

INDLEDNING

Denne bog handler om folkesundhed og magtudøvelse, to fænomener som umiddelbart giver forskellige associationer. Det første forbindes ofte med noget positivt, det sidste med noget negativt. Folkesundhedspolitik, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme har som mål at forbedre befolkningens sundhed. Det kan ses som udtryk for politikeres og myndigheders omsorg for borgernes ve og vel. Men netop i omsorgens navn påvirker de borgerne til at opføre sig på en bestemt måde; de udøver magt over dem.

Magtudøvelse er i denne fremstilling i sig selv hverken opfattet som positivt eller negativt. Hvis man ved begrebet forstår forsøg på at få andre til at handle anderledes, forekommer magtudøvelse i alle menneskelige relationer, og ofte med en fra magtudøverens side god vilje eller hensigt, med et ønske om at hjælpe og skabe et bedre liv for den anden/de andre. Fordi magtudøvelse af mange opfattes synonymt med tvang og overgreb, har jeg i stedet valgt hovedsagelig at tale om styring.

I bogen sammenligner jeg folkesundhedspolitikken i Danmark og Sverige i perioderne 1930–1950 og 1970–2002. Bogen søger svar på:

- Hvilke folkesundhedsproblemer blev defineret, og hvilke årsagsforklaringer blev givet på dem?
- Hvordan ønskede politikere og andre myndighedspersoner at udøve magt over borgerne, hvilke styringsmetoder var de parate til at tage i brug?
- Hvordan begrundede de deres ønske om at forbedre befolkningens sundhedstilstand og forebygge sygdomme?

Analyserne kan forhåbentlig give anledning til refleksioner over, hvilke styringsformer og begrundelser for magtudøvelse man synes er rimelige. Hvornår er det en opgave for myndighederne at gribe ind? Hvilke problemer skal løses, og hvordan bør det ske?

OM AT STUDERE FORTIDEN

Det er et vilkår for al historisk forskning, at fortiden ses gennem mange lag af senere begivenheder, erfaringer og forestillinger, og det er aldrig helt forudsigeligt eller bevidst styret, hvad vi ser, og hvad vi ikke ser. Når jeg her studerer forebyggelsespolitik i Danmark og Sverige, er mit blik farvet bl.a. af nutidige forestillinger om, hvad der er svensk og dansk, af de teorier, jeg har støttet mig til, af hvordan magt opfattes, og af de temaer, der præger min samtids politiske diskussioner om forebyggelse og folkesundhed. Den store politiske opmærksomhed om folkesundhedspolitikken i disse år har været med til at lede min opmærksomhed hen på tidligere tiders beskæftigelse med emnet. Mit håb er, at mine præmisser og mine analyser er så eksplicitte for læserne, at de kan tage stilling til den måde, jeg har formet billederne af fortiden på.

Påvirkningen går ikke kun den ene vej. De billeder, man skaber af fortiden, har betydning for, hvordan samtiden ses. Forestillingerne om fortiden kan f.eks. både være med til at få ens samtid til at virke som højdepunktet af fremskridt i forhold til mørke og uvidenhed. Den kan også opleves som en tilbagegang i forhold til en tabt guldalder. Fremstillingen her kan forhåbentlig være med til at nuancere forestillingerne både om den ene og den anden periodes særtræk.

KONSTRUKTIONEN AF VIDEN OG SANDHEDER

Enhver konstruktion af problemer og sandheder, af viden, er med til at sætte den politiske dagsorden. Skabelse af viden kan ses både som en forudsætning for magtudøvelse og som et led i den. Det første spørgsmål bogen behandler er: Hvad forstås ved folkesundhed? Hvilke problemer er det relevant at beskæftige sig med, og hvilke er deres årsager? Konstruktionen af, hvad der er rigtig og relevant viden, er med til at definere de områder, magten udøves på, hvad der kan tales om og besluttes, såvel som hvordan der kan handles. Gennem kategorisering af problemer og mennesker skabes magtudøvelsens genstand. Konstruktionen af den viden, som muliggør og former en given styring, tjener til „at reducere kompleksiteten, at skabe et afgrænset felt som regulerer, hvad der kan siges og hvad der ikke kan siges“.¹

Problemidentifikationen handler om, hvilke sygdomme og helbredsproblemer der bliver omtalt som folkesundhedsproblemer, og om, hvilke årsagsforklaringer der gives på dem. Kategorisering af givne sygdomme som livsstilssygdomme eller som levekårsproblemer har f.eks. stor betydning for, om politikerne især søger at påvirke den enkelte borgers adfærd, eller om de

søger at ændre de ydre forhold, borgerne lever under. Opfattes tuberkulose som især forårsaget af smitte, giver det et andet handlingsalternativ, end hvis opfattelsen er, at folks modstandskraft, ernæringsstatus, boligforhold etc., har afgørende betydning for sygdommens udvikling. Også placering af mennesker i bestemte risikogrupper er udtryk for en videnkonstruktion, som skaber rammer for magtudøvelsen.² Analysen af den viden, der konstrueres, kan dermed bidrage til at afdække, hvordan valg af indsatsområder foregår, og til at gøre de valgte styringsteknikker mere forståelige. Analysen kan også bidrage til at gøre opmærksom på, at verden kan fortolkes på flere måder.

