

MAGTUDREDNINGEN

FOLKESUNDHED SOM POLITIK

DANMARK OG SVERIGE
FRA 1930 TIL I DAG



SIGNILD VALLGÅRDA

AARHUS UNIVERSITETSFORLAG

FOLKESUNDHED SOM POLITIK
DANMARK OG SVERIGE FRA 1930 TIL I DAG

MAGTUDREDNINGEN

Folketinget besluttede i marts 1997 at iværksætte en dansk magtudredning eller, som det officielle navn er, *En analyse af demokrati og magt i Danmark*. Projektet ledes af en uafhængig forskningsledelse. Magtudredningens forskningsresultater publiceres i en række bøger, som udgives på Aarhus Universitetsforlag, og i en skriftserie, som udgives af Magtudredningen.

Lise Togeby
(formand)

Jørgen Goul Andersen

Peter Munk Christiansen

Torben Beck Jørgensen

Signild Vallgård

Signild Vallgård

FOLKESUNDHED SOM POLITIK

**DANMARK OG SVERIGE
FRA 1930 TIL I DAG**



AARHUS UNIVERSITETSFORLAG

Folkesundhed som politik

Danmark og Sverige fra 1930 til i dag

er sat med Bembo

og trykt hos Narayana Press, Gylling

© Magtudredningen, forfatterne og Aarhus Universitetsforlag 2004

Tilrettelægning: Kitte Fennestad

Omslag: Kitte Fennestad

Forsideillustration: Fotografi ejes af Københavns Bymuseum. Original fotografiet er beskåret med ca. 2/3

ISBN 87-7934-809-2

Aarhus Universitetsforlag

Langelandsgade 177

8200 Århus N

Fax 89 42 53 80

www.unipress.dk

FORORD

Da jeg i sin tid kom med i Magtudredningens forskningsledelse, indebar det, at jeg skulle arbejde med en for mig ny problemstilling, som handlede om magt og magtudøvelse. Arbejdet har indebåret beskæftigelse med nye teorier og et nyt empirisk område. Det har været spændende, ikke mindst fordi det har kunnet foregå i samspil med andre, som samtidig begyndte at udforske de samme teorier, især andre forskere på Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet. Mange har udgjort et fagligt stimulerende miljø i den tid, jeg har arbejdet med bogen, og flere har læst og kommenteret dele af den: Per Boje, Lisa Dahlager, Maja Horst, Klaus Høyer, Allan Krasnik, Karin Lützen, Anne Løkke, Hans Sode-Madsen, Jette Møllerhøj, Sniff Andersen Nexø, Anette Sonne Nielsen, Mogens Rüdiger, Anna Vallgård, Karen Vallgård og Anette Warring.

Fire studenter har hjulpet mig med arbejdet, som varede så længe, at flere nåede at blive færdige: Steven B. Jensen gjorde en meget stor indsats bl.a. med indsamlingen af kildematerialet og til sidst med korrekturlæsning og sproglige rettelser. Nina Lynge har i afslutningsfasen udført et stort arbejde bl.a. med noter, figurer, litteraturliste og lovliste. Dorthe Chakravarty og Pernille Ipsen har også hjulpet mig på forskellig vis. Asmah Hussain hjalp mig som sekretær gennem det meste af perioden.

Ørslevkloster har i mange uger udgjort en rolig og inspirerende ramme om arbejdet, ikke mindst takket være Tove Borres omsorgsfulde forvaltning af stedet.

Uden de offentlige biblioteker kan et projekt som dette ikke gennemføres. Den gode service, som ansatte på Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek, Det Kongelige Bibliotek og Folketingets Bibliotek har ydet, har været en uvurderlig hjælp, ikke mindst med fremskaffelsen af materiale fra Sverige.

En særlig tak går til Ning de Coninck-Smith, Anders Kjellberg, Lene Koch, Tyge Krogh og Roger Qvarsell, som har læst og kommenteret hele

bogen eller det meste af den. Det har været inspirerende og udfordrende på en god måde.

Den allerstørste tak går til Niels Arnfred, som gennem hele arbejdet har læst, kommenteret og diskuteret flere udgaver af de forskellige kapitler og på mange andre måder støttet og opmuntret, når der har været brug for det. Til sidst vil jeg takke Anna, Karen og Annegrete for god opbakning gennem de år, bogen har været undervejs.

September 2003

Signild Vallgård

INDHOLD

KAPITEL 1	Indledning · II
	OM AT STUDERE FORTIDEN · 12
	KONSTRUKTIONEN AF VIDEN OG SANDHEDER · 12
	MICHEL FOUCAULTS BEGREB GOVERNMENTALITY OG STUDIER AF MAGTUDØVELSE · 13
	MAGTUDØVELSE. EN ANALYTISK TILGANG · 14
	BEGRUNDELSER FOR FOLKESUNDHEDSPOLITIKKEN · 17
	FRIHEDENS FORENELIGHED MED STYRINGEN · 18
	HVORFOR SAMMENLIGNE OVER TID OG MELLEMLAND DANMARK OG SVERIGE? · 19
	AFGRÆNSNING · 20
	KILDER · 23
	BOGENS OPBYGNING · 25
KAPITEL 2	Føjelighed, fornuft og forfængelighed · 28
	OPLYSNINGENS FORM: FOLKEBEVÆGELSER OG PRIVATE INITIATIVER · 28
	PÅVIRKNINGSMETODER OG MÅLGRUPPER · 31
	STYRING Gennem APPEL TIL EGENSKABER OG ØNSKER · 33
	DE KONKRETE SUNDHEDSRÅD · 45
	SAMMENFATNING · 47
KAPITEL 3	Overvågning og opdragelse – indførelse af helbredsundersøgelser af gravide og børn · 56
	BØRNS SUNDHED – MYNDIGHEDERNES ANSVAR? · 58
	STYRING AF BØRN OG FORÆLDRE · 67
	SAMMENFATNING · 82

KAPITEL 4	Smitsomme sygdomme og styring ved tvang · 89
	FOREBYGGELSE AF SMITSOMME SYGDOMME · 90
	TVUNGEN KOPPEVACCINATION TIL DEBAT · 92
	TUBERKULOSE: TVANG OG TRYGHED, OVERVÅGNING OG OPDRAGELSE · 99
	TVANG I FOREBYGGELSEN · III
KAPITEL 5	Folkesundhed – problemer og politik · 119
	UDVIKLINGEN I SYGELIGHED OG DØDELIGHED · 119
	BETÆNKNINGER, UDVALG, RÅD OG ANDRE INSTITUTIONER · 121
	BEGRUNDELSER FOR AT SÆTTE FOLKESUNDHEDEN PÅ DAGSORDENEN · 126
	FOLKESUNDHEDSPROBLEMER · 131
	FOLKESUNDHEDSPROBLEMERNES ÅRSAGER · 136
	SAMMENFATNING · 141
KAPITEL 6	Styring gennem ansvarliggørelse · 148
	HVEM KAN OG BØR TAGE ANSVAR? · 148
	RAMMER FOR OG STØTTE TIL DE SUNDE VALG · 153
	STYRING Gennem OPLYSNING, APPEL TIL FORNUFTEN · 154
	STYRING Gennem HOLDNINGSÆNDRINGER, MOTIVATIONSSKABELSE · 155
	GRÆNSER FOR MYNDIGHEDERNES STYRING? · 157
	APPELLER TIL LYDIGHED OG AUTORITETSTRO · 160
	LEVEKÅR OG SAMFUNDSANSVAR · 161
	SAMMENFATNING · 162
KAPITEL 7	Social ulighed i sundhed · 169
	BEGRUNDELSER FOR AT DEFINERE SOCIAL ULIGHED I SUNDHED SOM ET POLITISK PROBLEM · 170
	ÅRSAGER TIL SOCIAL ULIGHED I SUNDHED? · 174
	HVAD VILLE POLITIKERNE GØRE VED ULIGHEDEN I SUNDHED? · 181
	SAMMENFATNING · 185

KAPITEL 8	„Et bedre liv“ · 190
	FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME · 194
	STYRING GENNEM APPEL TIL BORGERNES ØNSKER OM ET GODT LIV · 200
	STYRING GENNEM APPEL TIL LYDIGHED OG AUTORITETSTRO · 205
	NYE STYRINGSTEKNIKKER · 207
	PÅVIRKNING I NYE SAMMENHÆNGE · 208
	SAMMENFATNING · 210
KAPITEL 9	Autonomi og lydighed – den modsætningsfulde styring af forældre · 217
	DE KOMPETENTE FORÆLDRE · 226
	STYRING GENNEM APPEL TIL LYDIGHED · 231
	DE KNAK SÅ KOMPETENTE FORÆLDRE · 234
	NOGLE SÆRTRÆK VED DET SVENSKKE MATERIALE · 237
	SAMMENFATNING · 238
KAPITEL 10	Tvang og tillid i AIDS-forebyggelsen · 246
	HVAD VAR PROBLEMET? · 250
	TO STYRINGSSTRATEGIER: OVERVÅGNING OG TVANG ELLER ANSVARLIGGØRELSE · 252
	SAMMENFATNING · 258
KAPITEL 11	Konklusion · 263
	PROBLEMDEFINITIONEN: DØDELIGHED ELLER SYGELIGHED. LIVSSTIL ELLER LEVEKÅR · 264
	HVORDAN UDØVES MAGTEN? · 266
	BEGRUNDELSEN: FÆLLESSKABETS VEL ELLER DET GODE LIV · 269
BILAG I	Liste over love · 272
	DANMARK · 272
	SVERIGE · 273

BILAG 2 Navneliste · 273

Litteratur · 277

Stikordsregister · 295

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 lænkede 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 handlekompetencer. 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. Nikolas 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 parters 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 førstebehandling 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 forskningspørgsmål 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*.

FØJELIGHED, FORNUFT OG FORFÆNGELIGHED

„Dåliga vanor måste vridas rätt, de oförståndiga måste upplysas, de ansvarslösa väckas“.

Alva och Gunnar Myrdal. *Kris i befolkningsfrågan*¹

Myndighederne har i hvert fald siden 1700-tallet anvendt oplysning som et middel til at få folk til at ændre adfærd og leve, hvad man opfattede som et sundere liv.² Gennem oplysningen³ søgte de at internalisere styringen, dvs. gøre den til selvstyring. Dette kapitel handler om denne form for magtudøvelse, om hvilke ønsker og egenskaber de styrende appellerede til. Det handler også om, hvad politikere og myndigheder opfattede som sundhedsproblemer og om, hvad årsagerne til problemerne var.

OPLYSNINGENS FORM: FOLKEBEVÆGELSER OG PRIVATE INITIATIVER

Både i Danmark og Sverige blev der i 1930'erne og 1940'erne udgivet mange skrifter, som havde til hensigt at oplyse folk om, hvordan de skulle leve for ikke at blive syge og for at få et bedre helbred. I disse spillede læger en altdominerende rolle. Det var ikke kun dem, der besluttede indholdet, de førte også pennen og lagde autoritet bag udsagnene. Ved siden af den oplysning, som i forskellig grad havde myndighedernes støtte eller billigelse, blev der udgivet en stor mængde sundhedsoplysende litteratur fra forskellige retninger som vegetarisme, homøopati mv.⁴ Den af myndighederne anerkendte del af sundhedsoplysningen, som vil blive analyseret her, gjorde en del ud af at tage afstand fra sådanne vildledende teorier.

Meget af sundhedsoplysningen blev gennemført af private organisationer, men med myndighedernes faglige og moralske og somme tider økonomiske støtte. Den største samlede oplysningsindsats i Danmark i perioden var *Den store Sundhedsudstilling*, som åbnedes den 17. marts 1939 i Forum. Den var

arrangeret af *Berlingske Tidende* og et forlag. Udstillingens protektor var statsminister Th. Stauning. Medicinaldirektør Johannes Frandsen var leder af den komité, som tilrettelagde udstillingen.⁵ Den havde med andre ord myndighedsautoritet bag sig. Den varede en hel måned og blev besøgt af knap 250.000 mennesker.⁶ Politikere, læger og andre fagfolk og den københavnske befolkning nærrede åbenbart stor interesse for sundhed. Sundhedsudstillingen var sandsynligvis tænkt som begyndelsen på en større indsats, som kan være blevet stoppet af krigsudbruddet.⁷ Til udstillingen blev udgivet et katalog med korte artikler om dens forskellige emner.⁸ I kapitlet henvises til den som udstillingskataloget. I oplysningen blev i øvrigt anvendt blade, radio, film, pjecer, udstillinger mv.⁹

Det svenske oplysningsmateriale var mere omfattende end det danske, hvilket afspejler en større aktivitet på området. Indsatsen var mere samordnet i Sverige. Meget af det materiale, som vil blive analyseret her, stammer fra to store oplysningskampagner fra midten af 1940'erne: *Hälsokampanjen* med mottoet *Ett friskare folk* og en kampagne organiseret af arbejderbevægelsen: *Bättre hälsa – bättre folk*. Begge kampagner var organiseret af private organisationer uden offentlig økonomisk støtte. De havde dog så megen opbakning fra politikere og myndighedspersoner, at de kan siges at falde inden for denne bogs problemstilling, at undersøge myndighedernes bestræbelser på styring af borgerne. Hälsokampanjen opnåede offentlig anerkendelse f.eks. ved at Skolöverstyrelsen, Överbefälhavaren og Medicinalstyrelsen¹⁰ støttede kampagneledelsens ansøgning om statsstøtte, som den dog ikke fik. „Hans Maj:t Konungen ställde sig som beskyddare för hälsokampanjen“, og kronprinsen og medicinalstyrelsens chef deltog i den højtidelige åbning af kampagnen i Stockholms koncerthus den 25. februar 1945.¹¹ Kampagnen løb over et par måneder og indebar en omfattende mødeaktivitet rundt om i landet, foruden avisartikler og radioprogrammer. Der blev udgivet foredragsmanuskripter, som læger og andre kunne bruge ved de lokale arrangementer.¹² Mønsterforedragene blev rekvireret i 15.000 eksemplarer.¹³ I løbet af de to måneder, den varede, blev der oprettet omkring 1000 lokale komitéer, og 600 læger¹⁴ og 240 husgerningslærere meldte sig til at medvirke gratis. Der var megen presseomtale, radioprogrammer mv. En hälsobroschyr blev distribueret til skolerne i 850.000 eksemplarer finansieret af Kooperativa Förbundet.¹⁵

Arbejderbevægelsens kampagne *Bättre hälsa – bättre folk*¹⁶ var organiseret af en lang række socialdemokratiske organisationer og var dermed tæt knyttet til det parti, der havde regeringsmagten. Til kampagnen blev der

udgivet undervisningsmateriale: *Arbetarrörelsen och folkhälsan*¹⁷ tiltænkt til brug i studiekredse.¹⁸ Forløbet var ikke så intensivt som *Hälsokampanjens*. En anden forskel var, at arbejderbevægelsen lavede et materiale til selvstudier, mens *Hälsokampanjen* lavede foredragsmanuskripter, som skulle fremføres af læger. De brugte således to forskellige måder at formidle et budskab, henholdsvis deltageraktivitet og autoriteter. Andre oplysningsaktiviteter blev arrangeret af Svenska röda korser, idrætsforeninger mv.¹⁹ Som i Danmark blev radioen benyttet til at formidle budskaber og påbud. I 1938 lavede radioen en særlig medicinsk komité, som medicinaldirektøren deltog i.²⁰

Det er karakteristisk for det svenske oplysningsarbejde på dette område, at det foregik gennem et samarbejde mellem arbejderbevægelsens organisationer, lægeforbundet, filantropiske organisationer, andre „folkrörelser“ og myndigheder på forskellige niveauer. Samarbejde mellem myndigheder og frivillige organisationer var mere almindeligt end i Danmark. Som eksempel kan nævnes, at det var en privat organisation, Svenska fattig- og barnavårdsförbundet, der udgav vejledninger til gravide og spædbørnsmødre, hvor det i Danmark var Sundhedsstyrelsen, der stod som udgiver. I begge lande blev pjecerne distribueret via det offentlige sundhedsvæsen.²¹ I Danmark udgav læger *Sund Levevis*, mens det i Sverige var folkebevægelser, der stod bag det tilsvarende blad *Friskt folk*. Der fandtes flere og større folkelige bevægelser af denne type i Sverige end i Danmark, og de havde tradition for at varetage en række sociale opgaver.²² I *propositionen* om fødselshjælp og svangreomsorg stod om oplysningen, at „i verksamheten böra, med stöd av statsbidrag, i möjligaste mån engageras även enskilda sammanslutningar och föreningar“. Samarbejdet og statsstøtten gav mulighed for „offentlig kontroll“.²³ Nogle myndighedspersoner var dog ikke helt trygge ved den private indsats. I udredningen om ernæringsspørgsmålet fra 1938 stod, at „sammhället kan således icke överlåta upplysnings- och uppfostringsverksamheten helt till det enskilda initiativet“.²⁴

Oplysningsmaterialet var alt i alt mere omfangsrigt i Sverige, både hvad angår mængden af publikationer og de enkelte artiklers og pjecers sidetal. Der blev lavet flere og større kampagner i Sverige. Endelig var der den forskel, at de folkelige bevægelser udfoldede en større aktivitet på området i Sverige, mens det i Danmark i højere grad var læger, der organiserede oplysningen. Det kan have haft betydning for kampagnernes legitimitet i den svenske befolknings øjne, at det var deres „egne“ organisationer, der stod bag.

PÅVIRKNINGSMETODER OG MÅLGRUPPER

I begge lande gjorde læger og andre myndigheder sig overvejelser om, hvordan man bedst nåede ud til folk med oplysningen og nåede den tilsigtede virkning.²⁵ I tråd med oplysningstankegangen forestillede man sig i Danmark, at øget kundskab ville fungere opdragende. F.eks. skrev den danske læge L.S. Fridericia i 1929: „Den samme Metode, som her er nævnt overfor Tuberkulose, at opdrage Publikum ved at sprede hygiejnisk Kundskab til de enkelte Hjem, lader sig anvende ved Forebyggelsen af en Række andre Sygdomme, f.Eks. Spædbørns Sygdomme og Skolebørns Sygdomme, for blot at nævne to Grupper“.²⁶ Lægen Viggo Munck fandt i 1936, at det ikke var nødvendigt at sælge varen oplysning om sundhed da „folk ønsker den“. Senere hed det, at „befolkningen *trænger* til en saadan oplysning“. Måske var behovet synligere for forfatteren end for hans kolleger og befolkningen, fordi som han skrev: „En af propagandaarbejdets opgaver bliver at fremkalde den hertil svarende *mentale nyindstilling* saavel hos læger som hos publikum“.²⁷ Hvilket må betyde, at ønsket om sundhed alligevel skulle formes eller skabes.

Selv om der blev udgivet meget oplysningsmateriale, var der også udbredt tvivl om nytten. Et alternativ var den direkte personlige påvirkning. Poul Bonnevie, professor i hygiejne, skrev i 1951, at oplysning ikke var nok; der skulle også vilje til at bruge oplysningen. Han troede ikke, at folk ønskede sundheden. Derfor var en af hygiejnikernes opgaver er at skabe dette ønske. „*Folkesundheden er en pædagogisk opgave*“. Bonnevie lagde således stor vægt på at motivere. Motivationen kunne skabes ved at knytte positive følelser og behov til de ønskede adfærdsændringer. Her mente Bonnevie, at man måtte benytte „*den personlige vejledning og påvirkning*, som ikke blot giver konkret viden, men som – selvfølgelig støttet af en almindelig opinionsdannelse – også giver forståelse af, at denne viden virkelig skal udnyttes, skaber mentaliteten og dermed fremelsker trangen til virkelig at følge rådene“.²⁸ Direktøren for sygekassevæsenet påpegede dog i 1939, at en væsentlig grund til, at den skriftlige oplysning ikke virkede, var, at „man maa ogsaa regne med den Vanskelighed, som store Dele af Befolkningen har ved med Udbytte at tilegne sig en *skriftlig Fremstilling*“.²⁹ Det var altså ikke kun viljen, det skortede på.

Målgrupperne for oplysningen blev også diskuteret. Ofte blev børnene nævnt som en vigtig målgruppe. Det skyldtes sikkert både, at de var nemt tilgængelige, især i skolen, og at man havde en forestilling om, at de var lettere at påvirke. Husmødrene var en anden stor gruppe, som især nogle kvinder mente, var vigtige at satse på. Ved debatten om oprettelsen af Statens Hus-

holdningsråd i 1935 sagde Gerda Mundt, konservativ, i Folketinget, at kvindernes arbejde skulle styres: „Vi trænger til at faa hele dette Erhverv lagt ganske anderledes til rette for Kvinderne“.³⁰ I udstillingskataloget til den omtalte sundhedsudstilling skrev Kate Fleron: „Fornuftigvis har det først og fremmest været Kvinderne, Sundhedspropagandaen gennem Aarene har henvendt sig til, Mødrene og Husmødrene ... Hvis Konen i Huset forstaar, hvorledes Sundheden skal bevares, ved hvilken Mad og hvilke Vaner, saa lærer hendes Mand det, uden at han mærker det, og Børnene blive opdraget til at spise rigtigt og værne deres Helbred lige saa naturligt, som de bliver opdraget til ikke at spise med Kniv og ikke falde de Voksne i Talen“.³¹ Den klare og accepterede arbejdsdeling gjorde det muligt at målrette oplysningen. Man behøvede kun at nå halvdelen af den voksne befolkning. Mændene og børnene behøvede ikke engang altid at fatte, hvad det handlede om. Hovedansvaret, ikke kun for familien, men også for slægten, hvilede dermed på kvinderne. Kate Fleron afsluttede sin artikel i kataloget med ordene: „At Kvinderne forstaar, hvad Sundheden er værd, betyder, at Slægten vinder den“.

