks til at skubbe til os selv for at opnå vores langsigtede mål, ligesom det er velkendt, at forældre af omsorg ligefrem bruger manipulerende værktøjer over for deres børn. Men bør det offentlige sundhedsvæsen tage sådan noget som *nudging* i brug over for borgerne?

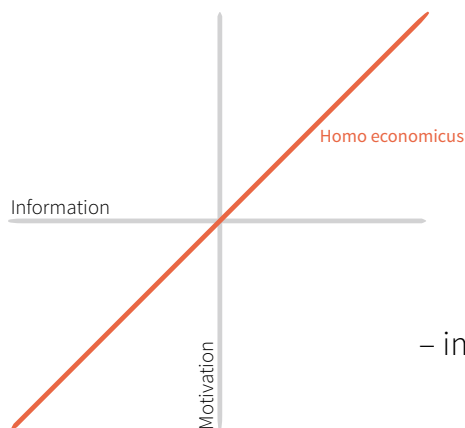
## Nudgning

*Et nudge, som vi vil bruge udtrykket, er 'ethvert design af det valgmiljø, som folk vælger i, der ændrer deres adfærd på en forudsigelig måde uden at fjerne valgmuligheder eller ændre på de økonomiske incitamenter'.<sup>38</sup>*

Nudges er udtryk for en bestemt måde at påvirke menneskers adfærd på. Det centrale i citatet oven for er formuleringen "ændrer deres adfærd på en forudsigelig måde". Den økonomiske videnskab har kæmpet med det forhold, at mennesker ikke handler tilstrækkelig "rationelt" til, at de økonomiske modelberegninger holder og tilstrækkelig præcist kan forudsige eller forklare hændelser som forbrugervalg eller økonomiske op- og nedture. Der er langt fra "homo economicus" – det rationelle menneske – til virkelighedens menneskelige adfærd.

### Ændring af adfærd

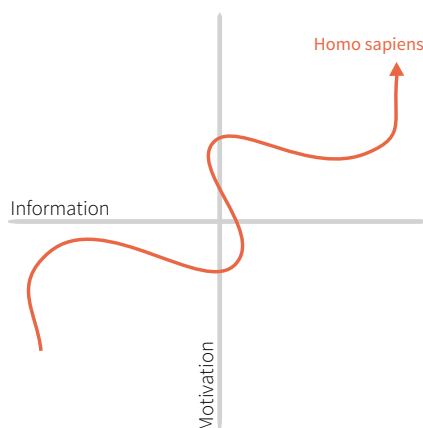
– imod det der er bedst for dem selv



Kilde: Søren Carsten Nielsen, Københavns Universitet (personlig kommunikation)

### Ændring af adfærd

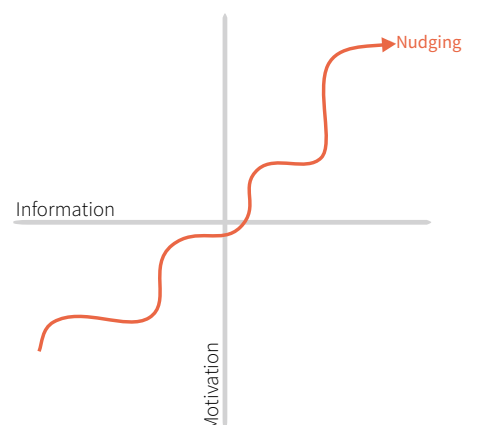
– imod det der er bedst for dem selv



Kilde: Søren Carsten Nielsen, Københavns Universitet (personlig kommunikation)

### Ændring af adfærd

– imod det der er bedst for dem selv



Kilde: Søren Carsten Nielsen, Københavns Universitet (personlig kommunikation)

Menneskers adfærd kan påvirkes i en forudsigelig retning gennem f.eks. tvang, forbud eller afgifter. Men som det fremgår af citatet, er *nudging* noget andet end forbud og økonomiske påvirkninger – traditionelle former for adfærdspåvirkning, som Thaler og Sunstein mener, har vist sig ofte at være ineffektive i forhold til at begrænse f.eks. fedmeepidemier og de stigende sundhedsudgifter.<sup>39</sup> De har dog ikke kunnet dokumentere, at *nudging* har haft større effekter.

*Nudging* virker derimod ved – ud fra et kendskab til *menneskers automatiske reaktionsmåder*, f.eks. *deres tendens til at vælge det umiddelbart letteste* – at indrette det valgmiljø, dvs. den situation og de omgivelser, valget opstår i, der får de fleste til at vælge det, man ønsker, de skal vælge. Hvis mennesker skal påvirkes til at bevæge sig mere, kan man f.eks. påvirke dem ved at gøre det mere besværligt at tage elevatoren eller at køre i bil. Hvis man ønsker de skal gå til lægen, kan man sende dem en tid og skrive, at de skal ringe, dvs. foretage sig noget aktivt, for at melde fra.