MICHEL FOUCAULTS BEGREB GOVERNMENTALITY OG STUDIER AF MAGTUDØVELSE

Bogens andet spørgsmål er, hvordan de styrende ønsker at udøve magt? Hvilke midler er politikere og myndighedspersoner parat til at bruge for at få folk til at ændre adfærd, når det drejer sig om at forbedre sundheden? Den måde at stille spørgsmål på er især inspireret af den franske teoretiker og idéhistoriker Michel Foucault.³

Foucault forudsætter, at magt almindeligvis udøves over frie mennesker, som inden for visse rammer har mulighed for at handle, som de selv ønsker, og som har mulighed for at gøre modstand. For at forklare sit standpunkt nærmere skriver han, at man ikke kan udøve magt over den lankede slave, fordi han ikke har mulighed for modstand. Derfor består udfordringen i at få mennesker til at vælge at handle, som de styrende ønsker. Magtudøvelse definerer han, som „en samlet struktur af handlinger som retter sig mod mulige handlinger: den tilskynder, den forfører, den letter eller vanskeliggør, i ekstreme tilfælde tvinger eller forbyder den“.⁴ Magtudøvelse former altså folks handlemuligheder. Frihed og magt står kun under ekstreme forhold i modsætning til hinanden. Grunden til, at magtudøvelsen accepteres af individer, som har frihed til at vælge noget andet, er, at den også bidrager til at skabe noget, som folk ønsker. Den virker ikke kun begrænsende eller undertrykkende, „den gennemsyrrer og producerer ting, den skaber nydelse, former viden, producerer diskurs“.⁵

Den form for magtudøvelse, som handler om at overbevise de styrede om det rigtige og ønskelige i at ændre adfærd, sådan at de selv styrer deres handlinger i den ønskede retning, har Michel Foucault betegnet *governmentality*. Han laver et ordspil på dobbeltbetydningen af *conduct* (*conduire*), og taler om „conduct of conduct“ for at forklare begrebet. „For to conduct is at the

same time to „lead“ others ... and a way of behaving within a more or less open field of possibilities“.⁶ Styring handler både om udøvelse af magt over andre og over en selv. „Denne kontakt mellem teknologier for at dominere andre og selvteknologier kalder jeg *governmentality*“.⁷ Magtudøvelsen har to sider, hvilket, for at tydeliggøre Foucaults pointe, kan illustreres med ordpar som disciplinering – selvdisciplinering, beherskelse – selvbeherskelse, kontrol – selvkontrol, erkendelse – selverkendelse og hjælp – selvhjælp.

Gennem magtudøvelsen påvirkes ikke kun menneskers umiddelbare handlinger, men også deres måde at tænke på og deres fremtidige handle-mønstre. Man kan tale om, at den er med til at forme menneskers egenskaber, selvforståelse og ønsker, forme dem som subjekter. I analysen af magt-udøvelsen udgår Foucault fra, at den enkelte er et handlende subjekt med en bestemt identitet, som gennem magtudøvelsen bliver formet eller præget, bl.a. ved at hun/han kommer til at se sig selv med andre(s) øjne. Magt-udøvelsen sker altså over for i princippet frie individer, som skal påvirkes til at handle anderledes, styre sig selv, og som i denne proces også bliver omformet og omformer sig som subjekter.⁸

At styre mennesker indebærer netop „ikke at ødelægge deres evne til at handle, men at anerkende den og bruge den til sine egne formål“.⁹ Denne præcisering skyldes Nikolas Rose. Rose beskriver forskellige styrings-teknikker, f.eks. „ansvarliggørelsesteknologier“ og „styring gennem den bevidste brug af skam“,¹⁰ som også har inspireret udviklingen af de begreber, som beskrives i næste afsnit.

MAGTUDØVELSE. EN ANALYTISK TILGANG

I det følgende præsenteres de begreber, som jeg har udviklet ved at bruge ovenstående teorier på mit empiriske materiale, og som jeg har brugt i fremstillingen af resultaterne. Analysen af magtudøvelsen eller styringen tager udgangspunkt i, at der bruges to metoder. Dels *appellerer* de styrende til de egenskaber og ønsker, borgerne har, dels forsøger de at *forme* borgerne ved at prøve på at skabe nye egenskaber og ønsker hos dem, eller ved at forstærke dem, de allerede har.

STYRING GENNEM APPEL TIL ØNSKER OG EGENSKABER

Styring kan ske ved appeller til de motiver og *ønsker*, som man forventer, at mennesker har. Det kan være ønsket om at opnå et godt liv, lykke, skønhed,

styrke, rigdom eller bare om at være normal. Det sidste har sandsynligvis spillet en større rolle i sundhedspolitikken end på andre områder. De styrende kan også appellere til ønsket om at være og blive opfattet som et godt menneske, at være en god borger, som tager ansvar for sig selv, sin familie og sit fædreland; som kort sagt er med til at skabe et godt samfund. Sundhed bliver i sundhedsoplysningen koblet til idealer, man tror er udbredt i befolkningen. For at en given styring skal lykkes, behøver de styrede ikke at dele de styrendes mål, men den pågældende adfærd skal gøres meningsfuld for dem. De styrende kan f.eks. ønske at styrke samfundsøkonomien, men vælge at appellere til folks egen nytte.

Styring kan også ske gennem appel til de *egenskaber*, som de styrende forventer, at folk har f.eks. fornuft. Da håber de styrende, at folk ville handle som ønsket, forudsat at de bliver oplyst om, hvad der påvirker sundheden. Andre egenskaber kan være respekt for autoriteter og lydighed. Det er dog ikke altid nemt at skille „er“ fra „bør“ i det oplysende materiale, dvs. at det kan være svært at se, om det er borgernes fornuft eller lydighed, de styrende appellerer til. Ansvarlighed er en egenskab, der ofte appelleres til, og styring ved appel til denne egenskab er det, Nikolas Rose kalder „ansvarliggørelsesteknologier“.¹¹ Endelig appellerer de til følelser, som f.eks. forfængelighed, usikkerhed, væmmelse, samvittighed, angst eller skam.