I Sverige lagde man vægt på at kombinere oplysningskampagnerne med andre påvirkningsmetoder, f.eks. lokale aktiviteter. Generel oplysning i skriftlig form blev ikke anset for tilstrækkeligt til at forme borgernes ønsker: „I många fall gäller det att förändra invanda betraktelsesätt och levnadsvanor, som ofta sitta djupt rotade. För den uppgiften gäller det att kunna påverka folk djupare än vad en ren propagandakampanj förmår. ... Tyngdpunkten måste därför läggas på lokalt formade åtgärder, de lokala organisationernas medverkan“.³²

Som i Danmark blev børnene set som den vigtigste målgruppe, fordi man forventede, at de var mere formbare: „Om en dylik intensifierad upplysningsverksamhet icke kan nå så stora resultat i fråga om den vuxna befolkningen, är det desto mera angeläget, att åtminstone den uppväxande ungdomen i görligaste mån påverkas, ty när denna ungdom väl vuxit upp, äro möjligheterna i fråga om densamma väsentligen försuttna“.³³ Husmødrene var også i Sverige udset som den målgruppe, som skulle indse sit ansvar. „Husmödrarna – folkhälsans diktatorer! Ingen yrkesgrupp har större inflytande på nationens hälsa än husmödrarna. ... Varje husmor ... har ett stort medborgerligt och humanitärt ansvar. På hennes kunskaper, intresse och noggrannhet och omtanke beror till stor del den kommande generationens hälsa“.³⁴ Oplysningsmaterialet appellerede til mødrenes ansvarlighed for deres nære, men også for befolkningen som helhed.

Nye medier som film, radio og reklame blev taget i brug. Tiltroen til radioens gennemslagskraft var stor: „Med radions hjælp skulle det kunna bli möjligt att få hälsans problem upptagna och belysta på ett sådant sätt, att svenska folket helt enkelt inte kan undgå att lyssna och lystra“.³⁵ Radioen evnede tilsyneladende ikke kun at få folk til at høre efter, men også at få dem til at gøre, hvad der blev sagt.

De folkelige bevægelser spillede en stor rolle i myndighedernes overvejelser om, hvordan oplysningen bedst kom ud til folket. Som det hed i materialet fra Hälsokampanjen: „Våra stora folkrörelser (har stor betydelse) för spridandet av kunskapen om att hälsa är en medborgarplikt“.³⁶ Tonen blev til tider helt religiøs. I arbejderbevægelsens skrift hed det, at man for at nå målet om en bedre folkesundhed „måste hela vårt folk väckas till insikt“,³⁷ og på lægemødet i 1942, at „man i den medicinska folkupplysningen bör särskilt inrikta sig på en förkunnelse rörande den friska människan“.³⁸ Vækelsesbevægelsen var en af de meget store folkelige bevægelser i Sverige, og det prægede tilsyneladende forestillingsverdenen.

I Sverige talte man meget om betydningen af lokale initiativer, mens man i Danmark oftere fremhævede betydningen af den personlige påvirkning som alternativ eller supplement til den generelle oplysningsindsats.

STYRING Gennem APPEL TIL EGENSKABER OG ØNSKER

I oplysningsbestrebelseerne gik organisationer og myndigheder ofte videre end til at appellere til de ønsker og egenskaber, som man forventede, folk havde. De forsøgte at forme eller fremelske nye.

DANMARK: ANSVARLIGHED OG PLIGT OVER FOR SLÆGTEN OG FOLKET

Borgerne opfordredes til at tænke på, og handle for at fremme folkets eller slægtens sundhed, ikke kun deres egen. Hvis samfundssindet ikke fandtes hos borgerne, måtte det fremelskes. I Danmark blev sådanne appeller især brugt under besættelsen, men det var ikke kun under indtryk af den fælles ydre fjende, at myndighederne forventede denne ansvarlighed over for fællesskabet.

„Det er enhver's Pligt at gøre en indsats for at bevare vort Folks Sundhed, der er det bedste Aktiv i en usikker Verden“,³⁹ hed det i en pjece fra 1944 om

smitsomme sygdomme; den blev trykt i 570.000 eksemplarer og uddelt gratis. I en bog udgivet i 1942 af AOF, talte man om at opnå „en stærkere og sundere Slægt, og det er jo det, der i Virkeligheden er det egentlige Maal for alle Bestræbelser“.⁴⁰

Begreberne folk og samfund betegnede de nulevende. Henvisningen til slægten rummede forestillinger om ansvar for fremtiden. Som det hed i kataloget til den store sundhedsudstilling i 1939: „Dog vigtigst af alt er Spørgsmaalet om, hvordan Slægtens Sundhed sikres, hvad vi kan gøre for at de Slægter, som følger efter vor, bliver endnu sundere“.⁴¹ Eller udtrykt mere poetisk: „Over Sundhedsudstillingen kunde disse Ord staa skrevet: Liv, Glæde og Sundhed. Det er Udstillingens Opgave at bringe Foraarstanker ind i Menneskesind, at vække til Tanker, som er i Pagt med det naturligste og bedste i Menneskelivet. Tanker som omfatter Slægten, som lever, og Slægterne, som kommer“.⁴²

For slægten er børnene vigtigst. I et udkast til et brev til Københavns mødre fra overborgmester Julius Hansen fra 1948 hed det: „Vore Børn er vort Lands Fremtid. Alt hvad vi kan gøre for at skabe en sund Slægt, er det vor Pligt at gøre ... Vi henstiller indtrængende til Dem ikke at forsømme den pligt, De har over for Deres Barn og over for vort Samfund“.⁴³ Ordet pligt blev ofte brugt, og myndighederne opfattede det tydeligvis som en selvfølge, at borgerne havde pligtfølelse, ikke kun over for egne børn, men også over for samfund og slægt: „Vi er ansvarlige (for vores helbred SV) – overfor os selv som overfor Samfundet“,⁴⁴ som det stod i *Berlingske Tidende* i forbindelse med udstillingen.

Befolkningsspørgsmålet optog sindene i denne periode. Et gennemgående tema i udstillingskataloget var det lave fødselstal. „I Afdelingen om *Svangskabet* faar vi at vide, at der er alt for mange Børn, der *ikke* fødes“, og at der var „tale om hele Menneskeslægtens Fremtid“.⁴⁵ Det faldende fødselstal gav tilskyndelse til at gøre mere for de børn, der blev født. „Det er en Kendsgerning, at der fødes langt færre Børn i Familierne end før. Det gælder derfor dobbelt om at værne de faa, der fødes“. At sørge for børnenes sundhed var således enhver borgers forpligtelse.

Hvad skal man lægge i, at nogle talte om slægt og andre om samfund? Ordvalget følger ikke politiske linjer. Begrebet slægt var ikke specielt knyttet til et borgerligt ståsted, eftersom socialdemokraten Stauning også talte om slægten. Det var heller ikke tidsbestemt, selv om slægt lader til at være hyppigere brugt i 1930'erne end i 1940'erne. Foruden at pege på fremtiden var begrebet biologisk, samtidig med at det tilsyneladende næsten var synonymt med det danske folk.

Også i den svenske oplysning henvistes til borgerens pligt og ansvar for at sørge for sin egen og sine medmenneskers sundhed, endda oftere end den danske. To linjer kan spores i det svenske materiale. I *Hälsokampanjens* foredrag stod der meget om pligt over for folket og slægten og de kommende generationer: „Hälsa är en medborgarplikt“.⁴⁶ I arbejderbevægelsens materiale handlede det snarere om, at borgerne havde pligt til at være sunde, så de kunne bidrage til opbygningen af velfærdsstaten, som den senere blev benævnt. Begge appeller forudsatte, eller ønskede at skabe, fællesskabsfølelse og social ansvarlighed. Fællesskabet havde forskellige betegnelser, nationen og folket eller et socialt, retfærdigt og demokratisk samfund.

Chefen for Medicinalstyrelsen, J. Axel Höjer, som var socialdemokrat, udtrykte sig mere på linje med *Hälsokampanjens* ideer om „folket“ og „nationen“, end med socialdemokraternes om samfundet. Han hævdede endda i 1941, at: „Många av oss kanske i förtid skall dö. Det må vara hänt, blott vår livsvilja som folk kommer att finnas kvar och leva frisk“.⁴⁷ Dette er det mest markante eksempel, jeg har fundet på, at fællesskabets interesser sættes over den enkeltes, i de fleste tilfælde mente man, at de to kunne gå op i en højere enhed.⁴⁸

Pligten var gensidig, fællesskabet havde ansvar for den enkelte. I *Hälsokampanjens* materiale stod: „God hälsa i den mån den går att förvärva är en plikt inte blott mot oss själva utan också våra medmänniskor och mot samhället. Det är en plikt inte blott därför, att samhället – skolan – gett oss möjlighet att stärka vår hälsa utan också därför, att man inte mer än alldeles nödvändigt bör anlita samhällets sjukvård. Man kan också säga, att det är en plikt mot fosterlandet att skaffa sig en god fysisk kondition. En dag kan en sådan komma att krävas. Ja, det är en plikt mot kommande slakten att under ungdomsåren grundlägga en god hälsa genom sunda levnadsvanor. Endast det folk, som har en sund ungdom, kan bli ett friskt folk“.⁴⁹ Borgerne burde således mindst muligt udnytte de velfærdsydelse, samfundet stillede til rådighed, og havde en pligt over for fædreland og folk. En statslig udredning forventede ligefrem, at en bekymring for befolkningens vækst ville motive-re borgerne til at handle ansvarligt: „upplysningsverksamhet i befolkningsfrågan, ägnad att i alla kretsar väcka ansvarskänslan för vårt folks framtid och bestånd“.⁵⁰

Sundhed var ikke altid et mål i sig selv. Den måtte, hvis pligten bød, sættes til side. En læge skrev: „Under inga omständigheter får den personliga hälso-

vården bli ett självändamål. ... En god hälsa skall hjälpa oss att göra vår fulla insats i samhället, och man får inte glömma, att det ges många tillfällen i livet, då den personliga hälsan måste sättas efter pliktens krav“.⁵¹ En lignende modsætning mellem at opnå individuel sundhed og fællesskabets interesser har jeg ikke set formuleret i Danmark, hvor sundheden oftere blev omtalt som et mål i sig selv.

I den svenske arbejderbevægelses kampagne for bedre sundhed var det som sagt opbygning af et godt samfund og det gode liv snarere end folket, borgerne skulle være forpligtede over for. Det gode samfund skabtes af raske og arbejdsvillige borgere, ikke af uarbejdsdygtige: „Vi har dock ett ansvar för varje sjukdag. Vi lever numera i ett demokratiskt samhälle, som har stora och svåra uppgifter att lösa för att kunna genomföra efterlängtade sociala reformer, höja levnadsstandarden och ge livet mera trygghet och värde“ „Många sjukdomar är ett medvetet brott mot samhället, ett hinder för arbetet för bättre levnadsförhållanden. En socialt lagd medborgare har inte rätt att vara sjuk, så långt detta beror på honom själv“.⁵² Det var usolidarisk og uansvarligt at være syg, hvis man overhovedet kunne undgå det, fordi man derved svigtede det fælles mål, at skabe et bedre samfund. Medicinaldirektør Höjer skrev, at: „En okunnig, slö eller ligkiltig person är en fara ej blott för sin egen hälsa utan också för grannarnas och han förorsakar lätt kostnader för många. Den som skött sig kan däremot med gott samvete vid behov använda den samhällets hjälp, till vilken alla i mån av förmåga lämnat sitt bidrag“.⁵³ Der appelleredes også til ønsket om at fremme den kulturelle udvikling. En læge skrev i *Friskt Folk*: „Och dock är vår folkhälsa vår yppersta tillgång. På den måste vi bygga vår kulturella utveckling ...“.⁵⁴

Fælles for oplysningen i de to lande var, at de styrende appellerede til pligtfølelse over for et større fællesskab. I Danmark slægt og samfund og i Sverige folk og fædreland eller om samfundet og gode leveforhold. Opbygningen af velfærdsstaten, selv om det ord ikke blev brugt, var et centralt mål for den socialdemokratiske folkesundhedspolitik.

OPDRAGELSE TIL ANSVARLIGHED

Borgerne skulle oplæres til aktivt at medvirke i sygdomsforebyggelsen. Som den danske medicinaldirektør Johannes Frandsen skrev i udstillingskataloget fra 1939: „Medens Epidemibekæmpelse og Sygdomsbehandling ikke kræver direkte Deltagelse og positiv Indsats af de Syge, kan det sygdomsforebyggende og sundhedsbevarende Arbejde ikke gennemføres til Bunds

uden Medvirken af hver enkelt i vort Samfund, og denne Medvirken forudsætter Forstaaelse af Arbejdets Midler og Maal“.⁵⁵ Myndighederne forudsatte således styring gennem selvstyring. Den engelske konges livlæge benyttede sin hilsen til sundhedsudstillingen i København til at markere afstand, formentlig både til Nazityskland og Sovjetunionen: „I andre Rege- ringssystemer kan nye Beslutninger uden særlig Diskussion fattes og gennemføres af Centralmyndighederne, men i de demokratiske Lande beror Resultatet af Arbejdet for Folkesundheden først og fremmest paa den enkelte ansvarlige Borgers egen Forstaaelse“.⁵⁶ Samme tanker blev fremført i Sverige: „Det allmännas kamp mot sjukdomar måste vara byggd på den enskildes medverkan och vilja, och kunskap om människans anatomi och fysiologi är det första och grundläggande villkoret för att få individen med i detta arbete“.⁵⁷

Også af en anden grund forudsatte disse adfærdsændringer styring gennem borgernes frivillige medvirken. Det drejede sig om områder, der opfattedes som meget private. Selv i diktaturstater ville det være praktisk ulandsig- gørligt at bruge tvang og kontrol for at få folk til at ændre f.eks. spise- og sovevaner. Derfor var det nødvendigt at overbevise borgerne om, at de selv skulle træffe de ønskede valg.

Det var ligefrem den enkelte borgers pligt at føle ansvar. Det handlede ifølge udstillingskataloget „først og fremmest om, hvad den enkelte kan gøre for sin og sin Families Sundhed“. En yderligere grund til, at folk skulle styres til en sund adfærd, var, „at de selvforskyldte Sygdomme udgør langt det største Antal“.⁵⁸ Livsstilen var med andre ord afgørende: „Det afhænger af vor daglige Levevis – langt mere end de fleste har tænkt sig, – om vi skal blive sunde og ydedygtige, eller sygelige og svagelige“.⁵⁹ Livsstil kunne den enkelte borger gøre noget ved.

Selvstyring var, ifølge lægen Børre Johansson, særlig nødvendig i Danmark, fordi danskerne var antiautoritære og modstandere af tvang: „Det har aldrig i dette Land været Skik kun at følge et Diktat, og en andens Vilje har aldrig været nogen Mand Grund nok. Kun Forstaaelsen af hver enkelt Bestemmelses Hensigt og Hensigtsmæssighed anses for tilstrækkelig Grund til at følge den, og det er Aarsagen til, at kun en stigende Oplysning af Befolkningen har muliggjort de Fremskridt som i Dag er naaet, og kun yderligere Oplysning vil muliggøre yderligere Fremskridt“.⁶⁰ Forestillingen om noget særlig dansk, modstand mod tvang og selvstændighed, var her forenet med en tro på oplysningens forandrende kraft.⁶¹

For at kunne påtage sig ansvar måtte man oplyses og bringes til at indse, at man havde behov herfor. Sundhedsoplyserne gjorde af samme grund en del ud af at fortælle, hvad uvidenhed kunne føre til. I forbindelse med sundhedsudstillingen hævdede *Berlingske Tidende*, at „mange Sygdomme kunde undgaas, saafremt hver enkelt Borger havde et solidt Kendskab til sit eget Legemes Bygning og Funktionsmaade. Elementære Fejl i Livsførelse, som vitterlig kan bevirke sygelige Tilstande, vilde herved kunne undgaas. Naturens Faresignaler ... erkendes i rette Tid“.⁶² I udstillingskataloget stod, at „som oftest skyldes fejlagtig Behandling af Spædbarnet manglende Oplysning“.⁶³ Derfor skulle borgerne formås til at ønske sig viden. Et sådant ønske kunne fremprovokeres af angst for sygdom og af følelse af utilstrækkelighed. Medicinaldirektør Johannes Frandsen skrev i udstillingskataloget: „Hver enkelt af os, ung og gammel, rig som fattig, maa lære, hvorfor der stilles de og de Krav til en Bolig, og lære, hvordan denne Bolig saa skal bruges, vi maa lære at klæde os paa den rigtige Maade, at vælge de rigtige Fødemidler og den rigtige Sammensætning af Maden, og vi maa lære at forstaa Betydningen af personlig Renlighed, af Badningen, Legemsøvelsernes og Idrættens sundhedsmæssige Værdi“.⁶⁴ Det var åbenbart en ret omfattende viden, man som ansvarlig borger havde pligt til at tilegne sig.

Henvisninger til videnskab og lægelig autoritet benyttedes i vidustrækning. Som en professor skrev i udstillingskataloget: „For at Sundheden kan bevares i et Folk, er det nødvendigt, at hver enkelt søger at bevare sin Sundhed og for at kunne forstaa Videnskabens Resultater og følge dens Bud“.⁶⁵ Videnskaben var en autoritet, som folk forventedes at lytte til og føje sig efter. I forordet til udgivelsen af 12 radioforedrag om ernæring udarbejdet af Lægeforeningens Hygiejnekomité og Statens Husholdningsråd hed det: „at Foredragene giver den Oplysning, som disse Autoriteter er enige om er ønskelig og paakrævet. Foredragene er altsaa Udtryk for vort samlede lægelige, ernæringshygiejniske og husholdningstekniske Standpunkt til Kostspørgsmaalet ... denne autoritative Oplysning er af særlig Vægt“.⁶⁶ Man regnede åbenbart med, at føjelighed og lydighed var egenskaber, som kunne benyttes i styringen.

Samme tiltro til effekt af viden fandtes i Sverige. En grundlæggende forudsætning for det meningsfulde i at tilrettelægge oplysningskampagner er jo en antagelse om, at viden i sig selv vil ændre folks adfærd, og at en mindre hensigtsmæssig adfærd skyldes uvidenhed. „Hur kommer det sig då att vårt moderna rationalistiska släkte inte har kastat alkoholen i sjön?“ lød det

undrende. Svaret var, at der skulle endnu mere viden til: „... alla är fångna i en illusion, då de tror att alkoholen hjälper dem i deras bekymmer. När vetenskapen härom blir allmän egendom, behövs det inga förbud och restriktioner. Då är alkoholen utklassad“.⁶⁷ Som i Danmark indeholdt oplysningsmateriale meget om kroppens opbygning og måde at fungere på. De film, arbejderbevægelsen distribuerede i forbindelse med sin kampagne, handlede mere om forskellige kropsfunktioner end direkte om sygdomsforebyggelse.⁶⁸ Denne oplysningsiver skal både ses som udtryk for en stærk tro på nytten af at appellere til folks fornuft og for, at uddannelsesniveaueet var lavt. Befolkningens viden om kroppens funktioner var sandsynligvis ikke stor, sammenlignet med i dag.

APPEL TIL FØJELIGHED ELLER LYDIGHED

Tonen i oplysningen var bydende, og man talte om opdragelse selv af den voksne del af befolkningen. Den almindelige danske Lægeforening skrev i 1944, at „profylaktiske Undersøgelser (af 40-årige SV) vil give Lægen Lejlighed til hygiejnisk Opdragelse, hvor det viser sig ønskeligt“.⁶⁹ For at forebygge tuberkulose skulle man „udvikle den opdragende Virksomhed overfor Befolkningen angaaende de tidlige Symptomer“.⁷⁰ Også i Sverige blev der talt om, at folk skulle opdrages: „en rationell fostran till hälsa“.⁷¹

Læste man materialet, fik man at vide, hvordan man skulle og burde opføre sig, men ikke så ofte oplysning om, hvorfor. Det var mere føjelijhed end fornuft og selvstændig stillingtagen, myndighederne appellerede til. Titlerne på nogle af artiklerne i kataloget til sundhedsudstillingen illustrerer dette: „Saadan skal Deres Barn passes“ og „Saadan skal De købe – Saadan skal De ikke købe“. Nogle af påbuddene bar præg af, at de blev udformet i et samfund med større afsavn: „Derfor er det uomgængelig nødvendigt, at De spiser op til sidste Rest af, hvad De kan få for Deres Mærker“ . „Grøden maa og skal spises op“.⁷²

Skal og bør blev hyppigt brugt i oplysningen: „Barnet skal have moder-mælk...“⁷³ „Barnets Dag bør reguleres efter Klokkeslet“.⁷⁴ „Børnene skal fra ganske smaa vænnes til at sove for aabne Vinduer“.⁷⁵ Her handlede det således om at gøre, som der blev sagt.