Fejlen ved de traditionelle påvirkningsmetoder er ifølge Thaler og Sunstein, at de bygger på en forestilling om, at mennesket normalt formår at handle rationelt. *Nudging* baserer sig derimod på indsigter inden for adfærdsforskningen, der viser, at mennesker oftest er dårlige til at udøve autonomi – selv når betingelserne for rationel stillingtagen er til stede:

*Forskning inden for psykologi og økonomi har henover de sidste tredive år rejst spørgsmålstegn ved rationaliteten af mange af de vurderinger og beslutninger, individer tager. Folk (...) bruger tommelfingerregler, der får dem til at begå systematiske fejl (...), lider under problemer med selvkontrol og træffer valg afhængig af problemets framing.*<sup>40</sup>

39 Side 17 i Sunstein & Thaler, 2008

40 Sunstein & Thaler, 2003



## ADFÆRDSFORSKNING – SYSTEM 1 OG 2-TÆNKNING OG BIASES

Adfærdsforskningen er ikke mindst blevet kendt via den nobelprisvindende adfærdsøkonom Daniel Kahnemans storsælgende bog ”Thinking, fast and slow”. I bogen beskriver Kahneman, at mennesker besidder to typer tænkning:

- *System 1-tænkning* er den hurtige, intuitive, automatiske tænkning, vi har begrænset kontrol over, men som, hævder Kahneman, er ophav til størstedelen af vores vurderinger og valg. System 1-tænkning betjener sig af *heuristikker*, dvs. tommefingerregler eller mentale smutveje, hvilket evolutionært har været vigtigt for os. Desværre begår system 1 i sit hastværk systematiske irrationelle fejl, som kan beskrives som en række veldefinerede *biases* (se eksempler nedenfor)
- *System 2-tænkning* er den langsomme, reflekterede og rationelle tænkning, der tager over, når vi skal træffe mere komplicerede valg. Men system 2 løber nemt tør for energi (”ego-depletion”) og overlader valgene til system 1

En af Kahnemans pointer er, at vores stærke intuition om, at vi er kompetente beslutningstagere skyldes, at vi identificerer os med system 2-tænkningen. Men da system 1 udgør den dominerende tænkemåde, er der i høj grad tale om en illusion; helt overvejende ved vi dermed ikke, hvem vi er, hvad vi gør, og hvorfor vi gør det. Forfatteren oplister en længere række eksempler på *biases*, som altså er udtryk for menneskets grundlæggende hurtige, men ureflekterede og irrationelle, automatiske tænkning.

**Framing information bias:** Tendensen til at blive overdrevent påvirket af måden, hvorpå information præsenteres. For eksempel træffer vi forskellige valg mellem behandlingsalternativer afhængig af, om fordele og ulemper præsenteres i termer af relative eller absolutte tal, om et bestemt valg præsenteres som *normalt* eller *unormalt*, osv.

**Status quo bias:** Tendensen til passivt at acceptere den situation, der er lagt til rette, som den rigtige; automatisk tilmelding kan f.eks. øge deltagelse i forhold til aktiv tilmelding. Det er også vist, at hvis man f.eks. får en stor tallerken, vil man have en tendens til at spise mere, og at det er muligt at *nudge* sig selv ved at vælge små tallerkener, portionsstørrelser osv.

**Forankringsbias:** Tendensen til at tillægge den første information, vi modtager, overdreven betydning. I et forsøg hvor en række dommere slog med et sæt terninger, der kun kunne slå resultatet 3 eller 9 og derefter skulle vurdere strafudmåling for den samme kriminelle handling, viste det sig, at de dommere, der havde slået ni gennemsnitligt udmålte en straf på 8 måneder, mens dem, der havde slået 3 gennemsnitligt valgte en straf på 5 måneder.

**Focussing bias:** Tendensen til at overvurdere betydningen af det, vi konkret har bevidstheden rettet imod.

## Libertariansk paternalisme

De færreste vil benægte adfærdsforskningens billede af, at mennesker ofte træffer irrationelle beslutninger. En væsentlig uenighed går derimod på, hvad man som beslutningstager på den baggrund bør gøre, dvs. hvilke etiske konsekvenser, man bør drage. Oven for blev brugen af informeret samtykke beskrevet som ét alternativ. Nogle undersøgelser viser, at det er muligt, givet tilstrækkelig med tid, adgang til information og rådgivning etc., at begrænse effekten af f.eks. bestemte måder at fremstille en sag ("de-biasing effect").<sup>41</sup> Thaler og Sunsteins bud er, at man bør hjælpe folk ved at styre deres valg i en retning, der fremmer deres velfærd. De taler for, at der udpeges "valgarkitekter" eller "planlæggere", som sørger for, at "valgmiljøet" favoriserer beslutninger, der fremmer den påvirkedes velfærd.