De styrende appellerer til de ønsker og egenskaber, de forventer vil have den største effekt, f.eks. forfængelighed og skam, og til sådanne som de ønsker at fremme i befolkningen, f.eks. pligtfølelse og solidaritet, hvilket fører over til:

STYRING Gennem FORMNING AF SUBJEKTER

Magtudøvelse kan også handle om at forsøge at *ændre* befolkningens ønsker og egenskaber. Når der tales om at motivere borgerne til at ville sundheden og om at ændre holdninger eller om at støtte en given sundhedsgavnlig adfærd, er ambitionen netop at forme borgernes mål og ønsker.

Initiativer til at skabe *empowerment* eller *enablement* hos borgerne er eksempler på den slags magtudøvelse, som handler om at forme subjekter. De har som mål at styrke bestemte egenskaber – med et tungt ord – give folk handlegenet. Det kan her synes modsigelsesfuldt at tale om magtudøvelse, når pointen netop er at give magtesløse mere magt over deres eget liv. *Empowerment* kan imidlertid ses som magtudøvelse af to grunde. For det første fordi myndighederne nærmest tvinger folk til at tage stilling til

forhold, som de ikke tidligere har forholdt sig til. Nikolaus Rose siger herom: „Moderne mennesker har ikke kun ‘frihed til at vælge’, men er *forpligtet til at være frie*, til at forstå og forme deres liv i form af valg“. ¹² De bliver med andre ord stillet over for en lang række valg, de ikke kan undslå sig for at forholde sig til. For det andet er hensigten, at borgerne skal bruge deres handleevner til noget bestemt, til den adfærd, som myndighederne angiver. De skal bruge valgmulighederne til at vælge sundheden.

Magtudøvelse kan således også være med til at forme subjekterne sådan, at disse gør de styrendes ideer til deres egne. Den indebærer dermed den kombination af dominans- og selvteknologier, som Foucault taler om, jf. ovenfor. De styrendes forsøg på at forme borgerne forenes med borgernes bestræbelser på at forme sig selv.

DEN PASTORALE, OMSORGSFULDE MAGTUDØVELSE

Den magtudøvelse, der udforskes i denne bog, handler om statens omsorg for borgerne. Foucault siger om den rolle, staten her påtager sig, at den udøver „pastoral magt“. Han ser paralleller mellem den måde, velfærdsstaten sørger for og styrer sine borgere på, og den måde, hvorpå den kristne kirke, ikke mindst præsten, sørger for sine medlemmer. Ligesom hyrden for sine får. Der er således en dobbelthed i denne form for magtudøvelse, nemlig omsorg og overvågning, eller kontrol og skabelse af tryghed. „Den moderne vestlige stat har integreret en ældre magtteknik, som opstod i kristne institutioner, i en ny form. Vi kan kalde denne magtteknik for pastoral magt“. ¹³ Målet er ikke længere frelse, men at redde borgerne for denne verden. Foucault taler om, at: „Den ‘moderne stat’ er en meget sofistikeret struktur, som individerne kan blive integrerede i på betingelse af, at deres individualitet formes på en ny måde og underlægges en række specifikke mønstre“. ¹⁴

Velfærdsstatens omsorg eller magt udøves af et voksende antal ansatte, som har brug for viden for at varetage deres opgaver. Viden om den enkelte borger opnår de f.eks. på sundhedsområdet gennem helbredsundersøgelser og andre former for overvågning. For at kunne bedømme, om de undersøgte lever op til en given, ønsket standard, skal denne standard defineres, hvilket i sig selv forudsætter en viden om borgernes sundhedstilstand, som netop tilvejebringes gennem undersøgelserne. Viden bliver med andre ord skabt og brugt i samme proces.

I de skandinaviske velfærdsstater er relationen mellem stat og borger ofte direkte, idet det er offentligt ansatte, som udøver den pastorale omsorg

eller magt.¹⁵ Den svenske historiker Lars Trägårdh¹⁶ mener, at de nordiske velfærdsstater er præget af „statist individualism“. Staten opfattes ikke kun som undertrykkende, men også som beskyttende. Trägårdh hævder, at de nordiske velfærdsstater adskiller sig fra f.eks. katolske lande gennem den individuelle dimension i den sociale kontrakt, hvor hverken familie, kirke eller andre udgør et mellemed.¹⁷ Dette er givetvis en forenkling. Private organisationer som folkebevægelser, velgørenhedsorganisationer og erhvervsorganisationer har spillet en stor rolle. Sammenlignet med mange sydeuropæiske lande har staten dog en større funktion i formidlingen af velfærdsydelse.

BEGRUNDELSER FOR FOLKESUNDHEDSPOLITIKKEN

Bogens tredje spørgsmål er, hvilke begrundelser politikerne i de to lande fremførte for initiativerne i folkesundhedspolitikken. Den svenske historiker Jan Sundin skriver om myndighedernes bestræbelser på at forbedre befolkningens sundhed således: „I dessa idéer ingår dels tron på att vissa bättre än andra kan avgöra hur det goda livet bör vara, dels att dessa har såväl skyldighet som rättighet att använda sina överlägsna kunskaper, om nödvändigt även mot den enskilda individen“.¹⁸ Det handler her om at finde ud af, hvordan de styrende begrundede, at de havde ret og pligt til at bruge den viden, de mente at have? Hvordan begrundede de deres forsøg på at styre folks adfærd på områder, som normalt opfattes som meget private, f.eks. sove- og spisevaner og seksualitet?