Danske lægestuderende lærte, at det var deres ansvar at fortælle folk, hvordan de skulle indrette deres liv, både fordi lægerne vidste bedst, og fordi borgerne i kontakten med lægen ofte var i en situation, hvor de var særlig lyd-høre. „Ernæringen bør planlægges, ikke overlades til de enkeltes forgodtbe-

findende, økonomi etc., og det bør gøres af lægerne, idet folk er mest påvirkelige over for opdragelse i ernæringsmæssig henseende, når de er syge eller har børn“.⁷⁶

Lægerne benyttede deres autoritet til også at give påbud, som skulle fremme den åndelige sundhed. I et radioforedrag sagde en læge, at „naar Barnet naar 11-12 Aars Alderen anser jeg det for et Gode, om Barnet bliver Medlem af en god Ungdomsbevægelse ... det højner i de fleste Tilfælde deres Moral“.⁷⁷ De gav andre påbud, som ikke direkte var relateret til sundheden: „Barnet skal saa tidligt hjemmefra, at der er god Tid til Skolevejen, men paa den anden Side ikke saa tidligt, at der kan blive Tid til Leg eller Svinkeærinder paa Vejen“.⁷⁸

I Sverige udformedes sundhedsråd i forbindelse med *Hälsokampanjen* i samme bydende tone. Sundhedsbudskabet kobledes til påbud om god opførsel i almindelighed: „Ordna dina måltidstimmar. Gå inte fastande till Ditt arbete. Håll bestämda mattider“. „Jäkta inte vid måltiderna. Det är lika viktigt hur man äter som vad man äter. ... Sinnesjämvt och gott lynne befordra matsmältningen i mycket hög grad. Måltiderna skall vara glädjestunder, inte tillfällen att ge luft åt dåligt humör“.⁷⁹

Til disse sundhedsregler føjedes: „Tillämpa dessa hälsoregler med omdöme och eftertanke. ... den mänskliga konstitutionen företer ... ett oändligt antal variationer inom ramen för vad som kan kallas det normala“. På trods af den bydende form søgte man således at appellere til borgernes selvstændige stillingtagen. Der blev også givet forklaringer, om end de ikke var mange: „Rök inte eller så lite som möjligt. Mycken rökning, särskilt cigarett-rökning, skadar slemhinnor och luftrör, hjärtat och matsmältningsorganen. Håll ungdomen från tobaken! Den skadas tidigare och lättare än vuxna“. Der var flere forklaringer i det svenske materiale.

Appeller til ansvarlighed, pligtfølelse, fornuft og lydighed blev dog, som det vil fremgå af det følgende, ikke anset for tilstrækkelige. Også andre egen-skaber måtte i spil.

DANMARK: APPEL TIL FORFÆNGELIGHED: SKØNHED OG SKAM

Sundhed i sig selv blev ikke altid set som tilstrækkelig lokkende. Derfor søgte man i oplysningsmaterialet at overbevise folk om, at sund adfærd ville føre andre goder med sig, f.eks. skønhed, eller forhindre ubehageligheder, f.eks. skam. Andres blikke skulle åbenbart også styre handlingerne. Sådanne påpegninger var utvivlsomt med til at forme folks syn både på dem selv og

deres medmennesker. I kataloget hed det næsten truende i artiklen om bad under overskriften „*Fattigt og uskønt*“: „Huden er et kompliceret Apparat af Blodkar, Kirtler, Nerver m.m. Hvis dette Apparat ikke virker normalt og kraftigt, bliver Menneskene syge og *deres Udseende fattigt og uskønt*“.⁸⁰

Fattigdom var tydeligvis ikke noget, myndighederne regnede med, at folk brød sig om at skilte med. Appellen her omfattede både forfængelighed og angst for skam. At man dengang kunne tale om et fattigt udseende, hang bl.a. sammen med, at der ofte var synlige forskelle mellem dem, der havde haft en opvækst under små og bedre kår.⁸¹ Engelsk syge, andre mangelsygdomme og hårdt fysisk arbejde i barndommen satte sine spor.

Manglende hygiejne og deraf følgende kropslugte kobledes også til det skammelige. I en pjece fra Folkeuniversitet i 1936 hed det om nødvendigheden af at vaske sig, at ellers „dannes ildelugtende Stoffer, der ikke alene generer en selv (dog kun, indtil man er blevet vænnet til Lugten), men nok saa meget ens Medmennesker“.⁸² Man søgte også at få børnene til at ændre adfærd ved at appellere til skamfølelse. I et radioforedrag for skolebørn fra 1950 sagde en læge: „Blandt voksne mennesker rynker man jo lidt på næsen ad dem, der er snavsede, og det er slet ikke rart at blive rynket på næsen ad mellem voksne. Men er man ikke vænnet fra barn til at holde sig ren, kommer man let til at høre til dem, der bliver rynket på næsen ad“.⁸³

Forbedring af eget udseende blev i kataloget til sundhedsudstillingen nævnt som en anden sidegevinst til det sunde. Kate Fleron skrev, at „Fornuftten og den gode Smag er ved at sejre ogsaa paa et andet Punkt: ... det er først og fremmest tiltrækkende *at se frisk ud*. Friskhed er Sundhed. Friskhed er smukt“. Dette var et forsøg på at forme folks syn på, hvad der var skønt. Udenlandske autoriteter blev bragt på banen med samme budskab, med appel til forfængeligheden: „Den berømte svenske Professor i Badevidenskab,⁸⁴ Dr.med. Carl Curman, siger om det finske Badstuebad: 'Ved at opretholde og genvinde Hudens Sundhed er Badet det ypperste og uskyldigste af alle Skønhedsmidler'.“⁸⁵ Ifølge artiklen om idræt kunne man ved kropsudfoldelsen opnå „en fri og smuk Holdning“.⁸⁶

Det „moderne“ var et andet hyppigt argument for at få folk til at vælge noget bestemt, hvad enten det drejede sig om en madras eller sundheden. Det moderne var tydeligvis et positivt ladet begreb, og det forventedes, at folk ønskede at være moderne. I en reklame for *Slumber springmadras* i udstillingskataloget hed det „moderne mennesker, moderne tempo, moderne hvile“.⁸⁷ Kate Fleron kaldte sin artikel „Sundhed er blevet moderne“, og i *Berlingske Tidende* i forbindelse med åbningen af udstillingen skrev man, at

„det er blevet moderne at være sund, ogsaa fordi den Sunde har den bedste Chance i Tilværelsen“.⁸⁸ Man forsøgte at udnytte folks ønske om det gode liv, om fremgang og modernitet for at opnå en sundhedsfremmende adfærd.

En af grundene til, at sunde mennesker forventedes at have bedre fremtidsudsigter, var, at man mente, at sundheden fremmede de intellektuelle evner. Den forestilling blev brugt til at appellere til forældrenes ambitioner på deres børns vegne. Ved at leve sundt ville børnene også klare sig bedre i skolen, fordi „barnet, for at faa det fulde Udbytte af Undervisningen, maa være sundt og friskt“.⁸⁹ Andre gode egenskaber kunne især idrætten befordre. I udstillingskataloget fremhævedes „det Mod, den Beslutsomhed og Snarraadighed, den Selvbeherskelse og Koncentrationsevne, der kræves og udvikles under Udøvelse af de forskellige Former for Legemsudøvelse“.⁹⁰

Opdragelsen handlede også om sindet eller den åndelige sundhed. En god mentalhygiejne og et lyst sind var ikke kun til glæde for den, der opnåede den, men også for omgivelserne. Den selvbeherskelse, som var resultatet af mentalhygiejne, var desuden en forudsætning for, at man kunne styre sig selv: „Den aandelige Hygiejne gaar ud paa to Ting. For det første en gennem hele Livet stadig gennemført Træning af Hjernen, ens aandelige Jeg, og for det andet gennem Selverkendelse, Selvkontrol og Selvopdragelse at udvikle ens aandelige Egenskaber til bedste ikke alene for en selv, men ogsaa for ens Medmennesker“.⁹¹

Opdragelsen til selvbeherskelse skulle starte tidligt: „Allerede det, at Spædbarnet vænnes til regelmæssige Maaltider, at det ‚holdes frem‘ og læres til Renlighed, til at ‚sige til‘, at det ikke faar Lov til ved Skraalen og Skrigen at tiltvinge sig utidig Opmærksomhed og Eftergivenhed, – det bliver en Indøvelse i Selvbeherskelsens vanskelige Kunst“.⁹² Hvorvidt selvbeherskelse var et ønske hos flertallet af forældrene eller kun noget, som opdragerne mente, at de skulle efterstræbe, kan man kun gisne om.

Oplæringen i sundhedsgavnlig adfærd forenedes med indlæring af pæne manerer. Normer om, hvordan et måltid burde foregå, blandes ind i oplysningen for sund adfærd, som i Børre Johannssons bog udgivet af Arbejdernes Oplysningsforbund: „Madens appetitlige Servering, den lyse og venlige Spisestue uden Tobaksrøg og Køkkenos, den rene Dug og det nette Spisestel udgør i Forening med Husmoderens milde Ansigt og den tilstrækkelige Tid og Ro til Maaltidet ganske nødvendige Forudsætninger for Fordøjelsens rette Forløb – og derigennem Fordøjelsesorganernes Sundhed ... og bør i Sundhedens Interesse aldrig negligeres“ . „Selv om man er alene bør man ikke jasje en Sild i sig siddende foran en gammel Avis paa Køkkenbordet,

man bør vise sin egen Person Agtelse“.⁹³ Næppe alle AOF's medlemmer havde mulighed for at leve op til disse normer. De afspejler antagelig mere forfatterens honette ambitioner end de fleste arbejderes.⁹⁴ Man kan sige, at det smukke her blev set som middel til at opnå sundhed, ikke omvendt i nogle af de ovenfor citerede appeller.

SVERIGE: SELVOPDRAGELSE OG SELVBEHERSKELSE: SOM MÅL OG MIDDEL

I Sverige appelleredes i samme periode til lidt andre ønsker og motiver. Selvbeherskelse var dog fælles. Selvbeherskelse var en forudsætning for, at man kunne styre sin adfærd i sundhedsgavnlig retning. Samtidig var det en egenskab, der kunne styrkes ved et sundere liv, især ved at dyrke idræt. „All sanitär fostran bär självfostrans märke“,⁹⁵ skrev en læge. En sådan selvopdragelse fandt sted ved at ændre de unges blik på dem selv. Oplyserne eller opdragerne skulle ifølge en anden læge: „Börja med att söka ändra på den enskilde först eller rättare hans sätt att se“.⁹⁶

I en bog fra 1934, udgivet af „svenska röda korset till förmån för dess verksamhet för folkhälsans höjande“ hed det om idrætten, at den: „skänker sin idkare, förutom allmän sundhet, kroppsutveckling och hårdning, den självkontroll, som är ett annat namn på teknik och taktisk färdighet, den viljekraft och självvuppskattning, som segrarna både förutsätta och avlagra, samt den likaså värdefulla självkritik, vartill motgångar och misslyckanden leda och tävlingsspänningens behag, så välkommet i en ofta trång och mekaniserad tillvaro“.⁹⁷ Her formuleres med andre ord nogle af de selvteknologier, Foucault taler om. Selvbeherskelse var et mål i sig selv, men også positiv biefekt af at leve et sundt liv og en egenskab man forventede, at folk ønskede at have.

Sundhedsoplysning blev brugt til opdragelse på andre områder, igen med appel til forfængeligheden. Hvem ville være dum? „Utnyttja Din ledighet på rätt sätt Odlå Din själ med studier och god litteratur. Kom ihåg att dåliga böcker och annan underhaltig läsning bryter ned Ditt omdöme och verkar för dummande“.⁹⁸

Om lægens rolle i opdragelsen hed det fra en læge, at „ett auktoritativt ord från läkaren blir patienten till ytterligare hjälp i hennes självvuppföstran“.⁹⁹ Altså en appel både til autoritetstro og selvkontrol. Her kan man virkelig tale om meget bevidst „conduct of conduct“. Den canadiske sociolog Mariana Valverde skriver, at etablering af vaner er et meget effektivt styremiddel. Vaner

forener det bevidste og det ubevidste, tvang og ønske/lyst.¹⁰⁰ Det mente tilsyneladende datidens sundhedsoplysere også. I et foredragsmanuskript fra *Hälsokampanjen* stod, at: „kunskaperne måste ge vanor och motverka ovanor, först då gör de nytta. På så sätt är hälsans problem också ett den goda viljans problem och är en del av karaktärsdaningen. Den goda karaktären, som har härdats av vilja och till beslut, kan bekämpa ovanor och giva goda levnadsvanor“.¹⁰¹ Det handlede om at få folk med på at omforme sig selv.

I det svenske materiale har jeg ikke fundet udsagn om, at skønhed ville fremmes af sund adfærd. Det kan være en tilfældighed, at det var andre egenskaber, som blev nævnt som resultat af levevis, eller det kan være udtryk for andre normer for, hvad folk skulle styres til at efterstræbe. „Bad ger hälsa, mod och självständighet“ Står ofta som devis vid badanläggningar. Det är mycket lovat, men det är likväl inte för mycket sagt“.¹⁰²

Et andet styringsmiddel, som blev brugt i Sverige, var at få borgerne til at associere en bestemt uønsket adfærd med en følelse af ubehag. Opleves en given adfærd som ulækker, vil de fleste, uden at tænke nærmere over det, undlade den. Det var sådan den svenske befolkningskommission gerne ville have, at folk skulle opleve uhensigtsmæssig kost: „Det gæller att man med tiden söka att lära människor att betrakta användandet av oriktig näring med samma ögon, som man redan betraktar andra ohygieniska vanor“.¹⁰³ Dvs. som utiltalende. Dårlig samvittighed håbede man ville have en lignende effekt. Eksempler fra et foredragsmanuskript fra *Hälsokampanjen* om mellemmåltider: „Härvidlag ha nog de flesta eller borde åtminstone ha! – dåligt samvete. Att en eller flera gånger om dagen dricka kaffe, kanske med bullar, kakor o.dyl., och att dessutom äta karameller och andra sötsaker, är i Sverige en verklig nationalsynd“.¹⁰⁴ Den religiøse sprogbrug er fremme igen. Jeg har kun fundet en enkelt henvisning til „skam“ i det svenske materiale, og den handlede ikke om den enkeltes ære, men om folkets. Medicinaldirektør J. Axel Höjer udtalte: „Att låta ohälsa bestå, som kan förekommas, är inte det en skam för ett folk, som självt bestämmer om sitt hus?“¹⁰⁵

Fælles for oplysningen i de to lande er, at myndighederne ikke forventede, at sundhed i sig selv var tilstrækkelig grund til at få folk til at ændre adfærd. Skal man konkludere på baggrund af de her analyserede tekster, var skønhed og skam oftere brugt i Danmark, mens samvittighed, selvkontrol og selvstændighed blev mere fremhævet i Sverige.

I det svenske materiale står en del om, at oplysning ikke er nok, men skal suppleres med reformer og velstandsstigning, for at folkesundheden skal kunne forbedres. I en betænkning fra 1938 om ernæringsspørgsmålet stod:

„De åtgärder som härvid påkallas, gälla beträffande de enskilda människorna deras bättre upplysning och fostran, och vad samhället angår vissa sociala och ekonomiska reformer. Dessa tvenne slags åtgärder betinga varandra“.¹⁰⁶ Medicinaldirektören fremhævede sammenhængen mellem fattigdom og sundhed og pegede på, „att en fortgående stegring av ekonomisk standard för Sveriges sämst ställda befolkningslager ännu kommer att vara den mäktigaste hälsobefordrande faktorn“.¹⁰⁷ En tilsvarende explicit henvisning til de samfundsmæssige forholds betydning for sundheden har jeg ikke mødt i Danmark i denne periode. Som det vil fremgå, optræder denne forskel også i slutningen af 1900-tallet.

DE KONKRETE SUNDHEDSRÅD

Definitionen af, hvilken konkret adfærd der var god henholdsvis dårlig for sundheden, var naturligvis afgørende for, hvad myndighederne ville styre, dvs. hvilke handlinger der blev genstand for magtudøvelse. Det var ikke helt de samme forhold, som blev vægtet som særligt sundhedsfarlige eller sundhedsgavnige i de to lande.

DANMARK: HOLDNING, HÆRDNING OG HVILE

De sundhedsråd, der blev givet i 1930'erne og 1940'erne, var forskellige fra dem, vi hører i dag. Lægen Viggo Munck karakteriserede i 1936 indholdet i den konstruktive hygiejne, der svarer til det, der i dag kaldes sundhedsfremme: „rigtig ernæring, rigtig brug af naturens sundhedskilder – sol, lys, luft, vand, friluftsliv, idræt, gymnastik – endelig psykohygiejnisk indstilling til dagliglivet og dets foreteelser“.¹⁰⁸ En anden læge talte tre år senere om „passende Ernæring, Hærdning, Motion, regelmæssige Vaner, Søvn“.¹⁰⁹

Regelmæssighed blev i sig selv anset for at være gavnlig for sundheden: „Barnets Dag bør reguleres efter Klokkelæt, Mad til bestemt Tid, Lektie-læsning til bestemt Tid – *ikke* lige efter Skolen ... – i Seng til bestemt Tid o.s.v. Paa Sundhedsudstillingen vil man se, hvorledes Mellemskolebarnets Døgn bør indrettes“.¹¹⁰ Renligheden blev tit fremhævet: „Den hygiejniske Opvask er Husmoderens Skudsmaalsbog“. Børnene skulle lære at vaske hænder i skolen mv.¹¹¹ Søvn spillede også en stor rolle i oplysningen, især børnenes søvn, og der blev givet eksakte anvisninger på, hvor meget barnet skulle sove afhængig af dets alder.¹¹²

Det „naturlige“ var åbenbart i sig selv sundhedsgavnligt. „Naar Børn

elsker at mærke Lys og Luft – ogsaa Vand – mod det bare Skind, saa er det et tydeligt Fingerpeg om, at det er godt og naturligt, og nødvendigt“. Hertil hørte også solen.¹¹³ Det naturlige forventedes sandsynligvis også at være positivt ladet.

Sol, lys, luft, hærkning, søvn og regelmæssighed er faktorer, som vi aldrig eller sjældent hører om i dag, i det mindste ikke i Danmark. I Sverige nævnedes søvn og regelmæssige vaner også i de sidste årtier af 1900-tallet.¹¹⁴ Hvorfor disse faktorer er forsvundet fra sundhedsoplysningen, kan man kun gisne om. Jeg er ikke stødt på begrundelser for, at f.eks. hærkning skulle være mindre gavnlige i dag end i 1930'erne, endside dokumentation for, om det virker eller ej.

SVERIGE: SOL, SØVN OG STIMULANSER

De to store svenske kampagner indeholdt stort set samme sundhedsråd. Sol og frisk luft nævnedes ofte: „Sol och ljus och frisk luft äro de tre kardinalfördringarna för att den kroppsliga utvecklingen och den själsliga trivseln, och arbetsförmågan skall upprätthållas“. ¹¹⁵ Fokuseringen på sol og lys var større end i Danmark, hvilket jo kan skyldes, at de er en mangelvare halvdelen af året i en stor del af Sverige: „Sök solen under den mörka årstiden!“¹¹⁶ Men den hænger nok også sammen med en stærkere tro på naturens gavnlige indvirkning: „kontakt med den natur, som är den suveräna, aldrig oöverträffade vägen till hälsa“. ¹¹⁷ Samme tro finder man også i en svensk betænkning fra 2000.¹¹⁸

For at lade en læge Gunnar Fischer sammenfatte: „Regler i personlig hälsovård ... omväxlande och enkel föda, rik på skyddsfödoämnen (vitaminer og mineraler SV); ingen sprit, tobak eller kaffe; motion i det fria; gymnastik, bad och renlighet; ordentlig sömn; infektionsprofylax“. ¹¹⁹ Hærkningen blev ikke ofte nævnt i Sverige, til gengæld spillede advarsler mod stimulanser en større rolle i svensk sundhedsoplysning.

Et konkret råd, der nok springer i øjnene som forskelligt både fra dem, der blev givet i Danmark, og fra dem, der gives i dag, var, at folk, især børn, skulle lade være med at drikke kaffe. „Ett allmänt fel i svenska folkets kosthåll är, att kaffe med dopp används istället för egentlig föda“. ¹²⁰ I Sverige var „kaffets skadeverknningar ... numera ganska allmänt kända“. ¹²¹ Selv om det, som Sven-Åke Lindgren har vist, ¹²² ikke, trods ihærdige anstrengelser, lykkedes at etablere kaffe som et samfundsproblem på linje med alkohol og narkotika, omtaltes det i sundhedsoplysningen ofte på linje med alkohol. På gymnasie-

skolerne skulle man, ifølge en udredning fra 1938, oplyse om „*njutningsmedlen*: betydelsen av en sund kost för motarbetande av kaffe- och alkoholmissbruk“. ¹²³ Kaffebruket var afhængigt af socialt tilhørsforhold. Det var ikke gymnasieleverne, der var de største misbrugere, da: „en betydeligt større procent av folkskolornas lärjungar än eleverna i de högre skolorna dagligen dricka kaffe och detta på sina håll i stor utsträckning“. ¹²⁴ Hvorfor kaffe i den grad blev problematiseret, har jeg ikke fundet begrundelser for. I de danske kilder har jeg kun set kaffe nævnt en gang, nemlig i manuskriptet til en radioudsendelse for skolebørn fra 1950. Børnene skulle undlade at drikke: „øl, kaffe og the; ikke fordi de ting i og for sig er skadelige, når de nydes med måde, men fordi jeg ved, at slukker man sin tørst på den måde, så bliver der ikke plads nok til mælken“. ¹²⁵ Kaffe i sig selv var således ikke sundhedsskadeligt ifølge de danske oplysere. ¹²⁶

Alkohol optræder oftere som problem i Sverige end i Danmark, tobak sjældent begge steder. Modviljen mod tobak var ikke nødvendigvis sundhedsmæssigt betinget: „Uppfattningen om dess betydelse för hälsan är ännu inte stadgad. ... Kanske är tobaksfrågan främst en nationalekonomisk fråga. Nog är det givet att vårt folk hade åtskilligt bättre användning för dess hundratals millioner kronor, som årligen går upp i rök“. ¹²⁷

Regelmæssighed og renlighed blev fremhævet: „Det är hälsosamt med regelbundenhet i livets funktioner, såväl i fråga om sömn, föda, utfört arbete m.m. ... Människan mår också mycket väl av punktlighet“. ¹²⁸ Som i det danske materiale var forklaringerne ikke mange. Derfor får vi heller ikke at vide, hvorfor regelmæssighed skulle være særlig gavnlig for sundheden. Manglen på forklaringer betyder, at oplysningen snarere kan ses som et forsøg på at styre folk ved at appellere til deres lydighed end til deres indsigt i nødvendigheden, deres fornuft. Der var dog forskel på teksterne, nogle var mere foreskrivende, andre mere informative og saglige.