I og med at der er tale om en form for påvirkning, der sker til den påvirkedes eget bedste men uden at spørge vedkommende, er der tale om paternalisme. Men, siger forfatterne, der er tale om en meget lidt indgribende form for paternalisme, såkaldt "libertariansk paternalisme":

*Libertariansk paternalisme er en relativt svag og ikke-indgribende form for paternalisme, fordi valg ikke forhindres (...) og kun medfører ubetydelige omkostninger for dem, der vælger at afvige fra planlæggerens foretrukne valgmulighed.*<sup>42</sup>

Men, kan man indvende, hvordan kan det ud fra et libertariansk perspektiv, dvs. et perspektiv der lægger afgørende vægt på frihed, være legitimt at styre borgere ud fra på forhånd fastsatte værdier? Fordi, siger forfatterne, der ikke findes neutrale situationer; valgsituationer, pointerer de, favoriserer under alle omstændigheder bestemte valg, og derfor medfører *nudges* ikke mere styring, end der i udgangspunktet var. Et velkendt *nudge* består f.eks. i at indføre automatisk tilmelding (til f.eks. cancerscreening) for at fremme høj tilslutning. Det kunne være på bekostning af dem, der ikke ville deltage, men ikke fik frameldt sig. Men uden dette *nudge* ville folk aktivt skulle tilmelde sig, hvilket i stedet ville favorisere fravalg på bekostning af dem, der gerne vil deltage men ikke får tilmeldt sig. Bestemte handlinger, fordele og ulemper vil være favoriseret, uanset om valgmiljøet er påvirket eller ej.

Kritikere påpeger dog, at dette argument ikke er helt overbevisende, for dels er dét at påvirke andre *intenderet* ansvarspådragende, og *nudges* er dermed ikke så uskyldige, som forfatterne hævder. Dels bruges *nudges* netop i situationer, hvor de påvirkedes mulighed for at udøve autonomi i udgangspunktet hævdes at være begrænset, og derfor kan det ikke antages, at det er nemt at undgå valgarkitekterens valg.<sup>43</sup> Jo kraftigere påvirkningen er, jo mere stiger "risikoen" for, at flere bliver styret til at vælge noget, de i virkeligheden ikke ønsker. En vigtig forudsætning for libertarianske paternalister er under alle omstændigheder, at omkostningen ved at afvige fra påvirkningen er ubetydelig. Forfatterne siger dog også, at hvad der udgør ubetydelige omkostninger ikke kan defineres klart. De hævder dog, at *nudging* normalt ikke kan anses som manipulerende.<sup>44</sup>

41 Mitchell, 2005

42 Sunstein & Thaler, 2003

43 Hansen, P. G. & Jespersen, 2013

44 Sunstein, 2016a, 2016b

### Individuel relation

Det fremgik ovenfor, at paternalisme er mere legitimt, hvis forventningerne til respekt for autonomi er begrænsede (kollektiv relation), situationen vanskeliggør udøvelse af autonomi, og risikoen for skade er begrænset (f.eks. forbrugersituation). I sammenhæng med beslutning om diagnostik og behandling er der derimod stærke argumenter for at fremme kritisk stillingtagen og dermed undgå skjult påvirkning, fordi det modsatte gør sig gældende. Hvis de påvirkede kan antages i udgangspunktet at forholde sig ukritiske – f.eks. patienter der har tillid til deres læge – bør man som følge heraf være særligt omhyggelig med at sikre kritisk stillingtagen og dermed undgå nudges.<sup>45</sup>

### Kollektiv relation

I kollektive sammenhænge er der ikke de samme forventninger til respekt for autonomi; tvært imod kan der være stærke argumenter for, at sundhedssystemet påvirker borgerne. Man kan dog sondre imellem situationer, hvor:

- de mulige skader ved både til- og fravalg kan anses som betydelige, f.eks. valg om screening, diagnostik, behandling, organdonation eller vaccination. Det taler for vægtning af respekt for autonomi og dermed imod *skjult* påvirkning
- de mulige skader ved styrede valg er begrænsede, f.eks. påvirkning i retning af sunde livsstilsvalg, som ikke behøver at have andre negative konsekvenser, end at borgere prioriterer sundhed højere end de ellers ville

Hvor det forekommer realistisk i den første type situation at fremme autonom stillingtagen gennem brugen af samtykkeprocedurer, forekommer det både mindre afgørende og mindre realistisk i sammenhæng med livsstilsvalg, f.eks. forbrugssituationer. Man kan på den baggrund hævde, at *nudges* mest ukontroversielt kan bruges i sådanne sammenhænge.<sup>46</sup>