Analysen omhandler de forestillinger, der dominerede den sundhedspolitiske debat på de pågældende tidspunkter i de to lande. Den afspejler, hvad der blev opfattet som legitime begrundelser, og hvilke begrundelser politikerne regnede med kunne overbevise andre med. Begrundelser bliver til en del af magtudøvelsen. Hvis man kan få borgerne til at se forebyggelsesinitiativerne som fornuftige og velbegrundede, er der større sandsynlighed for, at de vil handle, som de styrende ønsker. Det forudsætter dog, at borgerne får kendskab til begrundelserne, hvilket næppe altid sker. De er jo hovedsageligt rettet mod de politikere og embedsmænd, som gennemfører styringen. Begrundelserne fungerer dermed som styring af dem, der skal styre borgerne.

Det er vigtigt at skelne mellem mål og midler. Målet – at gavne samfundet – kan opnås både gennem, at den enkelte borger tager ansvar, og gennem, at politikere og det offentlige påtager sig ansvar. Hvis målet er at skabe gode liv

for borgerne, kan det både opnås gennem den enkeltes indsats og politisk besluttede ændringer f.eks. i deres levekår. Den enkelte kan således både være et mål i sig selv og et middel til at gavne et fællesskab.

FRIHEDENS FORENELIGHED MED STYRINGEN

Magtudøvelse i form af forebyggelsespolitik kan både begrænse og frigøre. På den ene side styres menneskers handlinger og handlemuligheder i en bestemt retning, hvilket indebærer, at handlefriheden begrænses. På den anden side antages borgerne gennem denne styring at forbedre deres sundhed og dermed øge deres handlefrihed. Styringen indebærer dermed både mere og mindre frihed. Mindre, hvis man med frihed forstår frihed fra enhver indblanding, en negativ definition. Mere, hvis man med frihed forstår muligheder for at handle på basis af ressourcer som viden, sundhed etc., en positiv definition.¹⁹ Den indblanding i menneskers måde at leve på, som forebyggelsespolitikken indebærer, er ud fra et rendyrket liberalt synspunkt en krænkelse af den enkeltes integritet, af friheden som frihed fra indblanding, men ud fra et „velfærdsstatsligt“ synspunkt er den en metode til at give den enkelte ressourcer, som giver større frihed til at handle.²⁰ Lars Trägårdh hævder, at „frihed“ i Skandinavien er blevet ekstremt ‘positiv’ snarere end ‘negativ’.²¹ Det handler mere om at give borgerne handlemuligheder end om at begrænse indblandingen i deres liv.

Selv om man har individets autonomi som mål eller ideal, kan politiske indgreb således forsvares. Som den svenske filosof Nina Nikku skriver: „Vad som på kort sikt kan vara en inskränkning av autonomin kan i ett längre tidsperspektiv vara tvärtom, en ökning av autonomin eller ett förhindrande av en större autonomiminskning“.²² Undervisningspligten er et andet eksempel på en sådan indskrænkning af den enkeltes frihed, som på længere sigt kan øge handlemulighederne. Mulighederne formes samtidig af det, man undervises i, og af den måde, det foregår på, f.eks. om det er en autoritær undervisningsform eller en mere elevstyret.

Man kan også spørge, hvem der har ret til frihed, og hvem det er berettiget at underlægge frihedsbegrænsninger og indblanding. Heller ikke ifølge den liberale tænker John Stuart Mill er alle berettiget til frihed. Han gør undtagelser for børn og andre, som ikke „evner at forbedres gennem fri og lige diskussion“.²³ Som det vil fremgå, var opfattelsen af, hvor langt man kunne gå i indblanding i den enkeltes liv, meget afhængig af, hvilke grupper af borgere der var tale om.

HVORFOR SAMMENLIGNE OVER TID OG MELLEM DANMARK OG SVERIGE?

Sammenligninger kan ofte gøre en beskrivelse mere nuanceret. Den gør det muligt at identificere forskelle og ligheder og gør det ofte nemmere at finde årsager til de fænomener, man studerer.²⁴ Målet med den dobbelte sammenligning er at synliggøre forhold, som jeg ellers ikke var blevet opmærksom på. Sammenligningen kan også vise, at forhold, der fremstår som selvfølgelige og uafvendelige, ikke nødvendigvis er det. En sammenligning gør ofte forskellene mere synlige end lighederne. Sverige og Danmark kan derfor i det følgende fremstå som mere forskellige, end de ville gøre, hvis andre lande blev inddraget. De to lande er dog valgt, fordi de i mange henseender ligner hinanden. Det gør det muligt at få flere nuancer frem i analysen, end hvis jeg havde valgt lande, der var meget forskellige.²⁵

Valget af Sverige skyldes også, at landet i den danske politiske debat har spillet en større rolle som model og modbillede end andre lande.²⁶ I begge lande synes der at herske en forestilling om, at dansk politik, ikke mindst på folkesundhedsområdet, adskiller sig væsentligt fra den svenske. Danskerne opfattes og opfatter sig selv som et antiautoritært og frihedselskende folk, som ikke vil finde sig i den restriktive politik, som svenskerne ifølge forestillingen er udsat for og lydigt følger.²⁷ Som det vil fremgå, er forskellene mellem de to lande knap så store i denne henseende, som de almindeligt forekommende nationale forestillinger giver indtryk af.²⁸ Selvbillederne er med andre ord fortegnede.