Der var påfaldende meget mere om arvehygiejne i Sverige end i Danmark. F.eks. indeholdt den danske lægeforenings første betænkning om profylakse intet om emnet, hvilket Tage Kemp, leder af Universitetets Institut for Arvebiologi og Eugenik, kritiserede. ¹²⁹

SAMMENFATNING

Når myndigheder forsøgte at få folk til at vælge en sundhedsfremmende adfærd, appellerede de både til ønsket om det gode liv og til ansvar og pligtfølelse over for slægten. I Sverige var det mere almindeligt med henvisnin-

ger til nytten for et større fællesskab end i Danmark, og der kunne man også se en forskel i sprogbrug mellem borgerlige og socialdemokrater. De første talte om nationen, slægten og folket, mens socialdemokraterne ville bygge et godt samfund ved hjælp af sunde mennesker. Begrebet folk benyttedes hyppigere i Sverige.

Påbuddene og den bydende tone var lige så hyppigt forekommende i det danske oplysningsmateriale som i det svenske; forskellen bestod i sundhedsrådenes indhold.

I bestræbelserne på at ændre folks adfærd i en sundhedsgavnlig retning benyttede myndighederne tre styringsteknikker: 1) påbud og opdragelse, hvor der blev appelleret til føjeligheden eller lydigheden, 2) oplysning, hvor der blev appelleret til fornuften, og 3) forskellige appeller til folks følelser, som skam, forfængelighed mv. De tre teknikker kunne undertiden forenes i samme tekst. Derudover blev der appelleret til ønsker: ønsket om at være et normalt, et lovlydigt, et socialt ansvarligt og et lykkeligt menneske.¹³⁰

Styringen stræbte således både efter at gøre folk selvstændige og få dem til at tage ansvar for deres eget liv, og til at gøre dem til lydige undersåtter, der fulgte de påbud, som myndighederne kom med.¹³¹ Styringen var udtryk for, at myndigheder og organisationer mente, at de havde ret, og måske også pligt, til at vej- og retlede befolkningen på områder, som må siges at høre privatsfæren til.

Nedenstående digt, skrevet til sundhedsudstillingen af Kai Flor, sammenfatter mange af de tanker, der var bærende i den tids sundhedsoplysning. Folk skulle have viden om, hvordan kroppen fungerede, passe på den og hærde den, også for at blive åndeligt mere duelige. Digtet nævner angsten for degeneration. Ved at tage vare på naturens goder, sol, luft og vand, ville man som yderligere belønning opnå, at den mentale sundhed blev særdeles god.

„Kend helt dig selv indtil den mindstes Fiber,
forstaa din Organismes Labyrint,
hvor Kar,Væv, Nerver i hinanden griber
og følge deres dunkle Baner blindt.

Dit Liv, dit Legems Under, skal du værne,
og hærde baade Hjerne, Fod og Haand,
til værdigt Tempel for dit Væsens Kærne,
til staatsat, smidigt Redskab for din Aand.

Paa Livet overalt der lurer Farer
– usynlige som ormen i en Nød.
Vær da paa Vagt, at du dig selv bevarer,
imod Forfaldet – thi Forfald er død.

Stræk dig, saa Blodet ungt og heftigt iler!
Bad dig i Sol, i Somrens Luft og Vand.
Lad Sundhed lyse af dig, naar du smiler,
i Blikkets Klarhed, i hver Snehvid Tand.

Da vil din Tro, dit Livsmod følge efter,
som sejrrikt du med Sorgerne slås,
da vil du føle, du har Foraarskræfter
da kan du byde selv den Vinter Trods.“¹³²

NOTER

- 1 Alva og Gunnar Myrdal. Kris i befolkningsfrågan. Stockholm 1934 citeret fra Nordberg, 1998, s. 245.
- 2 Qvarsell, 1989; 1991; 1994 og 1995; Mellemaard, 1998; Beronius, 1994.
- 3 Ordet propaganda blev i 1930'erne og 1940'erne ofte brugt som betegnelse for oplysningen uden at have de negative konnotationer, det har i dag. Der skelnedes dog f.eks. i nogle forelæsningsnoter fra Københavns Universitet mellem oplysning og propaganda: „Hygiejnens midler: 1. Oplysning (viden), 2. Propaganda (mentalitet). *Noter til Hygiejne 1*, 1949. Andre brugte dem synonymt: „Skriftlig eller mundtlig Oplysning („Propaganda“) til Gavn for Folkesundheden“. L. P. Borberg, 1939, s. 314.
- 4 Palmblad, 1990.
- 5 Udstillingen var blevet udformet af 16 ekspertudvalg om bl.a. Anatomi og Fysiologi, Svangerskab og Fødsel, Skolealderen, Folkebade, Arbejdshygiejne, Statens Seruminstitut, Fritiden, Radio og Skolebørns besøg på Udstillingen, og den støttedes af en lang række private firmaer, som producerede varer, der kunne forbindes med sundhed: støvsugere, madrasser, rugbrød, koffein-fri kaffe, styrkedrikke, barnevogne mv.
- 6 *Berlingske Tidende* 17/4 1939.
- 7 I *Berlingske Tidende* omtaltes „den kommende store Oplysningskampagne“. Okkels, 15/3 1939.

- 8 *Den store Sundhedsudstilling, 1939.*
- 9 Danske Kvinders Nationalråd lavede i 1930'erne en kampagne „Vore Børns Sundhed“, som jeg ikke har fundet publiceret materiale fra. Buus, 1999. s. 91. Der udkom derudover sundhedsoplysning i form af bøger, pjecer og artikler. Fra 1935 udgav Poul Freudenthal med støtte af en række lægelige autoriteter *Sund Levevis*. *Sund Levevis* indeholdt både artikler rettet til befolkningen med oplysning om sund levevis og artikler, der argumenterede for større forebyggende indsats i forskellige sammenhænge som skole, idrætsverden mv. Blandt medarbejderne i *Sund Levevis* var en lang række også kendte dr.med.'er, f.eks. Richard Ege, Erik Warburg, L. S. Fridericia, Johanne Christiansen og Carl Schiøtz fra Norge. Radio og film blev også benyttet i sundhedsoplysningen. Her har jeg fundet enkelte manuskripter til radioprogrammer og et foredrag, som skulle ledsage en film. Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité lavede eller understøttede en del oplysningsvirksomhed. Aktiviteten var størst i de første år efter komitéens oprettelse i 1936. Den deltog i løbet af 1930'erne og 1940'erne i to udstillinger om børns sundhed, formidlede starten af radiodoktoren og medvirkede ved udformningen af pjecer om børnemad, kost, en om smitsomme sygdomme og en om kønssygdomme og en film om sunde børn. Brev fra hygiejnekomitéen til sundhedsstyrelsen om komitéens virke fra 13. juni 1957. Rigsarkivet. Hygiejnekomiteen. Statens Husholdningsråd blev oprettet ved en lov vedtaget 30/4 1935 for at fremme „den saavel i økonomisk som ernæringsmæssig Henseende rationelle Husførelse“. Bemærkningerne til lovforslaget fremsat af Dahlgaard, IM RV i Landstinget 21/2 1934 sp. 3232. *Rigsdagstidende*.
- 10 Holmström, 1945.
- 11 Hälsokampanjens öppnande, 1945 s. 581-3. Allerede i 1943 havde gymnastikforbundet og lægeforeningen arrangeret et møde i Stockholms koncerthus som indledning til Hälsokampanjen. Den fik dog først penge nok til at starte i 1945. Også i 1943 var både kongeligheder og ministre til stede. Hälsopropagandans debut i Stockholms Konserthus blev en succes. *Friskt folk*, 1943 2/2 s.4-6.
- 12 *Ett friskare folk*, 1945.
- 13 Monsterforedragene blev efterfølgende udgivet af Sveriges Läkarförbund, som købte rettighederne af gymnastikforbundet for 5.000 kroner. *Sveriges läkarförbunds årsbok 1946*, s. 166 og 174.
- 14 Alle læger fik brev i december 1944 med et svarkort, hvor de kunne melde sig som frivillige til Hälsokampanjen. *Läkartidningen*, 1945, s. 66.
- 15 Holmström, 1945. Hälsokampanjen, preliminär sammanfattning av några resultat och siffror från Hälsokampanjen t.o.m. 14 mars, 1945. Hälsokampanjen växer till en våg, 1945.
- 16 Denne kampagne var et samarbejde mellem ABF (Arbetarnas Bildningsförbund), Arbetarnas Samaritförbund, LO, Kooperativa Förbundet (som også støttede Hälsokampanjen), Socialdemokratiska Arbetarpartiet, Socialdemokratiska Kvinnoförbundet, Socialdemokratiska Ungdomsförbundet och Unga Örnar. De dannede „en särskild kommitté med uppgift att ägna hithörande problem uppmärksamhet. Kommittén samarbetar med Sveriges läkarförbund, Medicinalstyrelsen, Statens institut för folkhälsan och Röda korset“. Kampagnen baseredes på lokale aktiviteter. Målet var, at der skulle organiseres forelæsninger og „studiecirklar“ i ABF regi. „De medi-

- cinska kursplanerna och bildmaterialet har åstadkommit av Arbetarnas Samaritförbund och Sveriges läkarförbunds Samaritkommitté för Medicinsk Folkupplysning“, 1945.
- 17 *Arbetarrörelsen och folkhälsan*, 1945.
 - 18 Studiekredse eller studiecirklar var meget benyttede som undervisnings- og selv læringsform. De foregik almindeligvis uden lærer.
 - 19 Röda korset lavede udstillinger om *Människan* i 1925, *Människan och livet* i 1931 og *Mor och barn* i 1936. Organisationen lavede også oplysningskurser i hjemmesygepleje og hälsovårdens grunder og udgav pjecer. I 1942 gennemførte Svenska Gymnastikförbundet i samarbejde med et stort antal organisationer en kampagne. I forbindelse med den startede udgivelsen af tidsskriftet *Friskt Folk. Hälsoaktion 1945 under beskydd av Hans Maj:t Konungen*, 1945, s. 3. *Friskt folk* udkom i årene 1942-45. Ophørte på grund af manglende interesse fra de købere, man forventede at få. 1945 nr 12. s. 3 „Vi hade trott att man utan anlitande av korsord och serier skulle kunna skapa en tidsskrift, som enbart genom sitt innehålls kvalitet och vackra bildmaterial skulle kunna få en spridning, som syftet med tidningen motiverat och som varit erforderligt för dess ekonomisering“. Tidsskriftet indeholdt mange billeder af glade, smukke, oftest unge og veltrænede mennesker. Mændene var mere eller mindre nøgne.
 - 20 Ifølge Karin Nordberg, 1998, som har analyseret den svenske radios programmer, sendte radioen mange sundhedsoplysende programmer i 1930'erne og 1940'erne. Skolelægen August Ljunggren lavede fra 1930 programmer for skolebørn. „Följande föredrag har hållits: Hösten 1930: *Luften från hälsosynpunkt och Mjolk i stället för kaffe* Våren 1931: *Näringsproblemet under skolåldern samt Skolbarnens behov av vila och sömn* Hösten 1931: *Sammanfattning av de förut omtalade hälsoreglerna och skolbarnens tolkningar av dessa enligt deras egna redogörelser. Redogörelse för barnens sista uppsatser och en större prisutdelning* Våren 1932: *Människornas fysiologiska egenskaper och hygieniska omvårdnad. Vad måste iakttagas för att sol-, luft-, havs- och sötvattensbad skola bli så hälsobringande som möjligt? Uppläsning av de sista tävlingsuppsatserna jämte en större prisutdelning*. Han fik børnene til at skrive stile om, hvordan man kunne leve sundt, i alt 6.000 kom ind, og et udvalg blev udgivet som bog.
 - 21 Der blev givet rabat ved køb af mere end 1.000 eksemplarer, hvilket næppe andre end *landstingen* ville gøre.
 - 22 I 1940 var 365.700 medlemmer af frikirkelige organisationer, 163.000 i afholdsorganisationer, 700.000 i konsumentkooperationen og 971.000 i LO og 121.700 i TCO. I 1948/49 deltog 305.000 i studiecirklar. Dertil kom forskellige mere filantropiske organisationer som Röda Korset. Sveriges befolkning var 1940 på 6,4 og 1950 på 7,0 millioner. Johansson, 1980, s. 143-4. Jeg har ikke fundet alle tilsvarende tal for Danmark. I 1941 havde det danske LO 527.000 medlemmer. *Beretning om de samvirkende...*, 1942, s. 54.
 - 23 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård. Proposition nr 39 15/1 1937 s. 124*. Riksdagen protokoll.
 - 24 *SOU 1938:6*.
 - 25 Der var ikke så mange artikler om folkesundhedsarbejdets tilrettelæggelse i de lægeli-

- ge tidsskrifter. De fleste artikler i dem handlede om, hvem der skulle udføre de helbredsundersøgelser, der blev indført, og om honorarspørgsmål. Dem vil jeg lade ligge.
- 26 Fridericia, 1929, s. 331.
 - 27 Munck, 1936, s. 751 og s. 750.
 - 28 Bonnevie, 1951, s. 5-21 og s. 17-18.
 - 29 Borberg (direktør for sygekassevæsenet) 1939, s. 315.
 - 30 Første Behandling i Folketinget Forslag til Lov om Oprettelse af et Husholdningsraad 1935. sp. 5233 Gerda Mundt. *Rigsdagstidende*.
 - 31 Fleron, 1939, s. 14.
 - 32 *Bättre hälsa – bättre folk*, 1945, s. 3.
 - 33 *SOU 1938:6*, s. 149.
 - 34 Nr. 2 Sund föda – en av folkhälsans grundpelare. *Ett friskare folk*, 1945 s. 3.
 - 35 Nr 8 Fostran till hälsa. *Ett friskare folk*, 1945.
 - 36 Nr 8 Fostran till hälsa. *Ett friskare folk*, 1945 „En mycket omfattande upplysningsverksamhet i näringsfrågan meddelas av olika ideella och ekonomiska organisationer“. *SOU 1938:6*, s. 149.
 - 37 Nordgren, 1945, s. 14. Samme ordvalg kan man genfinde i en norsk betænkning fra 1998. Det handlede om at „vekke det politiske Norge til en omfattende og sammenhængende folkehelseyst“. *Det er bruk for alle*, 1998.
 - 38 Läkarmötet dryftade medicinsk folkkupplysning. Problemets lösning bör på alla sätt främjas, 1942, s. 159.
 - 39 Roholm (Vicestadslæge, dr.med.), 1944, s. 1. Indenrigsministeriet udsendte 10/7 1944 et cirkulære til samtlige kommunalbestyrelser angående gratis uddeling af pjecen. Staten betalte halvdelen af prisen for 1/2 mio. eks., 80.000 kroner. I København blev pjecen uddelt gennem skoler, børnehaver og sundhedsplejersker. Fenger, 1944, s. 789.
 - 40 Johansson, 1942. s. 177. Børre Johansson var læge og ved den tid ansat som sekretær i Sundhedsstyrelsen. Han døde 6/5 1945 kun 34 år gammel „af vildfarende Kugler“, da han var gået ud på sin altan, et stykke tid efter at han havde hørt kraftig skydning. Han boede på Nørrebrogade. Han skulle have forsvaret sin disputats om *Den danske Sygdoms- og Dødsårsagsstatistik* i efteråret 1945. *Berlingske Tidende* 8/5 1945 og Backer, 1945. Gad vide, hvordan dansk hygiejne og socialmedicin havde udviklet sig, hvis han havde levet længere?
 - 41 En Rundgang paa Udstillingen, 1939, s. 21.
 - 42 En Rundgang paa Udstillingen, 1939, s. 20.
 - 43 Hansen (overborgmester), 1948. Jeg har ikke kunnet opklare, om det blev trykt og udsendt.
 - 44 Okkels, 15/3 1939.
 - 45 En Rundgang paa Udstillingen, 1939, s. 23.
 - 46 Nr 8 Fostran till hälsa. *Ett friskare folk*, 1945.
 - 47 Höjer, 1941. Anförande på konferens i Jakobsberg 27/9 1941. Han skriver videre: „Här är landet som är i fara för att gå under ... ett annat folk skulle kunna inta vår plats“ (s. 1). I en anden sammenhæng skrev han, at det er de samfundsnyttige borgere, der skal prioriteres: „För socialpolitiken liksom för socialmedicinen måste huvuduppgiften vara omsorgen om att den produktiva delen av befolkningen i möjligaste

- mån bevaras och stärkes ... andra väsentliga uppgift, tillgodoseendet av folkstockens förnyelse genom *det uppväxande släktet*". Höjer & Sjöwall, 1945, s. 14.
- 48 Da det drejede sig om sterilisationer fandtes lignende tankegang i Danmark. Justitsminister Steincke talte i 1924 for „forebyggende Foranstaltninger og Indgreb i den personlige Frihed med eller uden den paagældendes Vilje ud fra Samfundshensyn“. Koch, 1996, s. 57. Han hævdede videre, at „Beskyttelsen af befolkningskvaliteten var så alvorlig en sag, at hensyn til dens beskyttelse måtte gå forud for enkeltpersoner“. Koch, 1996, 78.
- 49 Nr 19. Skolans hälsofostran genom gymnastik och idrott, 1945, s. 5.
- 50 *SOU 1938:6*, s. 7.
- 51 Fischer, 1945, s. 436. „Hälsan ska vara ett medel inte ett mål, liksom kroppskulturen skall vara ett medel för den andliga kulturen“. Nordgren, 1945, s. 9.
- 52 Elldin, 1945, s. 3-8.
- 53 Höjer, 1945, s. 9.
- 54 Holmström, 1942, s. 1.
- 55 Frandsen, 1939, s. 9 og samme ordlyd i Frandsen, 1942, s. 5.
- 56 Horder, 1939, s. 16-17.
- 57 Wintzell (Dr.), 1942, s. 13.
- 58 Dalmark, 1936, s. 3. En pjese fra Folkeuniversitetet.
- 59 *Foredragsgrundlag til Filmen Sunde Børn*, 1943, s. 1.
- 60 Johansson, 1942, s. 263-64.
- 61 Den eneste direkte henvisning til det særlig svenske, jeg har fundet i dette materiale, var ikke, som den danske nationale selvforståelse, et led i skabelsen af et positivt selvbillede. Medicinaldirektør Axel Höjer skrev om „en alkoholism som med viss rätt kan kallas genuint svensk“. Höjer, 1943.
- 62 Okkels, 1939.
- 63 Andersen, 1939, s. 35.
- 64 Frandsen, 1939, s. 10.
- 65 Hou-Jensen (Professor dr.med.), 1939.
- 66 *Vår Mad*, 1941, s. 5.
- 67 Elfving, 1945, s. 92.
- 68 *Bättre hälsa – bättre folk*, 1945.
- 69 *Betænkning nr. II angaaende profylaktisk Lægegerning*, 1944, s. 26
- 70 *Betænkning nr. II angaaende profylaktisk Lægegerning*, 1944, s. 28.
- 71 1945 – ett folkhälsans år, 1945.
- 72 Druckner (Dr.med.), 1941, s. 85.
- 73 Andersen (Dr.med.), 1939, s. 36.
- 74 Larsen (skolelæge), 1939, s. 47.
- 75 Rohleder (kredslæge), 1936, s. 19
- 76 *Noter til hygiejne*. 1, 1949, s. 32.
- 77 Rohleder (kredslæge), 1936, s. 19.
- 78 Rohleder (kredslæge), 1936, s. 18.
- 79 Hälsoregler. Utarbetade i samråd med Hälso kampanjens medicinska expertråd, 1945.
- 80 Badet paa Den store Sundhedsudstilling, 1939, s. 56. Originalens kursiv.

- 81 Man talte om kummerformer. Riismøller, 1971 (1977).
- 82 Dalmark, 1936, s. 6.
- 83 *Tre Manuskripter til Dr. Backers Udsendelser*, 1950, s. 4.
- 84 Badevidenskab eller balneologi er læren om, hvordan vand, bade og andre kure bruges i sygdomsbehandling og forebyggelse. På kursteder, som stadig findes i Tyskland, praktiseres balneologi. Balneologi er et lægeligt speciale i Tyskland.
- 85 Badet paa Den store Sundhedsudstilling. *Den store Sundhedsudstilling*, 1939, s. 55.
- 86 Hansen (Professor, dr.phil.), 1939.
- 87 Moderniteten, eller i det mindste det avancerede, viste sig tilmed i retstavningen ved, at annoncøren brugte små begyndelsesbogstaver ved substantiver.
- 88 Fleron, 1939, s. 14.
- 89 „Deres Dreng skal i Skole“, 1939, s. 46.
- 90 Hansen (Professor dr.phil.), 1939, s. 54.
- 91 Dalmark, 1936, s. 15-16.
- 92 *Foredragsgrundlag til Filmen Sunde Børn*, 1943.
- 93 Johansson, 1942, s. 82.
- 94 Og fra bladet Sund Levevis: „Man bør unde sig *Ro til Maaltiderne*. Det er saaledes en Uting at læse Avis medens man spiser. Man glemmer at tygge Maden ordentlig, kommer til at sluge den og snyder sig selv for Bordets Glæder“. „Middagsmaaltidet, Dagens Hovedmaaltid, burde hver dag være lidt af en Fest. Familiens Medlemmer er samlede, maaske den eneste Gang i Dagens Løb. Dagens Begivenheder drøftes, der lægges Planer for de kommende Dage og efter Middagen, ved Kaffen, et lille Hvil i Familiens Skød. Man har ikke godt af at gaa i Gang igen umiddelbart efter et større Maaltid“. Rud (Dr.), 1935, s.11.
- 95 Josefsson, 1945, s. 2586.
- 96 Björkquist, 1945, s. 1257.
- 97 *Hälsa och friluftsliv*, 1934, s. IX. Bogen er på 900 sider. Man må spørge sig, hvem målgruppen var „*en bok för ungdom* – i alla åldrar – och för ungdomens vänner: lärare och andra“, s. X.
- 98 Hälsoregler, 1945, s. 18-19.
- 99 Lundholm, 1944. Tal för Kristliga Läkare- och medicinarkretsen 7/3 1943.
- 100 Valverde, 1996, s. 362.
- 101 Nr 3 Vardagslivets hygien, 1945, s. 1-2.
- 102 Nr 19. Skolans hälsofostran genom gymnastik och idrott, 1945, s. 4.
- 103 *SOU 1938:6*, s 153.
- 104 Nr. 2 Sund föda – en av folkhälsans grundpelare, 1945.
- 105 Höjer, 1943.
- 106 *SOU 1938:6*, s. 7.
- 107 Höjer, 1942, s. 4.
- 108 Munck, 1936, s. 750-2.
- 109 Henningsen, 1939, s. 68.
- 110 „Mange Farer truer det voksende Barn“ Deres Dreng skal i Skole, 1939, s. 46.
- 111 *Betænkning afgivet af ...*, 1939.
- 112 Dalmark, 1936, s. 15.
- 113 *Foredragsgrundlag til Filmen Sunde Børn*, 1943.