*Et eksempel: En kommune opdager, at den væsentligste årsag til hospitalsindlæggelser blandt kommunens borgere er fysisk inaktivitet. Kommunen beslutter at udnævne en række aktivitetsambassadører, som bliver eksponeret i lokale medier og ved lokale arrangementer, hvor de viser, hvordan de hver især prioriterer at være i god form. Ved alle disse lejligheder omtales sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed. Kommunen sørger på baggrund af effektundersøgelser for at præsentere sammenhængen i et sprog og med tal, der så vidt muligt er overbevisende, f.eks. ved hyppigt at bruge et ord som "normal" frem for "gennemsnitlig" og i termer af "dødelighed" frem for "livskvalitet".*

45 Diskussionen her angår hvilket ideal, der bør gælde i forholdet mellem læge og patient. Det kan diskuteres, hvad der i praksis skal til for at leve op til idealet. F.eks. kan det forekomme både urealistisk og unødvendigt, hvis autonomikravet oversættes til, at et krav om at patienter, der er på vej igennem et tilrettelagt behandlingsforløb og dermed indledningsvis har taget kritisk stilling, på ny skal tage kritisk stilling, hver gang de skal have taget en blodprøve og lignende. Se, Holm & Ploug, 2015

46 Og dog påpeger Thaler og Sunstein, at der findes mange situationer, hvor mennesker ikke er let påvirkelige, f.eks. fordi de tager sig tid eller er velinformerede. Her ville det være mere kontroversielt at nudge. Ifølge Gregory Mitchell betyder manglen på en generel teori om, hvornår mennesker er påvirkelige, og dermed kan antages at risikere at træffe irrationelle valg, at libertariansk paternalisme kan skabe en paternalistisk glidebane, der i for høj grad tillader påvirkning af kompetente borgere. Se, Mitchell, 2005

Grunden til, at indsatsen virker nudgende, er, at mennesker er underlagt såkaldt *framing information-bias*. Selvom der kan være gode grunde til at tro, at ikke alle deler et ønske om at være mere fysisk aktive, kan kommunen ræsonnere, at resultatet trods alt gennemsnitligt er bedre, end hvis borgerne forblev fysisk inaktive. Det ville være bedre for mange borgere, og det kunne anses for at fremme opretholdelsen af et retfærdigt og solidariske sundheds- og velfærdssystem. Samtidig er det ikke svært at modstå påvirkningen og dermed fortsætte med at være fysisk inaktiv. Tvært imod kan man hævde, at de fleste stadigvæk helt overvejende ville være tilbøjelige til at fortsætte en inaktiv livsstil. En effekt kunne ikke desto mindre være, at nogle borgere ville opleve det som skamfuldt og unormalt ikke at være fysisk aktive uden at have overskud til at ændre adfærd. Det kunne med andre ord i praksis være mere omkostningsfuldt for nogle end for andre at stå imod et givent *nudge*, og nogle ville samlet set kun opleve ulemper ved indsatsen.

Men, spørger kritikere, hvorfor skulle det nogensinde være ønskeligt at påvirke borgeres adfærd uden at spørge dem, hvad de foretrækker – risikerer sundheds-*nudges* ikke på den måde at fremme sundhed på bekostning af andre værdier? Til det svarer tilhængerne, at folk i mange situationer ikke har særligt veludviklede præferencer og ofte er dårligt informerede; tvært imod er det en almindelig erfaring at have modsatrettede præferencer, f.eks. for at spise is og samtidig for at tabe sig. Hvis der ikke trædes klare præferencer under fode, er krænkelsen af autonomi begrænset.

Man kan desuden indvende, at nogen vil have præferencer, og disse kan blive trådt under fode. Skulle man helt undgå dette, kunne man mene, at alene *nudges*, der fremmer frihed snarere end velfærd, er acceptable; de omtalte selv-*nudges* kan anses som et eksempel på dette. At stille løbeskoene frem eller slikskålen væk kan siges at ske ud fra en personlig erfaring om, at andre former for bias ellers vil føre til irrationelle valg (de-biasing *nudges*). Det ville man derimod ikke kunne antage på andres vegne, og derfor ville det i højere grad være frihedsbegrænsende, hvis f.eks. supermarkeder eller kantiner skjulte slikket.

Problemets omfang afhænger i nogen grad af, hvor nemt det i praksis er at afvige, om end man kan mistænke, at jo nemmere det er at afvige, jo mindre effektive vil *nudge*-tiltag samtidig være. Over for de mulige ulemper står desuden de mulige og eventuelt store fælles og individuelle goder, nudging kunne medføre i form af øget folkesundhed.

## GRÆNSER FOR PÅVIRKNING – TRANSPARENS OG TILLID

Det er ikke nødvendigvis realistisk eller ønskværdigt for hverken den enkelte eller fællesskabet at insistere på, at mennesker altid i relevant omfang formår at tage reflekteret stilling. Men hvis kriteriet for, at myndigheder må påvirke borgernes sundhedsadfærd, alene er, at de er svage beslutningstagere, kan grænserne for at ”hjælpe” dem blive for vide. Det er f.eks. blevet foreslået, at myndigheder ”mod-*nudger*” borgerne i lyset af, at borgerne er under massiv følelsesmæssig påvirkning af reklamer fra forbrugsvareindustrien.<sup>47</sup> Mod-*nudging* kan forekomme som en legitim paternalistisk bestræbelse i en situation, hvor man anser reklamer for at være en hovedårsag til de aktuelle folkesundhedsproblemer, men ikke ønsker at begrænse virksomhedernes påvirkningsmuligheder.