Sammenligninger over tid kan også bruges til at gøre en beskrivelse mere facetteret og til en forståelse af det særlige ved en given periode. Ser man kun på sin samtid, kan det være vanskeligt at udsige noget om, hvad der er særligt for denne tid, fordi man mangler distance. Det kan synes en banalitet, men ikke desto mindre er udtalelser om det særlige ved vores tid, som netop ikke baseres på undersøgelser af den fortid, som den angiveligt skulle adskille sig fra, ikke helt sjældne.²⁹ Sammenligninger mellem de to tidsperioder kan vise, om politikken er blevet mere liberal, om den afspejler større respekt for den enkeltes autonomi, eller om myndighederne blander sig stadig mere i folks liv. De kan belyse, om der styres mindre gennem påbud og appeller til lydighed i slutningen af 1900-tallet, som flere forskere mener.³⁰ Endelig kan sammenligninger over tid og mellem lande bidrage til at skabe forståelse af, at folkesundhedspolitikken kunne være anderledes, at der findes alternativer.

Undersøgelsen belyser således også forskelle mellem den danske og den svenske forebyggelsespolitik i to forskellige tidsperioder af velfærdsstatens

historie. Er politikken mest knyttet til nationen eller tiden? Kan man med andre ord finde større forskelle mellem landene end inden for det enkelte land til forskellige tider? Meget tyder på, at de forskellige tidsperioders særtræk er mere fremtrædende end de nationale forskelle.

Det skal understreges, at jeg i denne bog ikke tilstræber at forklare de identificerede forskelle. Bogen omhandler en lang periode og et omfattende emne. Forsøg på at finde forklaringer på de mange forhold, der analyseres, ville nødvendigvis omfatte så mange sider af den samfundsmæssige udvikling, at det ikke er muligt inden for rammerne af et enkelt forskningsprojekt.

A F G R Æ N S N I N G

Som sagt rummer alle menneskelige relationer magtudøvelse. Magtudøvelse med henblik på at forbedre en befolknings sundhed foregår på mange områder og måder. F.eks. indebærer forældres opdragelse af børn sygdomsforebyggelse, som også kan ses som en magtrelation. Jeg vil i denne undersøgelse begrænse mig til den sygdomsforebyggelse, som sker med politisk sanktion eller på politisk initiativ. Det betyder, at myndigheders magtudøvelse er i fokus. Hvem der er myndighedsrepræsentanter er dog ikke altid indlysende. Hvor centralt placeret skal f.eks. en autoriseret læge være i forhold til politisk styrede myndigheder for at kunne ses som myndighedsrepræsentant? De folkelige bevægelers rolle især i Sverige kan heller ikke adskilles klart fra myndighedernes. Bevægelserne blev ofte inddraget som centrale aktører i arbejdet, og der var et nært samarbejde mellem private organisationer og myndigheder. De folkelige bevægelser var således ofte tæt knyttet til magthaverne. I de senere år er de såkaldte NGO'ere (non governmental organisations) kommet til at spille en endnu mere central rolle som redskaber i staternes politikudøvelse, ofte med temmelig store statstilskud. Dermed ikke være sagt, at de kun er redskaber. De folkelige bevægelser og andre organisationer, f.eks. idrætsforeninger, patientforeninger mv., påvirker ofte de politiske beslutninger. De udfører ikke kun politikken, de former den også. Filantropiske og andre organisationers forebyggelsesarbejde blev ofte overtaget af offentlige myndigheder, f.eks. børneplejestationerne og Mjölkdropparna.³¹ Derfor giver det ikke mening helt at udelukke ikke-statslige organisationers aktiviteter, når man ønsker at studere myndighedernes rolle. De vil derfor også blive behandlet her, især når de samarbejder med myndigheder.³² Iagttagelsen understreger, at politikernes magtudøvelse over for borgerne på dette område sjældent er en direkte relation. De styrer borgerne på

afstand. Politikere og embedsmænd er nødt til at påvirke andre, f.eks. læger og sygeplejersker, til at ændre adfærd over for patienter og andre borgere. Opdragerne skal opdrages.

Jeg undersøger, hvordan der bliver talt om folkesundhedspolitik og forebyggelse, hvordan politikere og andre definerer problemer, ønsker at styre og legitimere styringen. Det er ikke en analyse af beslutningsprocesser eller af, hvordan beslutninger om at iværksætte foranstaltninger bliver taget, eller af, hvem der initierer og beslutter dem.

Hvad skal medregnes til folkesundhedspolitikken? Der er jo mange forhold, der har betydning for en befolknings sundhed. Jeg har valgt at behandle de initiativer, som af aktørerne selv blev betegnet som sygdomsforebyggelse, profylakse, sundhedsfremme, folkesundhedspolitik o.l. Folkesundhed (*folkhälsa*) er et begreb, som blev brugt i begge lande, men i Danmark var det næsten forsvundet i årene 1950 til 1990. Folkesundhed kunne fortjene en begrebshistorisk analyse. Her har jeg valgt at forholde mig pragmatisk til begrebet og lade mit emne afgrænse af det, som aktørerne har benævnt folkesundhed. Endvidere har jeg valgt især at studere de initiativer, som sigtede på at få folk til at ændre adfærd. Grunden er, at jeg er interesseret i den magtudøvelse, som havde til formål at få folk til selv at vælge at handle anderledes. Tiltag for at forbedre sundheden, som ikke forudsatte adfærdsændringer, omtales kun sporadisk. Det gælder levnedsmiddelkontrol, forureningsbekæmpelse, vejforbedringer, boliglovgivning, kloakering mv. De områder, jeg har valgt at studere, udføres i sundhedsvæsenet, som helbredsundersøgelser af børn og gravide og foranstaltninger over for smitsomme sygdomme, eller varetages af bl.a. sundhedsmyndigheder som oplysning om sund levevis. I den senere periode formuleredes samlede politikker og programmer for forbedring af folkesundheden, de analyseres også.