- 114 *SOU 1976:46*, s. 155.
- 115 Nr 12. *Pediatrisk hälsovård*, 1945, s. 10.
- 116 Wallgren, 1945. Åtta upplagor till 1953 og 230.000 ex., s. 6.
- 117 Hillgren, 1942, s. 27.
- 118 *SOU 2000:91*, s. 15.
- 119 Fischer, 1945.
- 120 Nr. 3 *Vardagslivets hygien*, 1945 s. 4. Også de gravide blev frarådet at drikke kaffe.
Råd till blivande mödrar, 1946, s. 4-5.
- 121 Björkquist, 1945, s. 1258.
- 122 Lindgren, 1991 og 1993.
- 123 *SOU 1938:6*, s. 144.
- 124 Propositionen 25/2 1944. *Riksdagstryck*.
- 125 *Tre Manuskripter til Dr. Backers Udsendelser*, 1950, s. 8.
- 126 Nogle af de råd, der blev givet dengang, kan vi nikke genkendende til i dag, f.eks. at vi skal motionere og spise frugt og grøntsager, andre hører vi sjældent om i dag. Når der ikke bliver talt så meget om renlighed i dag, kan det skyldes, at den er meget større end dengang. Sværere at forstå er, hvorfor opfordringerne til hvile (søvn), bedre holdning og hærkning er forsvundet. Mange holdningsfejl dengang skyldtes engelsk syge, som var en mangelsygdom, og hårdt fysisk slid fra barndommen. Det ser vi ikke i dag, men bevæge-apparatlidelser er hyppige. Hærkningen er forsvundet som sundhedsmiddel. Jeg har ikke kunnet finde noget, der tyder på, at det skyldes videnskabelige undersøgelser, som har vist dens nyttesløshed.
- 127 Nr 1. *Förbättrad folkhälsa – en angelägen samhällsuppgift*, 1945.
- 128 Nr. 3 *Vardagslivets hygien*, 1945.
- 129 Kemp, 1940.
- 130 Vallgård, 2001.
- 131 Foucault, 1982, s. 212.
- 132 Flor, 18/3 1939.

OVERVÅGNING OG OPDRAGELSE – INDFØRELSE AF HELBREDSUNDER- SØGELSER AF GRAVIDE OG BØRN

I løbet af 1930'erne og 1940'erne blev der for første gang i Danmark og Sverige lovgivet om offentligt finansierede helbredsundersøgelser for alle børn og gravide. Formålet var at opdage sygdomme og fejludviklinger i tide, og at påvirke børn og forældre til en sundere adfærd. Helbredsundersøgelserne vedrørte børn, fødte såvel som ufødte. Der kom ikke love om undersøgelser af andre aldersgrupper, skønt det ikke skortede på forslag både vedrørende unge, der ikke gik i skole, midaldrende og gamle. En undtagelse var tuberkuloseundersøgelserne (se kapitel 4).

Kontrol og omsorg blev altså nu forenet i nye tiltag.¹ Det kan ses som udtryk for det, Foucault kaldte den pastorale magtudøvelse, som både overvåger for at få viden og våger over for at beskytte. For at kunne skabe „gode liv“ måtte de styrende have viden om borgerne. Overvågningen både skabte og forudsatte viden. Den normalitet, borgerne, i dette tilfælde børnene, skulle leve op til, defineredes ved helbredsundersøgelserne. Eksperternes, især lægernes, rolle blev derfor: at definere det normale, at kontrollere om borgerne levede op til normerne og endelig at hjælpe dem til at gøre det.

Nok så afgørende for den opdragende politik var imidlertid, at politikere og andre fandt det ønskeligt og muligt at definere, hvad borgerne burde gøre. Dette er somme tider blevet kaldt social ingeniørkunst. Hvor stor tilliden til de såkaldte sociale ingeniører var, og hvor stor indflydelse, de havde, har været genstand for diskussion.² På netop dette område synes den at have været ret omfattende. Det er sandsynligt, at velviljen over for de intellektuelle og eksperterne var større i Sverige, i hvert fald i det svenske socialdemokrati, mens de danske socialdemokrater var mere skeptiske over for intellektuelle.³

Det spillede en rolle, at 1930'erne og 1940'erne, på trods af den økonomiske krise, som begyndte i 1929, og på trods af anden verdenskrig, var en periode med økonomisk vækst i begge lande, hvor de offentlige udgifter steg. Der var således ressourcer til rådighed, som politikerne, hvis de ønskede det, kunne bruge på bl.a. helbredsundersøgelser.

FIGUR 3.1.

Love om helbredsundersøgelser i Danmark og Sverige

DANMARK

Lov om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveaar (indførelse af sundhedsplejersker). Vedtaget i 1937.

Lov om Svangerskabshygien. Vedtaget i 1945.

Lov om Lægeundersøgelser af Børn. Vedtaget i 1946, trådte i kraft 1/1 1948.

Lov om Skolelæger. Vedtaget i 1946, trådte i kraft 1/4 1947.

SVERIGE

Förebyggande mödra- och barnavård. Ordningen begyndte med gravide og spædbørn. Den blev gradvist udbygget til i 1945 at omfatte alle førskolebørn. Vedtaget i 1937 og trådte i kraft 1/1 1938.

Rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården. Vedtaget i 1944.

I begge lande gennemførtes en omfattende lovgivning, se figur 3.1, som – efterhånden som ordningerne blev indført – indebar, at alle børn og deres forældre adskillige gange i løbet af børnenes første 12-15 leveår kom i kontakt med autoriseret sundhedspersonale. Disse skulle påvirke både børn og forældre til det, myndighederne opfattede som en sund levevis. Politikerne var således parate til at lade det offentlige gå ind på et område, som hidtil havde været forældrenes ansvar, og som kunne opfattes som et privat anliggende. Med ordningerne blev der skabt nye faggrupper, hvis hovedopgave var at overvåge og opdrage befolkningen til en sundere levevis. Overvågningen var i denne periode mest omfattende i Danmark, og dermed var muligheden for opdragelse i forbindelse med helbredsundersøgelserne også større.

Nogle af lovene blev vedtaget i 1930'erne, andre i midten af 1940'erne. Forberedelserne til den danske skolelægelov fandt sted i 1930'erne, forslaget blev stort set vedtaget i den form, som blev foreslået i en betænkning fra 1939. Også de to andre danske love, vedtaget i 1940'erne, havde været på tale årtiet før. Det samme gjaldt den svenske skolelægelov. Derfor har jeg valgt at behandle alle love samlet, selv om de blev gennemført med en del års mellemrum, og selv om nogle argumenter var påvirket af anden verdenskrig og i Danmark af besættelsen.

BØRNS SUNDHED – MYNDIGHEDERNES ANSVAR?

Politikernes argumenter for at gribe ind i børnenes sundhedsmæssige opvækstvilkår viser, hvad de anså for legitime grunde til at udøve magt på disse områder. Begrundelserne kan også ses som et led i selve styringen. Hvis de blev opfattet som acceptable, kunne de motivere forældrene til at benytte tilbuddet om helbredsundersøgelse og at følge de råd, myndighederne gav. Begrundelserne fortæller, hvad politikerne forventede, at folk ville opfatte som legitimt og motiverende. Nu er det ikke så sandsynligt, at mange forældre læste, hvad politikerne udtalte i *Rigsdagstidende* eller *Riksdagens protokoll*. Vejen gik sjældent direkte fra politikere til borgere. Det var læger, jordemødre og sygeplejersker, der gennemførte helbredsundersøgelserne, og de skulle også opleve deres arbejde som velbegrundet og legitimt. Helbredsundersøgelserne og lovgivningen blev beskrevet og diskuteret i deres fagblade. Politikernes begrundelser blev dog også fremført direkte til borgerne f.eks. i pjecer. Disse vil jeg vende tilbage til i næste afsnit.

De fire danske love blev gennemført uden de store kontroverser i Folketing og Landsting, hvor alle ordførere bakkede op om forslagene. En forbedret folkesundhed var et selvfølgeligt fælles mål, og helbredsundersøgelser blev opfattet som et vigtigt middel til at nå det.

I Sverige var der tale om to love, en fra 1937, som omfattede graviditets- og børneundersøgelser og hele fødselshjælpen, og en om skolelæger fra 1944. Begge love var forberedt med grundige betænkninger og høringsrunder, som det, som nævnt, var og stadig er praksis i Sverige. Desuden blev regeringens lovforslag fulgt af en, sammenlignet med Danmark, meget omfattende argumentation og delvis dokumentation, mens diskussionerne i selve *riksdagen* ikke var så omfattende. Der var heller ikke i Sverige partipolitiske kontroverser om disse love. Debatten i den svenske *riksdag* handlede for den første lovs vedkommende hovedsagelig om jordemødrenes lønninger. Indholdet i ordningen havde rigsdagsmedlemmerne ingen indvendinger mod eller kommentarer til, som ikke var kommet frem i udvalgsbehandlingen.

BEFOLKNINGENS STØRRELSE OG KVALITET; DEN ENKELTES VELFÆRD

Befolkningens truende tilbagegang og mulige forringelse (degeneration) var i begge lande de oftest fremhævede begrundelser for de nye love. Fødselstallet var faldende. I begyndelsen af 1900-tallet fødte hver svensk og dansk kvinde fire børn i gennemsnit, i 1930 kun cirka to (se figur 9.1). Mange poli-

tikere og fagfolk var derfor – som i dag – bekymrede for, om der i fremtiden ville være tilstrækkelig mange mennesker i arbejdsfør alder til at forsørge de gamle.⁴ Befolkningsspørgsmålet optog sindene mere i Sverige end i Danmark. En årsag var, at befolkningens vækst var mindre i Sverige. Fødselstallet var det laveste i Europa, og emigrationen, især til USA, havde været betydelig større end fra Danmark. I årene 1881–1930 emigrerede 322.000 fra Danmark og hele 1.049.000 fra Sverige.⁵ En anden årsag var, at spørgsmålet blev sat meget effektivt på dagsordenen bl.a. af Alva og Gunnar Myrdal med bogen *Kris i befolkningsfrågan* fra 1934. Denne bekymring førte til, at regeringen i Sverige i 1935 nedsatte en befolkningskommission med bl.a. Gunnar Myrdal som medlem, og den skulle undersøge årsager til det faldende fødselstal og foreslå tiltag for at modvirke det. Efter svensk forbillede skete det samme i Danmark. I begge lande handlede befolkningsspørgsmålet både om befolkningens kvantitet og kvalitet.⁶ Det faldende fødselstal og den formodede forringelse af befolkningens kvalitet i arvemæssig henseende optog dog også mange danske politikere. Ved fremsættelsen af lovforslaget om sundhedsplejersker sagde den danske radikale indenrigsminister Bertel Dahlgaard: „Tiden er jo fyldt med alle de Problemer, der knytter sig til Slægtens Formerelse; etiske, moralske, sociale og økonomiske Synspunkter brydes paa dette Omraade som næppe nogensinde før, og bag disse Brydninger aner vi Styrken af de Kræfter, der en Dag kan have afløst Befolkningsvæksten med Stagnation og derefter Tilbagegang“.⁷ Politikerne oplevede således væsentlige dele af samfundets fundament som truet. Gennem lovene om helbredsundersøgelser forventede man om ikke at kunne øge fødselstallet, så dog sikre, at de børn, der blev født, overlevede og blev sunde og raske.

Politikere og andre, der ytrede sig i debatten, ønskede også at forbedre befolkningens „aandelige Stade“ og „intellektuelle Formuen“. Man regnede med, at helbredsundersøgelserne ville bidrage til dette. I 1935 skrev Danske Kvinders Nationalraad til alle landets kommuner og amter: „Hertil kommer at Undersøgelser har vist, at en Højnelse af Sundhedstilstanden medfører en Højnelse af den aandelige Udvikling“.⁸ Inger Merete Norden-toft, skoleinspektør og medlem af DKP, sagde i 1946 i Folketinget om skolelægeordningen: „Barnets Sundhed har den allerstørste Betydning for det Udbytte, Barnet faar af Undervisningen“.⁹ Sundhed var ikke alene et mål i sig selv.

Bestræbelserne på at sikre befolkningens størrelse og kvalitet kunne forenes med et ønske om at skabe glæde og udvise medmenneskelighed. Bertel Dahlgaard sagde om de nye sundhedsplejersker, at: „vi samtidig hermed vil

mindske Sorgen og Savnet hos Tusinder af Mødre og i Tusinder af Hjem“.¹⁰ Og det konservative landstingsmedlem Lisbeth Hindsgaul føjede til, at det „ikke alene (var) et befolkningsmæssigt Spørgsmaal ... at det her ogsaa rent menneskeligt er en Opgave, som Samfundet ikke længere kan lade ligge uden virkeligt Forsøg af ophjælpende Karakter“.¹¹ Helbredsundersøgelser syntes at kunne forene flere hensyn, nemlig nytten for den enkelte og for samfundet. Gennem skolelægeordningen mente det socialdemokratiske folketingsmedlem Alfred Andreassen i 1946, at meget kunne opnås: „Det hører til Forældrenes største Glæde at se deres Børn vokse sig sunde og stærke, og for Skolens Arbejdere, for Lærerne, er det ikke alene en Glæde at færdes mellem sunde og glade Elever, men Skolens Arbejde lykkes langt lettere og bedre, naar Eleverne møder raske og veloplagte til Arbejdet paa Skolen. At et Samfund staar sig ved at ofre betydelige Beløb, naar det gælder om at værne om Børnene og de unges Sundhed, er hævet over enhver Tvivl“.¹²

Politikere og andre så ingen modsætning mellem de fælles og den individuelle interesse. Formanden for Danske Kvinders Nationalraad Kirsten Glorfeldt-Tarp skrev til rigsdag og regering: „Forstaaelsen for dette Tilsyns [skolelægens SV] Betydning for det enkelte Individ og derved for Samfundet som Helhed har vundet større Udbredelse i de sidste Aar“.¹³ Med skolelæge Aksel Larsens ord kan begrundelserne i Danmark sammenfattes som: „at skabe en sundere og mere intelligent, en lykkeligere og værdifuldere Efterslægt“.¹⁴ Det handlede både om at skabe gode liv for de enkelte borgere og om at styrke samfundet, folket eller nationen. Det var dog oftere den fælles sag end den enkeltes lykke, der blev fremhævet.

I Sverige var de befolkningspolitiske begrundelser for helbredsundersøgelser centrale i debatten. Nogle oplevede ligefrem, at selve det svenske folks overlevelse var truet. I en betænkning fra 1936 om svangre- og børneundersøgelser argumenterede man for, at „för ett land som vårt med synnerligen låg nativitet måste alla åtgärder för mödraskydd från det allmännas sida anses som en nationens självbevarelsehandling“.¹⁵ Befolkningsskmissionen var lidt mere dæmpet, men ikke mindre forhåbningfuld. Den forventede, at ordningerne ville få „livsbesparande, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande verkan i fråga om såväl kvinnor som barn (och) bli av stor betydelse såsom ett led i statens befolkningspolitiska strävanden“.¹⁶

Spædbørnsdødeligheden var lav i Sverige sammenlignet med andre lande, men Medicinalstyrelsen mente alligevel, at der var mulighed for forbedringer. „Visserligen har spädbarnsdödligheten i vårt land liksom i andra länder betydligt sjunkit, beroende på ett flertal omständigheter, bl.a. en förbättrad

levnadsstandard, en ökad och förbättrad upplysning i fråga om barnavård och en sjunkande nativitet. Men redan den omständigheten att spädbarnsdödligheten är mycket olika i olika landsändar, i olika landskap, tyder på att kunskaperna om barnavård på många håll är långt från tillfredsställande“.¹⁷ På grund af den lave fødselsrate måtte et „minskande på spädbarnsdödligheten, betraktas som ett samhällsintresse av största vikt“.¹⁸ Alt, hvad der kunne gøres for at sikre en større befolkning, havde særdeles høj prioritet i Sverige. Der blev ikke udfoldet store anstrengelser for at forklare, hvorfor befolkningstilvæksten var vigtig. Man må formode, at det opfattedes som indlysende.

Mentalhygiejne, eller psykisk sundhed, spillede en større rolle i den svenske debat end i den danske. Ifølge skoleoverlægen, som var ansat i *Skolöverstyrelsen* med ansvar for hele landets skolelægevirkosomhed, ville alle gavnes og samfundet blive bedre i kraft af skolelægenes indsats: „Det är de nuvarande skolbarnen som om ett fåtal år komma ut i verksamhet i samhället. Ju bättre kroppsligt utvecklade, och ju bättre de äro själsligt rustade, ju bättre kunskaper och färdigheter de ha, desto värdefullare för samhället. Och ju bättre deras arbetsförmåga är på alla skilda områden, och ju bättre de förstå att umgås och respektera, att samarbeta med och att hjälpa sina medmänniskor, desto mera människovärdig kan tillvaron bli för alla i framtiden“.¹⁹ Med udsigt til så omfattende forbedringer må det have været svært at forestille sig, at man kunne undvære skolelægerne. Som i Danmark formulerede politikerne sig på en sådan måde, at der ingen modsætning var mellem den enkeltes interesser og samfundets. Debatten domineredes af de argumenter for helbredsundersøgelser, som henviste til deres samfundsmæssige nytte.

SAMMENLIGNINGER MED ANDRE LANDE OG DEN NATIONALE STOLTHED

Sammenligninger med andre lande gav i Danmark såvel i mellemkrigstiden, som i dag, anledning til bekymring. Med formuleringer, som næsten kunne være hentet fra 1990'ernes debat om placeringen på ranglisten over middellevetider i europæiske lande, talte man dengang om den danske spædbørnsdødelighed. Børnelæge Svenn Monrad skrev i 1926: „I de senere Aar har vore Fremskridt ikke på langt nær holdt Trit med Fremskridtene i mangfoldige andre Lande baade i og udenfor Europa. For en halv Snes Aar siden var Danmark et af de Lande, der havde den laveste Børnedødelighed, idet kun Norge og Holland var lavere. Nu er vi ... rykket saa langt ned i Rækken, at

vi staar som nr 13. ... Som den fremstaaende Kulturstat, Danmark ønsker at være og til dels ogsaa er, kan vi ikke være et saadant Forhold bekendt“.²⁰ Det var især læger og sygeplejersker, der fandt den danske udvikling beskæmmende. Medicinaldirektør Johannes Frandsen skrev til Indenrigsministeriet om sundhedsplejerskerne: „Begrundelsen for at tage dette Arbejde op, var den Kendsgerning, at Spædbørnsdødeligheden her i Landet gennem en længere Aarrække har været ret betydelig sammenlignet med adskillige andre Lande“.²¹

Man ønskede dog ikke kun at være på niveau med andre lande, men ville helst være bedre. Den kendsgerning, at de danske forhold ikke var blandt de bedste, passede ikke ind i selvbilledet af landet som en fremstående kulturstat, ja, ligefrem et foregangsland.²² En obstetriker, Trier, skrev om svangreprofylaksen, „at det er den slags ting, som hjælper Danmark til at beholde den fremskudte plads paa sygdomsbekæmpelsens front, som det altid har indtaget“.²³

Danmark opfattedes af politikerne og lægerne som et særlig human og socialt land, og dette ønskede man at kunne blive ved med. Elin Appel fra Venstre forventede i 1946, at vedtagelsen af de fire love „ydermere vil befæste Danmarks Ry som et af de Lande, der har den bedste sociale Lovgivning“.²⁴ Det at tage sig af de svage blev ligefrem af en læge ansat i Sundhedsstyrelsen fremhævet som en særlig dansk adfærd, „at finde de svagelige Individier i tide, og ved at pleje Mødre og Spædbørn ... bekæmpe Lidelserne i deres allerførste Stadier, inden Sygdom er frembrudt. ... denne Omsorg for det enkelte Individ er i særlig Grad i Pagt med dansk Mentalitet“.²⁵ Man bør nok tage i betragtning, at bogen blev udgivet i 1943, hvor behovet for at markere det nationale var større på grund af den tyske besættelse. Den nationale stolthed var således i Danmark en selvstændig grund til, at politikere og andre ønskede at gøre noget for at forbedre folkesundheden.