Der findes dog talrige historiske eksempler på, at en tankegang, der afviser borgernes ønsker og valg som illegitime, kan føre til vidtrækkende magtmisbrug.<sup>48</sup> En grundlæggende kritik af brugen af nudging i sammenhæng med livsstilsvalg går på, at hele tankegangen er udtryk for et uheldigt skred i menneskesynet og dermed i forholdet mellem stat og borgere. Den *nudgende* stat er ifølge politologen Adam Burgess umyndiggørende og ”infantiliserer” borgerne, der ikke lærer selv at tage ansvar for deres valg og levemåde. Muligvis handler mennesker ufrit eller inkompetent, men begynder staten at *nudge* borgerne, gøres de endnu mere uoplyste og ufri.<sup>49</sup> En anden kritik er, at hvis borgerne ikke ved, at de bliver påvirket, kan de ikke kontrollere og gøre indsigelser imod påvirkningsformer, de ikke anser for legitime. En tredje kritik er, at selv myndigheder med gode hensigter kan tage fejl og påvirke mennesker i en retning, som ikke gavner deres velfærd.

Det taler for at indføre en eller anden form for kontrolmekanisme. Tilhængere af nudging foreslår derfor også, at man kan stille krav om transparens og demokratisk kontrol. Transparens betyder her populært sagt, at borgere, der *nudges*, kan gennemskue og accepterer, at de bliver påvirket og på hvilken måde.<sup>50</sup>

Dette svar kan anses som tilfredsstillende i en række sammenhænge. Mange ville formentlig anse det som legitimt ad demokratisk vej at indføre f.eks. sund mad i kantiner for at forbedre folkesundhed, hvis det foregår på en transparent måde og evt. på baggrund af en kollektiv beslutning. Men det rejser et bredere spørgsmål om, hvorvidt borgere kan påvirkes med et *hvilket som helst middel*, forudsat at påvirkningen kan gennemskues, og at tiltaget evt. er blevet vedtaget demokratisk? Under disse forudsætninger, kunne myndigheder f.eks. benytte reklame over for befolkningen? I nogle situationer kunne en sådan tilgang anses som problematisk.

Man kan f.eks. forestille sig en situation, hvor accepten af nudge skyldes, at risikoen for sygdom pustes op af f.eks. politikere og presse, med det resultat at borgerne overfokuserer på sundhed.<sup>51</sup> Accepten skyldes altså her påvirkninger, der i sig selv kan anses som skjulte.<sup>52</sup>

Man kan også overveje, om transparenskravet er tilstrækkeligt til at sikre borgernes selvbestemmelse. Såkaldt *social marketing* fungerer ved at bruge reklameindustriens meget effektive virkemidler til at fremme folkesundhedsmål. Ligesom kommercielle reklamekampagner er formålet at påvirke borgernes adfærd ved at manipulere med deres præferencer:

*Ved at imitere den kommercielle markedsførings teknikker, der ofte appellerer til folks stærke længsel efter social (...) succes, kan man mere effektivt få folk til at ændre deres livsstil end gennem traditionel uddannelse.*<sup>53</sup>

48 Inden for marxismen opereres der f.eks. med begrebet ”falsk bevidsthed”, dvs. vurderingen af, at mennesker systematisk fejlfortolker deres egne interesser; denne vurdering kan bruges til at forsvare former for styring, der står i modsætning til de ønsker, borgerne udtrykker

49 Burgess, 2012

50 Hansen, P. G. & Jespersen, 2013

51 Burgess, 2012

52 Bemærk dog, at denne kritik kan udsættes for den samme kritik, som kritikerne af nudge fermhæver, nemlig at borgernes ønsker tilsidesættes under henvisning til, at deres ønsker ikke kan anses som troværdige eller autentiske

53 Nordenfelt 1995 i Holland, 2014

Medmindre man antager, at reklamer kun kan virke manipulerende over for dem, der ikke kan gennemskue deres virkemåde, forhindrer transparenskravet ikke, at påvirkning sker på en skjult måde. Et andet problem kan siges at være, at mennesker ofte ikke er optaget af at gennemskue påvirkninger, jf. beskrivelsen ovenfor af, at mennesker ofte træffer valg på en automatisk måde. I så fald må man tro, at påvirkning er effektiv selv over for de, der ville kunne gennemskue påvirkningen.<sup>54</sup>

Hvad enten dette skyldes, at den fornuftsbaseede system 2-tænkning simpelthen "forbigås", eller at mennesker, trods evnen til rationelt at kunne gennemskue påvirkningsmekanismen, stadig lader sig følelsesmæssigt påvirke, svækker det betydningen af et transparenskrav.