Det har ikke været muligt for mig at dække samtlige de styringsbestræbelser fra myndighedernes side, som handler om at ændre folks sundhedsrelaterede adfærd. En hel del områder har jeg valgt fra, nogle fordi de også handler om andet end sygdomsforebyggelse. Det gælder alkoholpolitikken, som bl.a. også rummer socialpolitiske aspekter, der ikke har direkte sundhedsrelevans. Det præger også oplysningsindsatsen på området. Alkoholpolitikken er desuden belyst meget grundigt af andre forskere.³³ Ej heller har jeg undersøgt politikken over for kønssygdomme. Den vedrører sandsynligvis lige så ofte sædelighed som sundhed.³⁴ En undtagelse er dog, at jeg behandler AIDS-politikken, som i Sverige blev ført ind under kønssygdomslovgivningen. Et andet stort område, som jeg har ladet ligge, er det arbejdsmedicin-

ske og arbejdsmiljøet. Dette omtales ofte som en del af folkesundhedspolitikken, om end det behandles ret stedmoderligt. Arbejdsmiljøspørgsmål betragtes, ligesom trafikpolitik, som selvstændige politikområder ved siden af sundhedspolitikken, selv om det senere ser ud til at ændre sig, i det mindste i Sverige. Andre områder, der er udeladt, er tandpleje og de eugeniske tiltag. De sidste er jo grundigt undersøgt af andre forskere.³⁵ Listen over ubehandlede emner kan sikkert gøres endnu længere. Disse afgrænsninger gør selvfølgelig, at mine konklusioner ikke dækker hele folkesundhedspolitikken.

Jeg undersøger ikke, om forsøgene på magtudøvelse lykkedes. Det, der interesserer mig er, hvad der af politikere og andre styrende opfattedes som anvendelige og legitime foranstaltninger over for borgerne, og hvilke de udtalte intentioner med politikken var. Når man arbejder med historisk materiale, er intentionerne ofte så langt, man kan komme. Man kan sige, at man i den situation ofte har en dobbelt uvidenhed. Man ved ofte hverken, om adfærden faktisk ændredes, eller, hvis den gjorde det, hvorfor det skete. Har man viden om, at folk ændrede adfærd som tilsigtet, vil man sjældent kunne vide, hvad årsagen var, dvs. om ændringen var resultat af den tilstræbte påvirkning, eller om den skyldtes andre forhold. Det samme gælder ændringer i folks sundhedstilstand. Den påvirkes af en meget lang række forhold, og det vil ofte være meget vanskeligt at afgøre, hvad der er de vigtigste årsager, selv om man kan komme med begrundede formodninger. Forebyggelsesaktiviteternes konkrete gennemførelse, og borgernes opfattelse af dem er heller ikke undersøgt. Det ville sandsynligvis også være meget vanskeligt at finde kilder hertil. Undersøgelsen handler derfor ikke om resultaterne af forebyggelsesinitiativerne. Jeg undersøger således hverken, om tiltagene faktisk fik folk til at ændre adfærd, eller, om indsatsen havde effekt på befolkningens sundhed.

Ligesom det i den geografiske komparation har betydning for, hvad der bliver synligt i analysen, hvilke lande man sammenligner, har det i den historiske komparation betydning, hvilke perioder man studerer. Myndighederne i både Danmark og Sverige har vist aktiv interesse i at forbedre befolkningens sundhed i større omfang siden 1700-tallet. Jeg har valgt at sammenligne perioder, som ligger forholdsvis tæt tidsmæssigt og ligner hinanden med hensyn til de samfundsmæssige forhold. Det bidrager til en mere nuanceret beskrivelse, end hvis meget forskellige tidsperioder var blevet valgt. Analysen tager sin begyndelse i 1930. 1930'erne og 1940'erne var årtier med stor aktivitet inden for forebyggelsesområdet.³⁶ Bogen omhandler de to årtier efter 1930 og perioden fra 1970 og frem. To perioder, hvor de politiske

debatter og initiativer på forebyggelsesområdet var relativt omfattende. Grunden til, at den mellemliggende periode ikke behandles, er frem for alt, at der i den var meget fokus på sygehuse og behandling og lidt på forebyggelse.

Der er lavet megen forskning om velfærdsstaten og noget om folkesundhedspolitikken, men der er ikke nogen, der har stillet spørgsmålet om magtudøvelsen inden for folkesundhedspolitikken i form af en historisk-komparativ undersøgelse. I det hele taget er der ikke mange systematiske sammenligninger af de to lande, selv om der er gennemført projekter, hvor begge lande indgår, men da oftest beskrevet hver for sig. Også på den baggrund håber jeg, at denne bog kan bringe nye indsigter og give anledning til nye refleksioner.

KILDER

Kildematerialet til undersøgelse af begrundelserne for folkesundhedspolitikken består frem for alt af tekster fra besluttende forsamlinger og myndigheder, betænkninger og politiske programmer. Der er således tale om programatiske tekster, ikke om kilder til administrationen af forskellige ordninger. Kildematerialet til undersøgelse af styringsmetoderne er de politiske dokumenter, som bliver brugt til analysen af begrundelserne, tekster, som informerer om initiativer, og tekster, der blev brugt til påvirkning f.eks. oplysningsmateriale til borgerne. Alle kildetyper er brugt til at analysere, hvad der blev set som folkesundhedsproblemer og deres årsager.