I Sverige spillede sammenligninger med andre lande en rolle, men de var meget sjældnere end i Danmark. Måske fordi sammenligninger ikke kunne bruges som argument for, at Sverige skulle op på niveau med andre lande. „Sverige har världens lägsta spädbarnsdödlighet. Sverige kan tävla med länder som tidigt startat samma system och sett samma goda effekt“.²⁶ Man ønskede dog ikke at afvige fra omverdenen: „I de flesta civiliserade länder (har) det uppväxande släktets hälsovård ådragit sig en synnerligen livlig uppmärksamhet“.²⁷ Sådanne sundhedsordninger skulle derfor også indføres i Sverige. Der blev dog ikke i denne sammenhæng talt om, at en bestemt adfærd eller holdning var særlig svensk.

Helbredsundersøgelser kunne svare sig samfundsøkonomisk. De ville skabe raskere børn og dermed færre udgifter i sundhedsvæsenet. I Danmark udtalte Marius Jensen, gårdejer, Venstre, at sundhedsplejerskernes arbejde „kunde føre til mindre Udgifter for Kommunerne, naar det drejer sig om Hjælp til syge Børn i trængende Hjem“.²⁸ Adskillige andre talere fremhævede, at ordningerne kunne betale sig,²⁹ bl.a. fordi hele samfundsøkonomien vil få gavn af raske borgere. Politikere og andre forventede, at staten og resten af den offentlige sektor ville spare penge, „idet det, som alt forebyggende Arbejde, vil aflaste Sygehuse og Sygekasser for Udgifter til Sygdomsbehandling“.³⁰ Desto mere rimeligt var det, at det offentlige finansierede dem. Svenske politikere håbede også, at helbredsundersøgelser kunne spare penge i sundhedsvæsenet.³¹ I begge lande var ordningerne skattefinansierede. De gavnede en fælles sag. Som Gunnar Fog-Petersen fra de radikale sagde, var det „en Folkeinteresse, et fælles Samfundsanliggende, og derfor var det egentlig rimeligt, at Staten tog hele Omkostningen derved“.³²

Samme slags argumenter blev fremført i Sverige. Medicinalstyrelsens direktør J. Axel Höjer talte om, at omsorgen for mødres og børns sundhed var „en samhällsangelägenhet av mycket stor vikt“.³³ Departementschef Gustav Möller fremhævede, at uvidenhed var en væsentlig begrundelse for gratis ordninger. „Avgörande för frågan om avgiftsfrihet synes mig den omständigheten vara, att det här i stort sett gäller en ny verksamhet, om vars betydelse för den uppväxande släkten stora delar av vårt folk ännu inte kommit till full insikt och för vars genomförande det på den grund är av största vikt att ekonomiska hinder ej resas“.³⁴

Endelig var det ifølge Alva Myrdal et spørgsmål om social lighed: „Det finns ingen anledning att tolerera en högre barnadödlighet i någon socialgrupp än den som är den genomsnittliga i t.ex. den ekonomiskt bäst ställda fjärdedelen av befolkningen. Vad denna klass kan köpa sig av barnhälsa och sparade barnliv, kan samhället köpa åt de andra folkgrupperna“.³⁵

I begge lande blev helbredsundersøgelserne anset som en offentlig opgave, fordi de gavnede samfundsøkonomien og den offentlige økonomi, og fordi forældrene ikke ville kunne forstå, hvorfor de selv skulle bruge penge på den.

HVORFOR IKKE FORÆLDRENES ANSVAR?

Hvorfor kunne man ikke længere overlade det til forældrene at tage ansvar for deres børns liv og velfærd? I Danmark gav spørgsmålet anledning til en

vis uenighed mellem de konservative og Venstre på den ene side og de radikale og socialdemokraterne på den anden.

Der var enighed om, at en væsentlig begrundelse for det offentlige indblanding var, at forældrene ikke var oplyste og kyndige nok til at overlades opgaven alene. H.P. Johansen, medlem af Socialdemokratiet, sagde direkte i forbindelse med forslaget om sundhedsplejersker, at „den væsentligste Aarsag til det [den høje spædbørnsdødelighed] maa vel være manglende Oplysning med Hensyn til Barnets Røgt og Pleje i det første Leveaar“.³⁶ Forældrene vidste ikke, hvornår de burde søge hjælp. Derfor måtte de, ifølge en anden socialdemokrat, folketingsmedlem Alfred Andreassen, belæres: „Forældrene maa opdrages til at indse at det er af allerstørste Betydning for deres Barn, for dets Sundhed og for dets harmoniske Legemsudvikling, at det allerede fra sit første Leveaar kommer under Lægens Tilsyn“.³⁷ Man kan spørge sig, om ordet opdragelse dengang havde en anden klang, eller om det ansås for rimeligt, at myndighederne skulle opdrage også voksne borgere? Andreassen mente i alle tilfælde, at forældrene savnede forudsætningerne for at tage ordentlig vare på deres børn. Skolelægekommissionen skrev, „at Forældrene ikke altid har – og ikke kan have – Øje for deres Børns Helbredstilstand“.³⁸ Lægeforeningens sprogbrug var nærmest religiøs, den talte om „Forsyndelser mod Barnets Helbred“³⁹ fra forældrenes side. Helbredsundersøgelserne skulle råde bod på uvidenhed og manglende vilje hos forældrene. Da forældrene ikke levede op til deres ansvar, måtte myndighederne tage over.

Den politiske uenighed gjaldt årsagerne til en dårlig sundhedstilstand, og hvad politikerne burde gøre ved den. Det førnævnte socialdemokratiske folketingsmedlem, Alfred Andreassen, benyttede debatten om børneundersøgelserne til at tale for, at forebyggelse ikke kun handlede om helbredsundersøgelser. Han sagde, at med dette forslag og forslaget om skolelæger „staar (vi) over for Løsningen af Spørgsmaal, som har vidtrækkende Betydning for vort Folks Sundhed. Men Børnenes Sundhed er ikke alene afhængig af om de kommer til Undersøgelse, eller hvor mange Gange de kommer til Undersøgelse hos Lægen. Det afgørende vil her altid blive, under hvilke Forhold Børnene vokser op. Jeg tænker paa Boligforholdene, om der er tilstrækkelig Plads i Hjemmet, om de hygiejniske Forhold er gode, Ernæringen, Adgang til Leg og Tumlen i Sol og frisk Luft o.s.v.“⁴⁰ Her satte Venstres Elin Appel dog grænsen: „Jeg tror, at vi i Danmark efter Vedtagelsen af disse Lovforslag har Lov til at sige, at der nu fra Samfundets Side er gjort alt, hvad man for Tiden med Rimelighed kan ønske for vore Børns Sundhed“.⁴¹

Der var også en vis uenighed om, hvorvidt offentligt ansatte overhovedet var berettigede til at komme i de private hjem. Sundhedsplejersker skulle udelukkende arbejde i hjemmene. Det skabte bekymring i Venstre. Den gjaldt ikke kun privatlivets fred, men også faren for at svække ansvarligheden, dvs. selvstyringen. Esther Malling Pedersen talte for „det fulde Frivillighedsprincip ... administreres Loven saaledes, at der kommer blot det mindste Skær af Myndighed og Kontrol derover vil den, ... lige saa utvivlsomt blive til Skade. Man vil da svække Ansvarsfølelsen hos de mere ligegyldige Mødre og man vil lægge et utaaleligt Tryk paa de heldigvis mange mødre, der betragter deres Børns Pleje og Pasning som et kært Privilegium og som noget, der absolut er deres eget private Omraade“.⁴² Undersøgelserne kunne således blive til skade både for dem, der kunne og ville styre sig selv, og for dem, der ikke kunne det, hvis indblandingen blev for manifest.

Esther Malling Pedersen var i det hele taget betænkelig ved det offentliges indblanding. Hun spurgte retorisk: „Hvem tilhører Børnene, Staten eller Forældrene?“⁴³ og fik et svar, hun næppe var enig i fra det radikale medlem Gunnar Fog-Petersen. Han mente ikke, at man kunne tale om ejendomsforhold, fordi børnene „tilhører sig selv som Individder. Men de tilhører jo forsaavidt baade Staten og Forældrene, som de tilhører Folket, er en del af Folket fra det Øjeblik de bliver født, og Folket bestaar jo baade af Forældre og Børn, Statsbegrebet indbefattet deri“.⁴⁴ Dermed havde staten også i et vist omfang ret til, på linje med forældrene at bestemme over børnene. Dette syn på børn som et fælles anliggende, kan være en forklaring på, at man indførte ordninger for dem, men ikke for andre aldersgrupper. En anden nok så væsentlig forklaring kan være, at børnene repræsenterede fremtiden.

Med hensyn til skolelægeordningen fandtes der, ifølge den kommission, som udarbejdede forslaget, endnu et argument for, at opgaven skulle være offentlig: „at Skolens og dens Arbejde allerede i sig selv paa forskellig Maade kan være en Trusel mod Børnenes Sundhed“.⁴⁵ Skolen havde altså et ansvar for at kompensere for de belastninger, den udsatte børnene for.

De svenske politikeres og embedsmænds begrundelser for de nye love var helt parallelle: forældrenes uvidenhed og uansvarlighed. Børnene blev, ifølge en af betænkningerne, ikke plejet ordentligt på grund af „nödtvång, okunnighet eller vårdslöshet“ . „Mödrarna saknade ofta även ganska elementära begrepp om dylik [spädbarns]vård, och ej sällan vore de behärskade av gamla ohygieniska föreställningar eller fördomar beträffande densamma“. Disse forhold kunne man imidlertid gøre noget ved: „Erfarenheten utvisade emellertid, att nu åsyftade risker i väsentlig mån kunde nedbringas genom

lämpligt levnadssätt och sakkunnig vård“.⁴⁶ Forældrenes manglende evner gjorde det legitimt og nødvendigt for det offentlige at gribe ind og overtage ansvaret. Skolens mulige skadelige virkninger på børnenes helbred blev også i Sverige brugt som argument for indførelse af skolelæger. Det blev fremhævet, at skolelæger også skulle sikre, at børnene fik gymnastik, leg og idræt, som var et „hälsomedel, som äro särskilt ägnade att kompensera barnen för de nackdelar i hygieniskt avseende, som skolarbetet i övrigt kan medföra på grund av stillasittande och inomhusvistelse, samt ett värdefullt uppfostringsmedel“.⁴⁷

Det var også nærliggende at indføre helbredsundersøgelser i skolen, fordi børnene var tilgængelige der: „att barnen under en följd av år finnas sammanförda under allmän tillsyn och följaktligen kunna utan alltför stora besvärligheter nås av åtgärder från det allmännas sida“.⁴⁸ Samme synspunkt blev fremført i den danske kommission: „Man bør ikke lade denne Lejlighed, da man i anden Anledning har Børnene samlet, ubenyttet, men gribe den til ogsaa at undergive dem et lægeligt Tilsyn“.⁴⁹ Ingen anden befolkningsgruppe havde myndighederne samme adgang til at undersøge og påvirke, når der lige ses bort fra de værnepligtige. Det kan være en forklaring på, at skolen bliver ved med at være et yndet sted for at gennemføre ændringer. Det er noget lettere at bruge den adgang, man havde til børnene i skolen end at forsøge at få forældrene til at opdrage dem i ønsket retning.

HELBREDSUNDERSØGELSER AF ANDRE ALDERSGRUPPER

I begge lande dukkede også forslag op om indførelse af offentligt finansierede helbredsundersøgelser for andre aldersgrupper. Den danske lægeforening foreslog sådanne i to betænkninger fra 1940 og 1944, nemlig for unge op til 21 år og for personer over 40 år. Generelle helbredsundersøgelser af andre aldersgrupper var også på tale i Sverige.⁵⁰ I et af Hälsokampanjens foredrag hed det, at der skulle indføres „regelbundet återkommande kroppsundersökningar, som med bästa tekniska utrustning söker efter sådana sjukdomssymtom, som man i varje ålder och yrke har anledning att vänta sig“.⁵¹

Den danske ungdomskommission, som blev nedsat i 1945,⁵² havde en undergruppe, hovedsagelig bestående af læger, der kom med et forslag om helbreds kontrol for ungdommen.⁵³ Begrundelserne var, at „det er for tidligt at slippe den opvoksede Slægt individual-profylaktisk set ved Udgangen af Skolen, ... Den unge ... skal samtidig opdrages til og lære selv at tage Vare paa sit Helbred, det største Aktiv i Tilværelsen og for Befolkningen som

Helhed Grundlaget for dens Arbejdskraft“.⁵⁴ Argumenterne ligner til forveksling dem, der blev fremført vedrørende børn, men de førte ikke til indførelse af helbredsundersøgelser for de unge. I Sverige talte medicinaldirektøren også for udvidelse af helbredsundersøgelserne til andre aldersgrupper, bl.a. de unge, som havde forladt skolen, og „att snarast utsträcka de förebyggande hälsundersökningarna till alla åldrar är kanske vår angelägnaste organisatoriska medicinska uppgift“.⁵⁵ Der blev dog heller ikke i Sverige gennemført andre offentligt finansierede helbredsundersøgelser bortset fra tuberkuloseundersøgelserne.

Generelt kan siges, at argumentationen for indførelse af helbredsundersøgelser ikke var særlig udfoldet. I den politiske argumentation dominerede henvisninger til de samfundsinteresser, man forventede at gavne med helbredsundersøgelserne: befolkningsvæksten, samfundøkonomien og den offentlige økonomi. Færre argumenterede med, at tiltagene ville skabe gode liv for den enkelte borger. Tendensen var mest udtalt i Sverige. Måske kan det skyldes, at de svenske kilder udgøres af embedsmands- snarere end politikerudtalelser. I Sverige sammenlignede man mindre med situationen i andre lande og henviste aldrig til den nationale egenart. Der var ikke den store uenighed om, at helbredsundersøgelserne ville forbedre folkesundheden. Den begrænsede debat kan skyldes, at politikerne så ordningerne som et rent velfærdsgode, og at de forventede, at befolkningen ville tage imod dem som sådan.

Det er efter min vurdering påfaldende, at en så markant indblanding i forældrenes ansvarsområde ikke blev diskuteret mere. Ikke en gang sundhedsplejerskerne blev diskuteret i særlig grad ud fra denne vinkel, selv om de skulle virke i de private hjem. Børnene blev set som et fælles ansvar, og dem havde man derfor adkomst og forpligtelse til at beskytte, også mod deres forældre. Den fælles fremtid skulle sikres.

STYRING AF BØRN OG FORÆLDRE

Sidste afsnit handlede om de argumenter, som politikerne og andre brugte for at begrunde eller legitimere ordningerne. I dette afsnit ses på helbredsundersøgelserne som udtryk for styringsbestræbelser. Den engelske sociolog David Armstrong karakteriserer helbredsundersøgelser og oplysningskampagner som led i overvågningsmedicin. Myndighederne overvåger befolkningen med et formål – at få folk til at overvåge sig selv. Undersøgelserne af børns og gravides legemlige og sjælelige sundhed kunne give

anledning til tiltag for at forbedre deres sundhedstilstand. De kunne også motivere de undersøgte til at ændre deres adfærd. Når de blev oplyst om, hvorvidt de levede op til standarderne, ville deres syn på dem selv kunne ændres. Armstrong skriver: „Opmærksomhed på eller bekymring om kost, motion, stress, seksualitet etc. bliver midler til at få borgerne til at overvåge sig selv. Overvågningsmedicinens endelige triumf ville være, at den internationaliseredes af hele befolkningen“.⁵⁶ Spørgsmålet i det følgende er, hvilke styringsmetoder blev foreslået brugt i de helbredsundersøgelser, som indførtes i de to lande? Passer Armstrongs karakteristik? Først noget om hvordan ordningerne blev organiseret.

ORDNINGERNES TILRETTELÆGGELSE

Gravide og småbørn

I Danmark indebar loven om sundhedsplejersker fra 1937 en helt ny opgave for det offentlige, og den skabte en ny faggruppe i det danske sundhedsvæsen. Nyskabelsen var, at sygeplejersker med en etårig videreuddannelse skulle besøge børnene i deres hjem i løbet af deres første leveår, undersøge hvordan de udviklede sig og give moderen gode råd om ernæring, især amning, og spædbarnspleje. Hjemmebesøg hos familier var tidligere forekommet, da filantropiske foreninger fra omkring århundredeskiftet organiserede besøg hos fattige familier med henblik på at hjælpe og retlede mødrene.⁵⁷ Helbredsundersøgelser af spædbørn fandt også sted på de børneplejestationer, som de samvirkende menighedsplejer oprettede fra 1908, først i København og siden i mindre omfang andre steder i landet. Mødrene kunne komme til børneplejestationerne med deres børn og få dem undersøgt af børnelæger og få hjælp og vejledning, især om amning af de små børn.⁵⁸

Det nye i sundhedsplejerskeordningen var, at alle fik tilbud om besøg, og at det var uddannede sygeplejersker, der foretog dem. Vedtagelsen af loven var velforberedt. I perioden 1929–34 havde der været gennemført forsøg tre steder i landet, hvor man især undersøgte, om spædbørnsdødeligheden blev reduceret.⁵⁹ Resultaterne pegede på en betydelig nedgang i dødeligheden. Resultaterne blev siden kritiseret, men da var beslutningen taget, og forestillingen om sundhedsplejerskernes nytte veletableret.

Sundhedsplejersken skulle ifølge vejledningen besøge hjemmet 10 gange i løbet af barnets første leveår, og kunne, hvis det var muligt og ønskeligt, komme helt op til 18–20 gange.⁶⁰ Hun kunne dog hos flere gangsfødende,

hvor hun havde „Kendskab til Moderens Forstaaelse af Sagen“, foretage færre eller kortere besøg. Der var således tale om en forholdsvis intensiv overvågning og vejledning, medmindre sundhedsplejersken havde tillid til, at moderen handlede ansvarligt, dvs. som sundhedsplejersken ville have rådet hende til.

I 1945 indførtes tilbud om svangreundersøgelser ved lov. Disse var heller ikke et helt nyt fænomen. Allerede i 1921 havde Rigshospitalet åbnet en poliklinik for svangre. Gravide kvinder kunne også tidligere opsøge privatpraktiserende læger og jordemødre for at få vejledning og blive undersøgt, ofte uden at betale.⁶¹ Den nye lov indebar, at det var et tilbud til alle, og at det også var gratis, dvs. skattefinansieret. Loven gav ret til tre helbredsundersøgelser hos læge og syv hos jordemoder.⁶²

I 1946 blev en lov om lægeundersøgelse af førskolebørn vedtaget. Loven, som trådte i kraft i 1948, gav ret til ni undersøgelser, heraf tre i det første leveår. Undersøgelserne skulle varetages af praktiserende læger eller af børneplejestationer med børnelæger. I hvilket omfang mødre tidligere havde taget deres børn til lægeundersøgelse, ved vi ikke. I København fandtes som nævnt børneplejestationer, og der kunne også større børn blive undersøgt.

I Sverige vedtog man i 1937 en lov om helbredsundersøgelser af gravide og spædbørn, hvor hensigten var, at undersøgelserne gradvis skulle udbygges til at omfatte alle førskolebørn. Dette skete i 1945.⁶³ Den omfattede altså det samme som de tre ovennævnte danske love. Den svenske lov blev, ligesom den danske lov om sundhedsplejersker, forberedt ved forsøgsvirksomhed. Formålet var at afprøve den organisatoriske model.⁶⁴ Der var åbenbart ikke tvivl om selve nytten. Loven om svangerskabshygiejne og børneundersøgelser var desuden forberedt gennem tre udredninger.⁶⁵ Loven gav den gravide kvinde ret til én undersøgelse hos jordemoder i begyndelsen af svangerskabet og én hos læge i slutningen. Derudover kunne hun få sin urin kontrolleret 8-10 gange.⁶⁶ Spædbørnene fik ifølge lovforslaget tilbud om fem undersøgelser. Dvs. betydelig færre end i Danmark,⁶⁷ hvor de gravide fik tilbud om 10 undersøgelser og spædbørnene tre hos læge og 10-20 hos sundhedsplejerske.

I Sverige skulle mødrene komme med deres børn til såkaldte *barnavårdscentraler*. Tanken var også, at de ansatte på barnavårdscentralerna skulle lave hjemmebesøg både med henblik på kontrol og vejledning: „Såväl i propagandasäfte som även för vårdens kontroll och för rådgivning angående hemmens hygien m.m. skulle det emellertid åligga den i verksamheten anställda hjälppersonalen att avlägga besök i hemmen“.⁶⁸ Hjemmebesøgene skulle

således både bruges til overvågning og til at skabe en situation, hvor det var lettere at påvirke mødrene. *Barnavårdscentralerna* var en fortsættelse og udbredelse af *Mjölkdropparnas* virksomhed. Som de danske børneplejestationer blev disse oprettet for at reducere spædbørnsdødeligheden og var, som dem, oprindeligt filantropisk organiseret og finansieret.⁶⁹ Undersøgelserne af gravide foregik på *mödravårdscentralerna*, som byggede videre på de poliklinikker, der tidligere fandtes på enkelte sygehuse. Mange byer havde allerede fødeafdelinger, og man forventede, at svangreundersøgelserne kunne foregå i tilknytning til disse.⁷⁰

Ordningerne i de to lande adskilte sig således på flere punkter. Overvågningen var ikke nær så intensiv i Sverige som i Danmark. En anden forskel var, at undersøgelserne i Sverige foregik på særlige klinikker, dvs. ikke hos praktiserende læge eller praktiserende jordemoder eller i hjemmene, bortset fra enkelte hjemmebesøg hos de spæde børn. På de større klinikker arbejdede læger, sygeplejersker og jordemødre, som kun havde deres virke dér. Der var således tale om en mere institutionaliseret og specialiseret virksomhed. På landet var det offentligt ansatte læger og sygeplejersker, der varetog opgaven. Der var på denne tid langt færre læger i Sverige end i Danmark, cirka halvt så mange per 1.000 indbyggere, og de var heller ikke så jævnt fordelt over landet. Det betød, at der i de fleste egne uden for byerne kun var offentligt ansatte læger. Jordemødrene var heller ikke så jævnt fordelt i Sverige som i Danmark.⁷¹

Skolebørn

Skolelæger blev indført i København allerede ved slutningen af det 19. århundrede. Da loven om skolelæger blev indført i 1946, var der allerede skolelægeordning ved 133 af landets 213 købstadsskoler, men kun på 297 af de 3.474 landsbyskoler.⁷² Skolelægeundersøgelser havde altid været gratis for eleverne og finansieret af det offentlige. De blev med 1946-loven obligatoriske for eleverne. I loven stod at „Intet skolesøgende Barn kan forlanges undtaget fra Skolelægens Undersøgelse ... Børns Udeblivelse fra Skolelægens Undersøgelse betragtes som Skoleforsømmelse“.⁷³ Det vil sige, at forældrene i så fald skulle betale en bøde.