Social marketing rejser desuden en række spørgsmål: Retfærdiggør virkemidlets effektivitet, at offentlige myndigheder appellerer til og eventuelt forstærker bestemte statuskonventioner? Formår borgerne og herunder f.eks. børn at tage kritisk stilling til kampagnernes budskaber, når en offentlig myndighed er afsender? Hvordan påvirker sådanne virkemidler myndigheders troværdighed? Hvordan påvirker brugen af stereotyper samfundsværdier som tolerance? Ligesom indoktrinering er social marketing ikke blot autonomikrænkende, men kan også være skadeligt for relationen mellem borgere og myndigheder.<sup>55</sup>

Påvirkningsformer, der er direkte manipulerende ved f.eks. at udsætte de påvirkede for stærk følelsesmæssig påvirkning, går videre end paternalisme; påvirkningen er således ikke blot udtryk for myndighedernes ensidige vurdering af det "rigtige" valg, men kan siges direkte at *begrænse eller modarbejde* borgerens mulighed for at gøre modstand og tage reflekteret stilling vedrørende deres eventuelle deltagelse.

## Skjult påvirkning og tillid

Der findes situationer, hvor systematisk skjult påvirkning umiddelbart må anses som mindre kontroversielt. Når velkendte eksempler på *nudger* er ukontroversielle – f.eks. brugen af malede fodspor hen til skraldespande eller af små fluer i urinaler, der forhindrer at henholdsvis skrald og urin havner det forkerte sted – skyldes det netop, at væsentlige individhensyn ikke tilsidesættes. Det kan være fristende at udtænke tilsvarende *nudges*, der f.eks. kunne modvirke reklamernes magt, fremme tilslutningen til vaccinationsprogrammer eller sikre, at borgerne tager den medicin, de får udskrevet

54 Hansen & Jespersen argumenterer dog for, at nudging ikke bør anses som etisk problematisk, når den anvendes over for automatisk tænkning, da der ikke her i relevant forstand er tale om manipulation af "valg". Se desuden deres diskussion af transparens. Se '*Blide puf vs. barnepigestat*', Hansen & Jespersen, 2013

55 Et lignende virkemiddel, om end i mindre målestok, anvendes, i det omfang at danske myndigheder, bevidst eller ubevidst, i varierende grad *framer* sundhed som statuspræget, f.eks. ved at bruge billeder af smukke, unge, stærke eller kloge mennesker i deres publikationer. Hvis adfærdsforskningens resultater står til troende, ville kampagnerne være mindre effektive, hvis de i stedet brugte billeder af mange forskellige slags mennesker; til gengæld ville de måske bidrage til større tolerance.

Et yderligere problem ved at bruge skjult påvirkning er dog, at det nemt kan blive anset for at være udtryk for uærlighed eller mangel på respekt. Det må antages, at der er langt større forventninger til, at offentlige instanser er ærlige og forholder sig respektfuldt over for borgernes selvbestemmelse end virksomheder; hvis skjult påvirkning tærer på deres troværdighed, kan det give problemer i og uden for sundhedsvæsenet. Det ville således ikke være hensigtsmæssigt, hvis patienter begyndte at møde deres læge med samme kritiske indstilling som de har over for reklamer. Dette udgør en yderligere grund til at udvise forsigtighed med brugen af skjult påvirkning, også selvom den isoleret set kan forekomme hensigtsmæssig.

## AFVEJNING AF HENSYN

Det foregående har skitseret nogle af de generelle forhold, der er etisk væsentlige, når myndigheder påvirker borgeres sundhedsadfærd. Afvejningen af hensyn afhænger dog af mange konkrete forhold.

### INTERVENTIONSSTIGEN

Den engelske etikkomité Nuffield Council of Bioethics har opstillet en såkaldt interventionsstige, der anskueliggør den grundlæggende præmis, at mere indgribende folkesundhedsinterventioner alt andet lige kræver stærkere begrundelser. I en simplificeret form kan en interventionsstige se ud som neden for.

**Tvang:** Eliminering eller begrænsning af handlemuligheder  
F.eks. store vejbumpe, fjernelse af elevator, begrænsning i usunde madvarer

**Pres:** Personligt tab (ikke økonomisk) knyttet til handlemuligheder  
F.eks. straf for overskridelse af fartgrænser (ulovliggørelse)

**Incitamenter:** Økonomisk gevinst/tab knyttet til handlemuligheder  
F.eks. tilskud til sunde madvarer, skat på usunde.