KILDEMATERIALETS SAMMENLIGNELIGHED

Et problem ved sammenligninger mellem lande er, at det kan være svært at finde kilder til de samme forhold i begge lande, og at forskelle i kildematerialets karakter kan have betydning for fortolkningen.

Det svenske kildemateriale fra rigsdag, regering og statsadministration adskiller sig fra det danske i mindst tre henseender. Den første er den svenske udredningsinstitution. I Sverige bliver langt flere lovforslag til på baggrund af omfattende betænkninger, hvor spørgsmålet beskrives og udredes. Ekspertes, interesseorganisationer og berørte myndigheder er mere synligt involveret i lovgivningsprocessen i Sverige. Det svenske betækningsmateriale er derfor meget mere omfattende end det danske. En anden forskel er, at man i Sverige har en lang tradition for, at mange lovforslag bliver sendt til høring (*remiss*) hos berørte instanser, både centrale og lokale, amter, interes-

seorganisationer, universiteter mv., og at svarene oftest bliver grundigt refereret ved fremsættelsen af lovforslag (*propositioner*).³⁷ Det giver kilder til flere parthers opfattelser. Endelig indeholder de lovforslag, regeringen fremsætter, mere omfattende begrundelser i Sverige. Meget af arbejdet foregår, som i Danmark, i parlamentariske udvalg (*utskott*). Udvalgsarbejdet begynder i Sverige, umiddelbart efter at en lov er fremsat. Diskussionerne i salen efter udvalgsbehandlingen er ikke lige så omfattende, som de ofte er ved førstebehandlingen af et lovforslag i Danmark, og de forskellige synspunkter er derfor ikke så udførligt præsenterede som i Danmark. Til gengæld er redegørelserne fra udvalgene betydelig længere end i Danmark. Dertil kommer de skriftlige forslag (*motioner*), som svenske rigsdagspolitikere fremsætter med deres synspunkter på lovforslag. I Sverige vælger man ofte at udrede et spørgsmål, før beslutning tages. I Danmark vedtager man ofte love med den klausul, at de skal tages op til revision efter en fastsat årrække.

En anden forskel er omfanget af det materiale, som ikke kan kaldes politisk-administrativt, f.eks. oplysningsmateriale. Det er større i Sverige, i begge perioder. Da det må ses som udtryk for en reel forskel i aktiviteterens omfang, er der her mindre fare for, at fortolkningen bliver skæv på grund af materialets karakter.

KILDESØGNING

Kilderne er fundet ved en systematisk gennemgang af de danske og svenske bogfortegnelser og tidsskriftsindekser under søgeordene folkesundhed, hygiejne, ernæring, forebyggende, forebyggelse, helbred, helse, mentalhygiejne, moderne, oplysning, profylakse, samfund-, social-, sundhed-, sygdom, syge-, tidsskrift, tuberkulose, vejledning. Udvalgte tidsskrifter som *Ugeskrift for læger* og *Läkartidningen* er gennemgået. *Rigsdagstidende*, *Folketingstidende* og *Riksdagens protokoll*, *Riksdagstryck* er gennemgået for at finde lovforslag, betænkninger og debatter. Det har været til stor hjælp for kildesøgningen til den danske Rigsdag og, efter 1953, Folketinget, at Folketingets bibliotek laver udklipsbøger om forskellige emner. Disse har været benyttet i stort omfang. Den eneste ulempe med dem er, at oplysningen om, hvor teksten er trykt, bliver mindre præcis, der angives ikke bind, men år, dato og spalte- eller sidenummer. Lister over danske betænkninger og de svenske *SOU*, *Statens Offentliga Utredningar*, er gennemgået. Endelig er der foretaget søgning under småtryk mv. på Det Kongelige Bibliotek, Arbejderbevægelsens Bibliotek og Arkiv, og Lunds Universitetsbibliotek for at finde partipro-

grammer og andet materiale fra de politiske partier. Lægeforeningens hygiejnekomités arkiv i Rigsarkivet er gennemgået. Henriette Buus har givet referencer til oplysningsmateriale til gravide.

Citater er ordrette, også med hensyn til stavning, medmindre der er åbenbare korrekturfejl. Ö i danske tekster er ændret til ø. Stort bogstav, som markerer ny sætning, eller lille begyndelsesbogstav har jeg ændret, så det passer ind i den tekst, citatet indgår i.

BOGENS OPBYGNING

Bogen falder i to dele, den første – kapitel 2-4 – handler om 1930'erne og 1940'erne og den anden – kapitel 5-10 – om perioden efter 1970. I de dele behandles de samme emner: oplysning, kapitel 2 og 8, helbredsundersøgelser, kapitel 3 og 9, og forholdsregler over for smitsomme sygdomme, kapitel 4 og 10. I anden del analyseres også de samlede folkesundhedspolitikker, der blev formuleret, kapitel 5, 6 og 7. De enkelte kapitler behandler ikke altid alle de tre overordnede spørgsmål om videnkonstruktion, magtens begrundelse og styringsteknikker. Komparationen mellem Danmark og Sverige foretages i alle kapitler. Den tidsmæssige sammenligning sker især i konklusionen.

I fremstillingen har jeg i høj grad ladet citaterne „tale for sig selv“. Analysen ligger især i udvælgelsen af dem.

NOTER

- 1 Osborne, 1997, s. 175.
- 2 Risikogrupperne giver en „repræsentation“ af det, som skal styres. Nikolas Rose og Peter Miller citeret i Ballard, 1998, s. 127.
- 3 Andre, som har arbejdet med Foucaults teorier, har også udgjort inspirationskilder f.eks.: Rose, 1999; Rose & Miller, 1992; Valverde, 1996; Dean, 1999. For en lidt mere udfoldet beskrivelse af Foucaults teorier og diskussion af Nikolas Rose se Vallgård, 2003a. Jeg benytter Foucaults tænkning til at finde anvendelige analyseredskaber.