I Sverige havde skolelægeordningerne også en lang historie. Der havde været skolelæger på visse skoler siden 1880. Til realskoler og gymnasier (*läroverk*) havde man givet statstilskud til skolelægeordninger siden 1892, og fra 1905 var de obligatoriske for skolerne og helt statsfinansierede.⁷⁴ Noget til-

svarende fandtes ikke for folkeskolens elever. Som i Danmark blev der udarbejdet betænkninger og fremsat forslag om indførelse af skolelæger for alle skolebørn flere gange i løbet af første halvdel af århundredet. Først i 1944 resulterede det i lovgivning.

Skolelægevirkomheden var mere udbygget i Sverige end i Danmark, da loven blev gennemført. I følge *propositionen* fandtes der i 1937 skolelæger i alle byer undtagen to og i halvdelen af landkommunerne. Ordningerne var dog af meget varierende kvalitet. I 1942 gennemgik 30 pct. af børnene regelmæssig lægeundersøgelse og kontinuerlig helbreds kontrol, ved en sygeplejerske og 55 pct. regelmæssig lægeundersøgelse uden kontinuerlig helbreds kontrol.⁷⁵

Skolelægeordningerne i de to lande lignede hinanden mere end ordningerne for gravide og småbørn. Her var den væsentligste forskel, at den svenske ordning ikke var tvungen. Med de forskellige ordninger blev der således lagt op til en ret omfattende overvågning af de gravides og børnenes helbred, især i Danmark.

OVERVÅGNING SOM STYRINGSMIDDEL

Helbredsundersøgelserne tjente flere funktioner. Den ene var overvågning af de gravides og børnenes sundhedstilstand med henblik på, at man kunne gribe ind, hvis udviklingen forløb unormalt.

Gravide

I Danmark var undersøgelserne af de gravide både hyppige og omfattende. Både læge og jordemoder skulle optage anamnese, sygehistorie. Om jordemoderen stod, at hun hver gang „undersøger Urin, om muligt Blodtryk, Abdomen, Hjertelyd, Genitalia, Extremiteter og evt. Vægt. Personlig Renlighed og Forberedelser til Fødslen drøftes“.⁷⁶ Det, Sundhedsstyrelsen lagde mest vægt på, var tilsyneladende risikoen for udvikling af svangerskabsforgiftning og fødekramper. Urinundersøgelser, der kunne afsløre æggehvide og dermed påvise risiko for sygdommen, var fremhævet med sorte streger i vejledningen.

Hele otte gange i løbet af graviditeten ville en kvinde blive undersøgt, hvis hun fulgte vejledningen. Hun blev „målt og vejlet“ og oplyst om, hvorvidt hun levede op til det, som opfattedes som normalt, samt fik vejledning og mulighed for at stille spørgsmål. Det er højst sandsynligt, at de omfatten-

de undersøgelser var med til at forme den gravides syn på sig selv og dermed modtageligheden for lægens „direktiver“. ⁷⁷

Også i Sverige var frygten for svangerskabsforgiftning stor, og den foranledigede både urinundersøgelser og opmærksomhed på pludselig vægtstigning mv. Jordmoderen skulle undersøge kvinden i den første del af svangerskabet, bedømme tidspunktet for fødselen og give „en del allmänna råd och hygieniska föreskrifter för havandeskapstiden“. Lægen skulle derimod i slutningen af graviditeten undersøge for mulige sygelige forhold af betydning for graviditet og fødsel. Syfilisprøver, som var den direkte anledning til indførelsen af svangreprofylaksen i Danmark, spillede ikke en så central rolle i Sverige. ⁷⁸

Små børn

Ifølge den danske sundhedsstyrelses vejledning til lægerne skulle de ved børneundersøgelsen både udføre grundige undersøgelser af barnets legemlige sundhed og udvikling og se på barnets psykiske udvikling. Undersøgelse for rachitis (engelsk syge) indgik i alle ni undersøgelser. Lægerne skulle også vurdere barnets psykiske udvikling og trivsel hver gang. Derudover skulle de sikre, at barnet udviklede „sunde, regelmæssige Vaner“. Regelmæssighed blev set som sundhedsfremmende. Lægerne skulle forholde sig til „de hygiejniske Forhold, som Barnet lever under“. ⁷⁹

Om sundhedsplejersken blev fremhævet, at hendes overvågning helst skulle være diskret. Hun „maa søge de fornødne Oplysninger og gøre sine Iagttagelser paa en saadan Maade, at Familien ikke føler sig generet derved“. ⁸⁰ „Paa en taktfuld Maade vil Sundhedsplejersken have sin Opmærksomhed paa *Boligens* (herunder evt. Kostaldens) hygiejniske Kvalitet“. Grunden til, at kostalden blev nævnt, var sandsynligvis, at det kunne sige noget om kvaliteten af den mælk, børnene fik.

Sundhedsplejerskens arbejde skulle ikke kombineres med det obligatoriske tilsyn med plejebørn og børn født uden for ægteskab. Det ville let „kunne kompromittere Sundhedsplejerskens Arbejde i andre Hjem, der netop ikke maa føle sig under en saadan Kontrol“. Det var kun de, som havde opført sig uansvarligt og fået barn uden for ægteskab, eller som havde en kontrakt med kommunen om plejebørn, som det var acceptabelt at kontrollere. De øvrige skulle også overvåges, men som sagt mere diskret.

Principperne for helbredsundersøgelserne af børnene i Sverige var ifølge en læge: „I. Övervakningen skall vara så rationell och intensiv, att misstag

och slarv från mödrarnas sida icke hinna få några allvarliga konsekvenser, förrän de upptäckas och rättas till. 2. Föreskrifter och ordinationer bör göras så individuella som möjligt. 3. ... Inskrivningen är frivillig och propagandan därför viktig“.⁸¹ Her fremgår de store styringsambitioner i kombination med erkendelsen af, at styringen gennem frihed og den personlige individualiserede påvirkning var mest effektiv.

Skolebørn

Overvågningen af skolebørnene skulle også være intensiv. I Danmark skulle skolelægen undersøge børnenes helbred hvert år⁸² samt sørge for en årlig tuberkuloseundersøgelse. Derudover skulle han have tilsyn med skolens hygiejniske forhold og vække interesse for hygiejniske spørgsmål hos lærere, forældre og børn. Helbredsundersøgelsen skulle omfatte forhold som „Udseende, Ernæringstilstand, Legemsbygning, Hudpleje, Holdning, ..., Psyke, Mund, Svælg“. Syn og hørelse skulle undersøges hvert år.⁸³ Børn med særlige behov kunne undersøges yderligere. Børn, der afveg fra det normale, skulle henvises til skolelægen.⁸⁴

Planerne for de svenske undersøgelser lignede de danske. Børnene skulle vejes og måles, men skoleoverlægen Hjärne, *Skolöverstyrelsen*, advarede mod at bruge enkelte målinger til at bedømme barnets tilstand, eftersom de individuelle variationer var så store. Endelig skrev Hjärne meget om den sjælelige udvikling, som nævntes før den legemlige i forskrifterne. Mentalhygiejnen blev oftere omtalt i Sverige. Det handlede om, at eleverne skulle have undervisning, der var tilpasset det enkelte barns evner.⁸⁵ Hørelsen skulle undersøges efter behov og synet med passende mellemrum. Skolebørnene skulle, ifølge *propositionen*, undersøges det første skoleår og mindst en gang til af skolelægen, hvorimod de, der var svagelige, såkaldte kontrolbørn, skulle undersøges oftere.⁸⁶ De, der afveg fra normen, blev gennem de gentagne målinger jævnligt gjort opmærksom på deres afvigelser.

KONTROL OG MOTIVATION SOM STYRING

Helbredsundersøgelserne skulle for det andet tjene til at retlede forældrene på en sådan måde, at deres adfærd ville gavne børnenes helbred. Rådene var ofte anderledes end dem, der gives i dag. De var baseret på andre holdninger og en anden viden. At fremkalde større ansvarlighed hos borgeren var en vigtig styringsteknik, dvs. styring gennem individets medspil. Forældrenes evne

og vilje til at følge myndighedernes råd skulle fremmes. Samtidig var vejledningen meget bydende og appellerede dermed også i høj grad til lydighed og autoritetstro. Borgerne skulle med andre ord både tage ansvar selv og adlyde.

Helbredsundersøgelserne gav myndighederne mulighed for direkte og personlig påvirkning af borgerne, gennem samtaler og uddeling af pjecer mv. Sundhedsstyrelsen havde siden 1920'erne udsendt en rådgivende pjece, som blev uddelt til spædbørnsmødrene. Da spædbørnsdødeligheden ikke var faldet, mente man, at det var nødvendigt at få „den mindre hensigtsmæssige Pleje og Ernæring ... ændret gennem personlig Paavirkning og Vejledning af Mødrene“, dvs. gennem sundhedsplejerskerne. Det skrevne ord var ikke effektivt nok. Lægerne skulle opdrage og vejlede forældrene.⁸⁷ Kendskab til familien var vigtig for muligheden for at påvirke dens medlemmers adfærd: „Man bør endvidere danne sig et Skøn over Familiens sociale, økonomiske, intellektuelle og etiske Niveau, da dette kan have praktisk Betydning for Vejledningen og den rette Pleje og Ernæring og Opøvnning i de rette Vaner (regelmæssige Maaltider, Søvn, Renlighed etc.)“.⁸⁸ Viden var en forudsætning for styring.

Forældrenes uvidenhed var en væsentlig grund til, at vejledning skønnedes nødvendig. Gennem formidling af relevant viden regnede myndighederne med, at de kunne få forældrene til at bære sig ad som ønsket. Man appellerede til fornuften. „Lægen maa gøre sig klart, at Forældrenes Forstaaelse af Barnealderens Mentalhygiejne staa langt tilbage for deres Kendskab til Børnenes legemlige Hygiejne og maa være fortrolig med de almindeligst forekommende Mangler i Mødrenes Viden og Forstaaelse paa dette Omraade“.⁸⁹ Lægernes viden om mentalhygiejne blev vist heller ikke anset for tilstrækkelig. I hvert fald er vejledningen meget grundig på dette område; den indeholder et særligt skema til hjælp ved psykologiske undersøgelser.

Myndighederne søgte også at øge mødrenes lydhørhed ved at påpege deres uvidenhed, som f.eks. i en opfordring fra Københavns Kommune til mødrene om at tage børnene med til helbreds kontrol: „Selv om De følger Deres Barns Udvikling med Opmærksomhed, er det ikke alting De ser. Selv om De gør Dem Umage for at passe, ernære og opdrage det saa rigtigt som muligt, er det ikke alting De ved“.⁹⁰ En påpegning, der nok kunne føre til mere lydhørhed over for autoriteterne. Kvinderne skulle lytte til lægens og jordemoderens råd, og „hun bør aldrig lytte til ‚Ammestuehistorier‘ fra Slægt eller Veninder“.⁹¹ Al viden var ikke lige god. Hvordan kvinden skulle vide, hvad der var ammestuehistorier, fremgår ikke, men udsagnet illustrerer Sundhedsstyrelsens opfattelse af befolkningen som uvidende og med stort

behov for den rette vejledning. Denne opfattelse var, som vist ovenfor, en væsentlig begrundelse for indførelsen af ordningerne.

Lægeforeningen forventede, at forældrene ville være mere forstående over for vigtigheden af skolelægens helbredsundersøgelse end over for hans vejledning. Undersøgelser var derfor en vej til at få forældrene i tale og få dem til at lytte til vejledningen, derfor skulle de inviteres til at deltage.⁹² „Befolkningen har i al Almindelighed sikkert ikke endnu en dyberegaaende Forstaaelse for Værdien af en profylaktisk Vejledning, men derimod nok Opfattelsen af Helbredskontrollens Betydning, hvorfor Sundhedsvejledningen i Praksis bedst vil kunne lade sig gennemføre i Forbindelse med en *regelmæssig* Helbreds kontrol, som Forældrene opfordres til at overvære“.⁹³ Kombinationen af overvågning og vejledning blev således opfattet som formålstjenlig i styringen af folks adfærd.

Skolesundhedsplejersken skulle også overvåge skolebørnene i deres hjem. I bemærkningerne om skolesundhedsplejersken stod, at hun skulle „kontrollere at Skolelægens Anordninger og Raad til Hjemmene – herunder Lægebehandling af Børnene – følges og i det hele ved Besøg i Hjemmene virke for Forbedringer i Hygiejnen og være Hjemmene behjælpelige hermed. Endvidere skal hun meddele Skolelægen sine Indtryk af Hjemmenes hygiejniske og økonomiske Forhold“.⁹⁴ Der var således tale om, at man ønskede en ret vidtstrakt kontrol med skolebørnene og deres hjem og med, at forældre og børn udviste en sundhedsgavnlig adfærd. Når det drejede sig om skolebørn, var man åbenbart mindre bekymret for, at kontrollen skulle virke svækkende for ansvarsfølelsen.

I Sverige skulle skolesygeplejersken ifølge propositionen bistå lægen i hans arbejde, og især skulle hun sørge for, at vejledningen blev efterlevet. „Men hennes kanske viktigaste arbete ligger i att upprätthålla kontakten, en ständig och ihållande kontakt, med barnen och deras föräldrar“. „Hon bör hjälpa föräldrarna hur de i detalj skola tillämpa de förhållningsorder och de föreskrifter i alla avseenden som kunna vara önskvärda“. Der er også her tale om en temmelig indgribende styring, især fra sygeplejerskens side. I denne henseende lignede ordningerne i de to lande hinanden.

I den svenske pjece med råd om pleje af spædbørn blev det understreget, at en god pleje af det spæde barn krævede stor erfaring, en erfaring tilsyneladende stort set kun fagfolk havde. Moderen måtte derfor lytte til de „sakkunniga råd“, hun kunne få på *barnavårdscentralen*.⁹⁵ Det vil sige, at man, som i København, appellerede til mødrenes manglende tillid til deres egen viden og til deres omgangskreds' viden.

For at vinde befolkningens gehør for oplysning og de gode råd gjaldt det om at skabe „viljen til sundhed“. Som oftest forudsattes den uden videre, men somme tider blev der talt om, hvordan den kunne fremmes. Skolelægerne havde med større børn at gøre, og derfor skulle de ikke kun påvirke eller opdrage forældrene, men også børnene. Lægen skulle skabe forståelse og dermed motivation, og han skulle give retningslinjer. I instruksen til skolelægerne stod, at de „bør endvidere i fornødent Omfang søge at vække Interesse for og Forstaaelse af hygiejniske Forhold hos Skolepersonale, Forældre og Børn“.⁹⁶ Om den „hygiejniske belæring“, hed det i den danske skolelægebetænkning fra 1939: „Er Aarsagerne til den mangelfulde Helbredstilstand at finde i *uhygiejnsk Levevis*, bør Skolelægen i Tilslutning til Undersøgelse søge at bibringe Forældrene og Børnene Forstaaelse af den store Betydning, som passende Kost, tilstrækkelig Søvn, rigeligt Friluftsliv og andre hygiejniske Forholdsregler har for Børnenes Sundhed“.⁹⁷

Også i Sverige taltes om, at det var nødvendigt at motivere forældrene, for at opdragelsen skulle virke: „Målsmännens aktiva medverkan i det förebyggande hälsoarbetet bör vinnas genom en intensiv och kontinuerlig propaganda i olika former från skolans sida“.⁹⁸ Hvis viljen til sundhed ikke var til stede, havde oplysningen ikke megen mening. I lovforslaget om den svenske skolelægelov fra 1944 stod: „Skolans hälsovårdande arbete borde enligt överstyrelsen ha till allmänt mål att bibringa barnen en riktig uppfattning rörande hygienens krav samt intresse för och vilja att praktiskt tillämpa dessa i hygieniska levnadsvanor. ... Dessa mål förutsatte, att hemmen, lärjungar och lärare intresserades för uppgifterna. I första hand erfordrades därför en planmässig upplysningsverksamhet“.⁹⁹ *Skolöverstyrelsen* forventede således, at oplysning i sig selv ville skabe vilje til sundhed. Den danske læge Poul Bonnevie skrev i 1953, at opgaven var „oplysning (give viden), opdragelse (skabe trang til at anvende viden)“. Det var således vigtigt, at lægerne „ikke blot giver konkret viden, men – selvfølgelig støttet af en almindelig opinionsdannelse – også giver forståelse af, at denne viden virkelig skal udnyttes, altså skaber mentaliteten og derved fremelsker trangen til at følge rådene“.¹⁰⁰ Det gjaldt om at skabe vilje til sundhed.

Helbredsundersøgelserne egnede sig ifølge Bonnevie hertil, fordi man ved påvisning af mulige fejl og mangler kunne øge motivationen hos de undersøgte og deres forældre til at følge de givne råd. „Den *sundhedsmæssige vejledning* bør – ... – gives *individualiseret* og konkretiseret efter den pågældendes *aktuelle* forhold og behov, helst under henvisning til de ‚sundhedsmangler‘, som vi jo når det kommer til stykket, kan påvise hos alle og

enhver“.¹⁰¹ Bonnevie var således opmærksom på, at tilbuddet om undersøgelse kunne skabe en modtagelighed for påvirkning f.eks. hos „mødre, hvis naturlige omsorg vi først forøger til ængstelighed ved netop at indføre undersøgelsen“.¹⁰² Ved at få et andet, eller en andens, syn på barnet øgedes lydhørheden.

Håbet hos mange læger og andre i Danmark var, at man, især via skolebørnene, kunne opdrage hele befolkningen. A. Gullestrup fra lægeforeningens hygiejnekomité skrev i 1939: „Men Skolelægen har langt mere at give, saa sandt som Skolen kan være vort bedst egnede Instrument for at bibringe alle, hele Befolkningen, en hygiejnisk Opdragelse“.¹⁰³ En anden læge, kredslæge H. Schmedes, skrev i 1933, at effekten på befolkningen som helhed var langsigtet, fordi de voksne „allerede har fikserede Vaner“, er skolen „i Virkeligheden det eneste brugelige Organ for en rationel Højnelse af den hygiejniske Sans hos hele Folket“.¹⁰⁴ Samme håb om at opdrage hele befolkningen fandtes i Sverige. I den svenske betænkning om skolelæger blev den samlede indsats kaldt „en folkuppfostringsfråga av mycket stora mått“.¹⁰⁵ Oplysning og opdragelse var en central del også af den svenske skolelægeordning „fostran till sunda levnadsvanor“. For politikere og myndighedspersoner har skolen den skønhed, at en stor gruppe borgere er tilgængelige for en påvirkning, som de ikke kan undslå sig. De forventedes desuden at være meget lette at påvirke.

APPEL TIL LYDIGHED OG ANSVARLIGHED

Et middel til at ændre forældrenes adfærd var at appellere til deres lydighed og autoritetstro. Rådene til den svangre kvinde var formuleret i et bydende sprog, med mange „skal“, „bør“ og „må“ i teksten. „For at Svangerskab og Fødsel skal forløbe normalt, er det af største Betydning, at alle svangre Kvinder retter sig efter følgende Raad og Anvisninger“.¹⁰⁶ Ved første svangreundersøgelse skulle lægen, ud over den omfattende undersøgelse af den gravides krop, „i øvrigt give Direktiver angaaende Kost og Levevis, Svangerskab og Fødsel, Paaklædning etc., samt udlevere en Pjece som Læger vederlagsfrit kan rekvirere hos Embedslægen“. Jordemoderkonsultationen skulle bruges til „forklarende og beroligende Samtaler med den svangre“.¹⁰⁷ Det fremhævedes, at lægen og jordemoderen skulle besvare spørgsmål fra den svangre, der var altså ikke tale om envejskommunikation, men ikke desto mindre var det i høj grad lydigheden, der appelleredes til. Om lægernes børneundersøgelser hed det, at: „lægen bør kunne forlange, at Moderen ikke

begynder at give sit Barn anden Føde end Modermælk uden forudgaaende Konference med ham“.¹⁰⁸

Sundhedsplejersken skulle også søge at styre mødrene gennem appeller til deres lydighed. Ifølge mønsterinstruksen skulle hun gøre opmærksom på, at hendes besøg var gratis, og „at det for Forældrene er en fuldkommen *frivillig* Sag, om de vil have Sundhedsplejerskens Bistand eller ikke“.¹⁰⁹ Men når sundhedsplejersken først var kommet ind i hjemmet, var hendes opgave temmelig styrende. Samtidig skulle hun selv lade sig styre og „i alt væsentligt følge de Anvisninger, der er givet i den af Sundhedsstyrelsen udgivne Vejledning i det spæde Barns Ernæring og Pleje“.¹¹⁰ Især når det drejede sig om amning, havde sundhedsplejersken til opgave at gøre, hvad der stod i hendes magt, for at få kvinderne til at følge myndighedernes anvisninger. Ordvalget angiver, at sundhedsplejersken skulle bruge en forholdsvis autoritær tone over for moderen, når hun „indskærper Betydningen af hurtigt at vænne Barnet til *regelmæssige Maaltider* med passende Nattepavse“. Det næste punkt var renlighed. „I fornødent Omfang maa Sundhedsplejersken vise Moderen til Rette med Barnets Badning og Paaklædning, med Madens Tilberedelse o.s.v.“.¹¹¹ Sundhedsplejersken skulle „drage omsorg for“ og „belære Moderen“. På journalkortet skulle sundhedsplejersken bl.a. notere „Moderens Interesse for og Evner til at passe Barnet, samt hendes Modtagelighed over for Vejledning“. Der lagdes i vejledningen fra Sundhedsstyrelsen stor vægt på, at sundhedsplejersken havde god tid til hvert besøg.¹¹²

Yderligere indtryk af indholdet i den vejledning, sundhedsplejerskerne gav, kan man få ved at studere pjecen „Det spæde Barns Ernæring og Pleje“, som sundhedsplejerskerne skulle følge. Pjecen blev udgivet første gang i 1922 og blev uddelt af jordemødrene til mødrene. Frem til 1936 var den kommet i 385.000 eksemplarer.¹¹³ Ligesom sundhedsplejerskerne i instruksen opfordredes til en autoritær rolle, var tonen i pjecen bydende. „Skal“ og „bør“ optræder hyppigt, mens der var meget få forklaringer.¹¹⁴ „Barnet skal lige fra Fødslen vænnes til Regelmæssighed og derfor have Mad, pusles og bades *til bestemte Klokketider*“.¹¹⁵ Men „at vedblive med Diegivning udover Barnets første Leveaar er en Uskik“. Der var således ikke meget overladt til mødrenes eget valg. Forskrifterne var ofte detaljerede. „Barnet skal hver Dag vaskes over hele Kroppen ... Vandets Varmegrad skal i Barnets første Leveamaaneder være 36-37° Celsius“.