**Skub:** Skjult tilskyndelse til handlinger  
F.eks. brug af "nudgingstrategier": Priming, Framing, Defaults etc.

**Overtalelse:** Information om gevinst/tab knyttet til bestemte valg.

Interventionsstigen kan give indtryk af, at det er ligetil at afgøre, om en given intervention er etisk legitim. Men vurderingen er som diskuteret i det foregående mere kompliceret end som så:

- Der kan være forskellige opfattelser af, hvad der generelt eller i en bestemt sammenhæng kan anses som mere eller mindre indgribende
- Også interventionerne i den mindre indgribende ende kan bruges på måder, der efterlader begrænset råderum for udøvelse af autonomi
- Det mindst indgribende alternativ behøver ikke at være det, der etisk set er mest acceptabelt. For eksempel kan man mene, at det ville være mere etisk problematisk at indføre afgifter (økonomiske incitamenter) end forbud imod organhandel
- Der kan være forskellige opfattelser af, hvor problematisk interventioner i det hele taget er
- Der kan findes oversete men realistiske alternativer, f.eks. mere effektive eller mindre indgribende alternativer, som gør, at de bør foretrækkes

Det Etske Råd har i sit [Policypapir](#) om etisk forsvarlig påvirkning af borgeres sundhedsadfærd inden for sundhedsvæsenet udformet en etisk tjekliste til brug for beslutningstagere og et sæt af generelle anbefalinger.



## LITTERATUR

- Baron, J. A., Malenka, D. J., Johansen, S., Wahrenberger, J. W., & Ross, J. M. (1993). *The framing effect of relative and absolute risk*. *Journal of General Internal Medicine*, 8(10), 543–548. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02599636>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. Hentet fra <https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780199924585?cc=dk&lang=en&>
- Blumenthal-Barby, J. (2012). *Between Reason and Coercion: Ethically Permissible Influence in Health Care and Health Policy Contexts*. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 22(4). Hentet fra <http://philpapers.org/rec/BLUBRA>
- Burgess, A. (2012). *Nudging' Healthy Lifestyles: The UK Experiments with the Behavioural Alternative to Regulation and the Market*. *European Journal of Risk Regulation*, 1. Hentet fra <https://kar.kent.ac.uk/36201/>
- Dawson, A., & Verweij, M. (2007). *Ethics, Prevention and Public Health*. Hentet fra <https://global.oup.com/academic/product/ethics-prevention-and-public-health-9780199570539?cc=dk&lang=en&>
- Det Etske Råd. (2012). *Det menneskelige genom – retlig regulering i klinisk og forskningsmæssig sammenhæng*. Hentet fra <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Genteknologi/Publikationer/2012-app2-Det-menneskelige-genom-retlig-regulering-i-klinisk-og-forskningsmaessig-sammenhaeng.pdf?la=da>
- Det Etske Råd. (2015). *Forskning i sundhedsdata og biologisk materiale i Danmark Baggrundspapir – juridiske aspekter*. Hentet fra <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Sundhedsdata/Publikationer/2015-05-12-Sundhedsdata-juridiske-aspekter.pdf?la=da>
- Det Etske Råd. (2016a). *Diagnosen som Begreb og Praksis*. Hentet fra <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Diagnoser/Publikationer/2016-Baggrundstekst-1-Diagnosen-som-begreb-og-praksis.pdf?la=da>
- Det Etske Råd. (2016b). *Etisk forbrug af klimabelastende fødevarer*. Hentet fra <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Natur-klima-og-foedevarer/Publikationer/Etisk-forbrug-af-klimabelastende-foedevarer.pdf?la=da>
- Det Etske Råd. (2016c). *Juridisk baggrundsnotat: Retlige rammer for administrative myndigheders initiativer på folkesundhedsområdet*.
- Diderichsen, F., Vallgård, S., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*.
- Dworkin, G. (2014). *Paternalism*. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Hentet fra <http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/paternalism/>