- For at parafrasere ham selv: Hvis nogen siger, at jeg er utro mod Foucault, er det fuldstændig uinteressant. Foucault mente, at det var sådan, man kunne forholde sig til teoretiske inspirationskilder: „For myself, I prefer to utilize (rather than comment on) the writers I like. The only valid tribute to thought such as Nietzsche’s is precisely to use it, to deform it, to make it groan and protest. And if the commentator says that I am unfaithful to Nietzsche that is absolutely no interest“. Magazine littéraire 101 (Juin 1975): 33 oversat af O’Brien. Citatet har jeg fået af Anne Løkke.
- 4 Foucault, 1982, s. 220. Foucaultcitaterne har jeg oversat fra de engelske tekster.
 - 5 Foucault, 1972, s. 119.
 - 6 Foucault, 1982, s. 220.
 - 7 Foucault, 1988, s. 19.
 - 8 „There are two meanings of the word *subject*: subject to someone else by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience or self-knowledge. Both meanings suggest a form of power which subjugates and makes subject to“. Foucault, 1982, s. 212.
 - 9 Rose, 1999, s. 4.
 - 10 Rose, 1999 s. 73 og 74.
 - 11 Rose, 1999, s. 74.
 - 12 Rose, 1999, s. 87, originalens kursiv.
 - 13 Foucault, 1982, s. 213.
 - 14 Foucault, 1982, s. 220 og s. 214.
 - 15 Historieskrivningen har længe nedtonet de filantropiske organisationers rolle til fordel for arbejderbevægelsens i opbygningen af de skandinaviske velfærdssamfund. Selv om billedet nu er ved at ændres, står tilbage, at filantropien har spillet en mindre rolle i Skandinavien end i f.eks. Storbritannien.
 - 16 Trägårdh, 1997.
 - 17 Trägårdh, 1997, s. 253.
 - 18 Sundin, 1994, s. 62.
 - 19 Heywood, 1998, s. 56 ff.
 - 20 Rothstein, 1994.
 - 21 Trägårdh, 1997, s. 253.
 - 22 Nikku, 1993.
 - 23 Mill, 1998, s. 15.
 - 24 Skocpol, 1980; Kalberg, 1994.
 - 25 Vallgård, 2003b.
 - 26 Et eksempel: „Skal svenskerne have lov til at leve længst?“ stod der i en annonce med invitation til en høring om forebyggelse og sundhed fra Københavns Amt publiceret i *MetroXpress* 15. oktober 2002.
 - 27 I Sverige findes i dag visse forbud, som ikke findes i Danmark, f.eks. mod at sælge alkohol til personer under 20 år, i Danmark er grænsen 15 år. På restauranter er aldersgrænsen dog den samme, 18 år. Der er også rygeforbud flere steder i Sverige end i Danmark. I Danmark er det på den anden side forbudt at gå imod rødt lys, og skilte som „Færdsel på isen forbudt“ er almindelige, hvor man i Sverige oftest skriver „Varning för svag is“. Begrænsninger i brugen af nydelsesmidler synes at være mindre acceptable i Danmark, hvorimod begrænsninger i bevægelsesfriheden lader

- til at være mindre acceptable i Sverige. Vallgård, 1999.
- 28 Forestillingerne findes både i den offentlige debat og i videnskabelige sammenhænge. „For historical reasons, public policies in rationalist Sweden tend to be more restrictive than those of the more pragmatic Denmark. Swedish political and administrative culture permits regulations that, from a Danish perspective, are considered violations of individual rights“. Albæk, 1992, s. 293. I samme artikel fremhæver Albæk den danske åbenhed, også over for fremmede, s. 284.
- 29 Et, ikke enestående, eksempel er Højlund & Larsen, 2001, som omhandler folkesundhedspolitikken i slutningen af 1900-tallet i Danmark. For en lidt mere udførlig kritik af denne måde at bruge fortiden se Vallgård, 2001.
- 30 Rose, 1999, s. 86-87 og 88; Palmblad & Eriksson, 1995.
- 31 Jordansson & Vammen, 1998.
- 32 Man kan derfor ikke, som den svenske sociolog Eva Palmblad, (1993, s. 96) meningsfuldt skelne klart mellem folkesundhedsarbejde fra oven og fra neden. Hun placerer centrale myndigheder og lægestanden for oven og de folkelige bevægelser for neden.
- 33 Eriksen, 1990; Sulkunen, 2000.
- 34 Ida Blom, Universitetet i Bergen, arbejder med en undersøgelse af kønssygdomslovgivningen i Norge og Danmark.
- 35 Broberg & Tydén, 1991, Koch, 1996 og Koch, 2000. Nexø, igangværende ph.d.-projekt. Runcis, 1998. Disse forskere har dog andre forskningsspørgsmål end jeg.
- 36 Mellemsgaard, 1998 og 1992; Løkke, 1998; Vallgård, 1985 og 2000; Petersen & Blomquist, 1996; Beronius, 1994; Johannisson, 1991; Johannisson, 1994; Qvarsell, 1989, 1991 og 1994.
- 37 I Danmark har praksis varieret over tid og mellem ministerier. I løbet af 1990'erne er det dog blevet kutyme, at stort set alle lovforslag sendes i høring, og høringsvarene er altid tilgængelige for Folketinget, men bliver ikke refereret i *Folketingstidende*.