- Faden, R., & Shebaya, S. (2015). *Public Health Ethics*. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Hentet fra <http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/publichealth-ethics/>
- Gallagher, K. M., & Updegraff, J. A. (2012). *Health Message Framing Effects on Attitudes, Intentions, and Behavior: A Meta-analytic Review*. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 101–116. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007/s12160-011-9308-7#/page-1>
- Gigerenzer, G. (2014). *Should patients listen to how doctors frame messages?*. *The BMJ*, 349. Hentet fra <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g7091>
- Grønæk, M., Reventlow, S., & Jensen, B. B. (2016). *Kernebegreber i sundhedspædagogik*. Forebyggende sundhedsarbejde. Hentet fra [https://www.saxo.com/dk/forebyggende-sundhedsarbejde\\_bjarne-bruun-jensen\\_haefet\\_9788762812161](https://www.saxo.com/dk/forebyggende-sundhedsarbejde_bjarne-bruun-jensen_haefet_9788762812161)
- Hansen, M. B., & Svendsen, M. N. (2005). *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. Hentet fra <http://www.kora.dk/media/1196264/risikokommunikation-i-relation-til-sundhedsfremme-og-forebyggelse.pdf>
- Hansen, P. G., & Jespersen, A. M. (2013). *Blide puf vs. barnepigestat*. Kommunikationsforum. Hentet fra <http://www.kommunikationsforum.dk/artikler/nudging-paternalisme-og-manipulation>
- Hartlev, M., Hybel, U., & Mortensen, P. B. (2013). *Sundhed og Jura*, 130–132. Hentet fra <https://www.djoef-forlag.dk/da/boeger/s/sundhed-og-jura>
- Holland, S. (2014). *Health Promotion as Behaviour Modification*. *Public Health Ethics*, 133–159. Hentet fra <http://www.polity.co.uk/book.asp?ref=9780745662190>
- Holm, S., & Ploug, T. (2015). *Doctors, Patients, and Nudging in the Clinical Context — Four Views on Nudging and Informed Consent*. *The American journal of Bioethics*, 15(10), 28–38. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2015.1074303?journalCode=uajb20>
- Jørgensen, T. (18. februar 2011). *Fri os fra motions- og kostmafiaen*. Politiken. Hentet fra <http://politiken.dk/debat/kroniken/premium/ECE1199148/fri-os-fra-motions--og-kostmafiaen/>
- Larsen, E. *Lægeloven af 18. maj 1992* (1992). Folketinget. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/199112K00128>
- Løhde, S. (2016). *Sundheds- og Ældreudvalget, Alm. del spm. 350, 2015-16*. Folketinget. Hentet fra <http://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/spm/350/svar/1315681/1620104.pdf>
- Mitchell, G. (2005). *Libertarian Paternalism Is an Oxymoron*. *Northwestern University Law Review*, 99(3). Hentet fra [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=615562](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=615562)
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public Health: Ethical Issues*. Hentet fra <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>

- Prainsack, B., & Buyx, A. (2011). *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics*. Hentet fra [http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Solidarity\\_report\\_FINAL.pdf](http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Solidarity_report_FINAL.pdf)
- Rüdiger, M. (2003). *Statens synlige hånd – Om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede*. Hentet fra <http://da.unipress.dk/udgivelser/s/statens-synlige-h?nd/>
- Sarah Wadmann. (2016). *Det informerede samtykke i klinisk forskning kan forbedres*. Ugeskrift for Læger, 178.
- Sundheds- og Forebyggelsesudvalget. *Forslag til lov om ændring af sundhedsloven* (2014). Folketinget. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162181>
- Sundhedsstyrelsen. (2009a). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. Hentet fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/BD81261AADF743B4BEACE08BDDDC76B.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2009b). «Gør det sunde valg let» – *Muligheder for Strukturelle Indsatser i Kommunerne*. Hentet fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/5C12738A1A054B31B07FD7846B515FA0.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2014a). *Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer*. Hentet fra <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~media/31CB15B2A39E4A3EB198B9486F66B4A2.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2014b). *Danskernes Sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2013*. Hentet fra <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>
- Sunstein, C. R. (2016a). *Fifty Shades of Manipulation*. 1 J. Marketing Behav., 213. Hentet fra [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2565892](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2565892)
- Sunstein, C. R. (2016b). *Manipulation, Welfare, and Dignity: A Reply*. 1 J. Marketing Behav., 351. Hentet fra [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2661534](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2661534)
- Sunstein, C. R., & Thaler, R. H. (2003). *Liberation Paternalism*. The American Economic Review, 93(2), 175–179. Hentet fra <http://econweb.ucsd.edu/~jandreon/Econ264/papers/Thaler Sunstein AER 2003.pdf>
- Sunstein, C. R., & Thaler, R. H. (2008). *Nudge*. Hentet fra [http://www.saxo.com/dk/nudge\\_richard-h-thaler\\_hardback\\_9780300122237](http://www.saxo.com/dk/nudge_richard-h-thaler_hardback_9780300122237)
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik – Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Hentet fra [http://da.unipress.dk/media/2911351/87-7934-809-2\\_folkesundhed\\_som\\_politik.pdf](http://da.unipress.dk/media/2911351/87-7934-809-2_folkesundhed_som_politik.pdf)
- Wistoft, K. (2016). *Ny nordisk nudging*. Smag for Livet. Hentet fra <http://www.smagforlivet.dk/artikler/ny-nordisk-nudging>

© Det Etske Råd 2016

Det Etske Råd er et uafhængigt råd, der blandt andet arbejder med etiske spørgsmål, der knytter sig til sundhedsvæsenet.

Læs mere om baggrunden for arbejdet med myndigheders påvirkning af borgere og find den etiske tjekliste og andet materiale på:

[www.etiskraad.dk/etvenligtskub](http://www.etiskraad.dk/etvenligtskub)



**DET  
ETISKE  
RÅD**