Det svenske oplysningsmateriale var lige så bydende i tonen som det danske, men indeholdt ikke helt de samme påbud. Barnet skulle ikke have fuldstændig ro, men vænnes til at sove, hvor der ikke var stille. Måske spillede

boligsituationen ind her. Mange svenske børnefamilier boede i etværelseslejligheder. Regelmæssighed og renlighed fik samme vægt som i det danske. „Noggrannhet och punktlighet underlätta i hög grad vården. Ju mera regelbunden livsföringen är, dess lugnare och snällare blir barnet“.¹¹⁶ I det svenske materiale begrundedes rådene ofte med, at de kunne gøre livet lettere for mødrene. Amningen blev også meget stærkt fremhævet. „Ett bröstbarn är i kvalitativt avseende överlägset flaskbarnet“, stod der, og alle de farer, der lurede på det kunstigt ernærede barn, blev beskrevet.¹¹⁷ Detaljeringsgraden i påbudene var stor. De første seks uger skulle man kun være sammen med barnet, når det skulle ammes og pusles. „Efter 6 veckors ålder kan ytterligare 5 minuters underhållning vara lämplig“. Når barnet var blevet tre måneder, var det i orden, „att modern står vi dess bädd och ‘pratar’ med den samma, men ej längre än 10 minuter åt gången mellan målen“.¹¹⁸ Også i Sverige var respekt for autoriteter og lydighed det væsentligste virkemiddel i styringen. Begrundelser og forklaringer forekom sjældent i det svenske oplysningsmateriale.

Man kan spørge om den stærke appel til lydighed snarere var ansvarsbefriende end ansvarspådragende. Samtidig var det også en udtalt ambition, at helbredsundersøgelserne skulle styrke forældrenes ansvarlighed. Ansvarlighed indebar selvfølgelig at udvise den adfærd, som myndighederne ønskede, men forældrene skulle opleve, at de blev betragtet som myndige og kapable individer. „Folk vil nødigt faa det Indtryk, at hendes Besøg er en Indblanding i private Forhold. Den Kritik, hun nødvendigvis af og til maa fremsætte, skal ikke virke som saadan, men som gode Raad, der maa fremsættes paa en overbevisende men ikke sønderknusende Maade“.¹¹⁹ Danske Kvinders Nationalraad skrev, at sundhedsplejersken skulle yde „Hjælp til Selvhjælp, og at hun styrker Forældrenes Ansvarsfølelse overfor Børnene“.¹²⁰ Det store antal besøg blev set som en trussel mod ansvarligheden. En læge skrev: „Paa den anden Side skal Besøgene heller ikke være saa talrige, at Sundhedsplejersken ganske overtager Ledelsen af Barneplejen. . . . men der maa ikke rokkes ved hendes Ansvarsfølelse eller Selvstændighedsfølelse som mor ved alt for jævnlige Besøg, der desuden let faar Karakter af Kontrol“.¹²¹ Den slags overvejelser er jeg ikke stødt på i det svenske materiale.

Ansvarligheden søgte man at styrke gennem at fortælle folk, hvad der var deres pligt. „Det bør være enhver Moders Pligt at gøre sit yderste for selv at opamme Barnet“.¹²² I en pjece, „Sunde Børn skaber et sundt Folk!“, udgivet af Københavns Kommune, hvor mødrene oplystes om, hvor de kunne komme til lægeundersøgelse med deres børn, fremhævedes, at „for Deres Barns Skyld, for Deres egen og for hele Samfundets Skyld bør De lade Deres

Barn nyde godt af disse vederlagsfrie Undersøgelser“. ¹²³ Mødrene forventedes således ikke kun at føle ansvar og forpligtelse over for deres egne børn, men også for samfundets og folkets ve og vel. I det svenske materiale har jeg ikke fundet så meget om pligt, men amningen blev dog omtalt som en pligt for moderen.

Både i pjecer og instrukser tog forfatterne udgangspunkt i forældrenes autoritetstro og lydighed snarere end i deres evne og vilje til at forstå og selv tage stilling til, hvordan de bedst sørgede for deres barn. Mødrene forventedes at være indstillede på at leve op til de normer, sundhedsplejersken stillede, og styringen kunne derfor ske med påbud uden yderligere motiveringer eller forsøg på motivation. Samtidig var der en udtalt forventning om, at mødrene var ansvarlige og levede op til deres pligter.

TVANG SOM STYRINGSMIDDEL

De danske skolelægeundersøgelser var, som de eneste af de indførte helbredsundersøgelser, tvungne. Det er bemærkelsesværdigt, at ingen ordførere tog afstand fra denne paragraf. I bemærkningerne til lovforslaget fremførte undervisningsministeren tre begrundelser for brug af tvang. For det første var undersøgelserne meget betydningsfulde for børnenes sundhed: „I Erkendelse af den Betydning for den opvoksende Slægts Sundhed som man efter alle foreliggende Erfaringer og Vidnesbyrd maa tillægge et Skolelægetilsyn, har man anset det for rigtigt, at Skolelægeordningen som obligatorisk skal indføres i alle Kommuner“. ¹²⁴ Den anden grund var forældrenes uvidenhed: „Man kan møde den Betragtning at det er urigtigt, at man ved saadanne Foranstaltninger tager Ansvaret fra Forældrene. Hertil er at sige, at der ikke kan være Tale om et egentligt Forældreansvar paa et Omraade, hvor Forældrene savner Forudsætninger for at bedømme Situationen rigtigt“. ¹²⁵ Her var midlet i styringen således ikke at styrke ansvarligheden. Myndighederne skulle med deres større viden påtage sig ansvaret. Endelig havde skolen ansvar for at forhindre, at børnene smittede hinanden eller på anden måde kom til skade i skolen: „Hertil kommer Hensynet til de andre Børn, hvis Forældre med Rimelighed kan forvente, at der fra Skolens Side udfoldes de Bestræbelser der er anerkendt som virksomme til Beskyttelse af Børnene mod Farer for deres Sundhed ved Omgangen med andre Børn“. ¹²⁶ I skolen „hindres (barnet) at færdes i fri Luft og udsættes for en Række nye Paavirkninger“. ¹²⁷ Derfor skulle skolen kompensere for disse belastninger og have adgang til at bruge tvang.

Den sidst anførte begrundelse for en tvungen ordning var selvfølgelig kun relevant for skolelægeundersøgelserne, men forudsætningen om nytten for børnenes sundhed og om forældrenes manglende evner til at bedømme deres børns sundhedstilstand må jo også have været gældende for de yngre børn. Det er bemærkelsesværdigt, at de danske myndigheder havde så forskellige opfattelser af, hvilke styreformer de kunne og måtte betjene sig af, afhængig af hvilken gruppe børn det handlede om. Talerne i Folketinget var delvis de samme ved behandlingen af forslagene om skolelæger og børneundersøgelser, men ingen argumenterede for, at de sidste skulle være obligatoriske. Indenrigsminister Kjær var afvisende over for tanken om en obligatorisk ordning for børneundersøgelserne: „men jeg vil i det længste søge at undgaa en tvangsmæssig Ordning saavel over for Forældrene som over for Kommunerne paa de forskellige Omraader, der her er Tale om“. ¹²⁸ Formuleringen åbner dog op for tvungne ordninger, hvis frivillighed ikke virkede. Når det gjaldt sundhedsplejerskerne, var det også et gennemgående tema i debatten, at det skulle være frivilligt at modtage dem i hjemmet: „Man kan derimod ikke gøre den (ordningen) obligatorisk i den Forstand, at man tvinger Folk til at modtage Sundhedsplejersker i deres eget Hjem“. ¹²⁹ Medicinaldirektør Johannes Frandsen udtalte i et interview, at han „gerne paany (ville) understrege, at mens Skolelægearbejdet maa ordnes som et Tilsyn, som Børnene almindeligvis ikke vil kunne unddrages, maa ethvert sundhedsmæssigt Arbejde i Hjemmene fremsættes som *et Tilbud* om Hjælp og helt hvile paa Frivillighedens Grund, bygget paa Hjemmenes Forstaaelse af Arbejdets Betydning“. ¹³⁰ Han mente åbenbart ikke, at det var nødvendigt at argumentere for de forskellige regler for, hvor grænserne for myndighedernes indblanding gik, eller for, at man ikke kunne bygge på hjemmenes forståelse, når det drejede sig om skolebørn. Dette, at man ikke fra myndighedernes side kunne tiltvinge sig adgang til private hjem, var kun relevant for sundhedsplejerskerne. Svangre- og børneundersøgelser foregik hos lægen eller jordemoderen.

I skolen var børnene i forvejen under en anden myndighed end forældrene. Som sagt kan dette være en forklaring på, at politikerne var tilbøjelige til obligatoriske ordninger. En anden kan være, at man i skolen havde tradition for obligatoriske ordninger, og at det var undervisningsministeren, ikke indenrigsministeren, som fremsatte lovforslaget om skolelæger. Skolelægetilsynet skulle, ifølge betænkningen, foregå i skoletiden, „da man ellers ikke kan vente, at Børnene vil give Møde til Skolelægens Undersøgelse og heller ikke har Midler at tvinge dem dertil“. ¹³¹ Dvs. at tvang opfattedes som knyt-

tet til undervisningspligten. I skolen var børnene ikke beskyttet af privatlivets fred. I Sverige var ingen af undersøgelserne obligatoriske, og jeg har ikke fundet forslag herom fra nogen side. Skolelægebesøg blev gjort obligatoriske i 1958, uden at der var tale om straf for udeblivelse.¹³²

SAMMENFATNING

Indførelse af helbredsundersøgelser indebar overvågning af børnenes og de gravides helbredstilstand. Overvågning giver nemt negative associationer til kontrol og ufrihed. Hvis man i stedet taler om at våge over, associerer man snarere til omsorg. Med disse undersøgelser skaffede den fremvoksende vel-færdsstats embedsmænd sig viden om borgerne, for at kunne sørge for dem. Overvågningen havde tre mulige effekter: 1) Den gav viden til de styrende om befolkningen. 2) Den gav mulighed for indgreb ved „fejludviklinger“. 3) Den gav forældrene et andet syn på barnet. Man kan antage, at det nye syn var med til at gøre opdragelsen af dem lettere, fordi overvågning af og oplysninger til børnene og forældrene om, hvorvidt børnene levede op til det normale, var med til at øge lydigheden over for de råd, læger og sygeplejersker kom med. Der kan dermed være sket den internalisering af overvågning, som David Armstrong omtaler.

Der var en dobbelthed i budskaberne til forældrene. De appellerede til lydighed og autoritetstro gennem mange bydende forskrifter, men også til ansvarlighed og dømmekraft gennem appeller til pligt og ansvarsfølelse. En anden styringsteknik var appel til skamfølelse. Oplysningen om, hvorvidt ens barn levede op til normalkurverne, var egnede til at vække forældreomsorgen, men den kunne også udnytte forældrenes ønske om, at deres børn ikke afveg herfra. Afgivelsen var forbundet med skam. Det er eksempler på de styringsteknikker, som Nikolas Rose betegner som henholdsvis „ansvarliggørelsesteknologier“ og „styring gennem den bevidste brug af skam“.¹³³ Endelig blev der også brugt tvang som led i skolelægeordningen, hvor det vigtigste virkemiddel nok også var appel til ønsket om at undgå skammen ved at blive straffet.

Det forhold, at helbredsundersøgelserne rettede sig imod børn, havde betydning for viljen til at indføre dem. Politikere og myndigheds personer fandt, at børnene skulle beskyttes mod, at forældrene kunne forvolde dem skade. De blev ligefrem af nogle politikere betragtet som et fælles anliggende, fordi det var dem, der skulle bære samfundets fremtid. Dermed var alle borgere afhængige af dem og deres evner. Det forhold, at de ikke var myndi-

ge, og ikke regnedes som selvstændige eller ansvarlige individer, gav også adgang til en mere direkte styring. Endelig var det faldende børnetal med til at øge interessen for børnene.

Det var fælles interesser som befolkningsudviklingen, den offentlige økonomi mv., som oftest blev fremført som begrundelser for indførelsen af helbredsundersøgelser. Muligheden for at skabe glæde hos forældrene blev også fremført som et argument for dem.

NOTER

- 1 Åmark, 2001.
- 2 Hirdmann, 1989; Rothstein, 1994; Qvarsell, 1995.
- 3 Christiansen, 2002.
- 4 Myrdal, 1934; Jensen, 1937.
- 5 Mitchell, 1981.
- 6 Koch, 1996; Broberg & Tydén, 1991.
- 7 Dahlgaard 16/10 1936 Landstinget, sp. 43. *Rigsdagstidende*.
- 8 Brev fra Danske Kvinders Nationalraad 24/5 1935 optrykt i *Rigsdagstidende 1945/46* sp. 3367/68.
- 9 Inger Merete Nordentoft, Danmarks kommunistiske Parti, Folketingets behandling af skolelægeloven 7/3 1946, sp. 3071. *Rigsdagstidende*.
- 10 Dahlgaard 16/10 1936 ved fremsættelsen af lovforslaget i Landstinget, sp. 44. *Rigsdagstidende*.
- 11 Lisbet Hindsgaul, konservativ, 28/10 1936 Landstinget om sundhedsplejersker, sp. 71. *Rigsdagstidende*.
- 12 Første Behandling af Forslag til Lov om Skolelæger i Folketinget 7/3 1946, sp. 3056. *Rigsdagstidende*.
- 13 *Rigsdagstidende*, sp. 3363/64. Brev fra Danske Kvinders Nationalraad 30/1 1940. Til Regering og Rigsdag. Skrevet af Kirsten Gloerfeldt-Tarp.
- 14 Larsen, 1931.
- 15 *SOU 1936:12*, s. 52.
- 16 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård. Proposition nr 39 15/1 1937. *Riksdagen protokoll*, s. 101.
- 17 *SOU 1935:19*.
- 18 *SOU 1936:12*, s. 52.

- 19 Hjärne, 1945, s. 130 (En bog til dem, der arbejdede med forebyggelse for mødre og børn og til „Sveriges mödrar“).
- 20 Svønn Monrad. Lægens Opgaver i Børneforsorgen. Ugeskrift for Læger 1926; 88:664. Citeret efter Buus, 1999, s. 10.
- 21 Sundhedsstyrelsen, Frandsen, til Indenrigsministeriet 11. september 1935 trykt i *Rigsdagstidende*, fremsat i Landstinget 16/10 1936, sp. 2475-6.
- 22 Forestillingen om Danmark som et foregangsland var således ikke Nyrup-regeringens opfindelse. Regeringen. *Danmark som foregangsland*, 1997. Som en anden læge skrev, var Danmark et land, „der er blevet vant til at betragte sig som et Foregangsland“. Schmedes, 1933, s. 51-2.
- 23 Møde om loven om svangerskabshygiejne 20/12 1945, s. 17.
- 24 Elin Appel, Venstre, Første Behandling af lovforslaget om lægeundersøgelser af børn 23/3 1946, sp. 3520. *Rigsdagstidende*.
- 25 Johansson, 1942, s. 19.
- 26 Höjer, 1949, s. 34-35.
- 27 *SOU 1935:19*, Bilaga 9, s. 92.
- 28 Marius Jensen i Folketinget om sundhedsplejersker, 12/3 1937, sp. 4623. *Rigsdagstidende*.
- 29 H.P. Johansen (SD) ved behandlingen i Landstinget 16/6 1943 af Lovforslag om Skolelæger sp. 849, Anna Westergaard, Det Radikale Venstre, sp. 867 sammestet, Petra Petersen, DKP, Første Behandling af lovforslag om Lægeundersøgelser af Børn i Folketinget, sp. 3524. *Rigsdagstidende*.
- 30 Sundhedsstyrelsen til Indenrigsministeriet 11. September 1935 trykt i *Rigsdagstidende*, fremsat i Landstinget 16/10 1936, sp. 2483-6.
- 31 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård. Proposition nr 39 15/1 1937. *Riksdagens protokoll*, s. 101.
- 32 Gunnar Fog-Petersen, radikal, 28/10 1936 i Landstinget om sundhedsplejersker sp. 79. *Rigsdagstidende*.
- 33 Höjer & Sjöwall, 1945, s. 88.
- 34 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående förbättrad förlossningsvård samt anordnande av s.k. förebyggande mödra- och barnavård. Proposition nr 39 15/1 1937. *Riksdagens protokoll*, s. 123.
- 35 Alva Myrdal Folk och familj 1944. Citerat efter *SOU 1998:43*, s. 64.
- 36 28/10 1936 Landstinget, sp. 67. *Rigsdagstidende*.
- 37 Første Behandling i Folketinget 23/3 1946 om børneundersøgelser. sp. 3518 Alfred Andreassen SD. *Rigsdagstidende*.
- 38 *Betænkning afgivet af Kommissionen...*, 1939, s. 22.
- 39 *Betænkning nr. II angaaende profylaktisk Lægegerning*, s. 14, og samme ordlyd i *Betænkning over Beskyttelsesforanstaltninger m.v. samt etablering af en almindelig Helbreds-kontrol for Ungdommen*, 1948, s. 55.
- 40 Første Behandling af lovforslag om Børnundersøgelser i Folketinget 23/3 1946, sp. 3518. *Rigsdagstidende*.
- 41 Første Behandling af lovforslag om Børnundersøgelser i Folketinget 23/3 1946, sp. 3520. *Rigsdagstidende*.
- 42 Esther Malling Petersen, Venstre, debatten om sundhedsplejersker i Landstinget, 28/10 1936, sp. 70-1. *Rigsdagstidende*.

- 43 Esther Malling Petersen, Venstre, Debatten om sundhedsplejersker i Landstinget 28/10 1936, sp. 71. *Rigsdagstidende*.
- 44 Gunnar Fog-Petersen, radikal, Debatten om sundhedsplejersker i Landstinget 28/10 1936, sp. 76. *Rigsdagstidende*.
- 45 *Betænkning afgivet af Kommissionen ...*, 1939, s. 22.
- 46 *SOU 1936:12*, s. 44.
- 47 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 14.
- 48 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 10.
- 49 *Betænkning afgivet af Kommissionen ...*, 1939, s. 22.
- 50 Kock, 1963.
- 51 Nr 6-7 Våra folksjukdomar och kampen mot dem. *Ett friskare folk. Typföredrag till hälsokampanjen*, 1945, s. 10.
- 52 Sode-Madsen, 2003.
- 53 *Betænkning over Beskyttelsesforanstaltninger m.v. ...*, 1948.
- 54 *Betænkning over Beskyttelsesforanstaltninger m.v. ...*, 1948, s. 62.
- 55 Höjer, 1949, s. 36.
- 56 Armstrong, 1995. Min oversættelse SV.
- 57 Vammen, 1998.
- 58 Løkke, 1998, især kapitel 17. I modsætning til de udenlandske forbilleder modtog de danske stationer kun mødre, der ammede deres børn. Børneplejestationerne fortsatte deres virke og indgik som et alternativ til sundhedsplejersker og børneundersøgelser hos praktiserende læger. Den sidste blev lukket i 1986.
- 59 Guldager & Vallgård, 1988; Buus, 2001 kap 3.
- 60 Mønsterinstruks for sundhedsplejersker, 1938.
- 61 Brandstrup. Møde om loven om svangerskabshygijne 20/12 1945, s. 25.
- 62 Forløbet op til vedtagelsen af loven om svangerskabshygijne er interessant ved dets hurtighed. 9. august 1945 fremsatte indenrigsministeren et lovforslag (som et tillæg til loven om kønssygdomme fra 1906) om tilbud om syfilisundersøgelse af gravide kvinder. Formålet var at kunne give de smittede behandling under svangerskabet, så man kunne undgå, at børnene fik sygdommen. Baggrunden var en stigning i antallet af syfilistilfælde under krigen fra 1,4 per 10.000 indbyggere til 10,1. Børn med arvelig syfilis var dyre, og i bemærkningerne til lovforslaget stod, at der „paaregnes en Besparelse for det offentlige“. Forslaget kom til første behandling 16/8 og blev velvilligt modtaget og sendt i udvalg. Godt en måned senere havde udvalget efter seks møder og samråd med indenrigsministeren og medicinaldirektøren udarbejdet et ændringsforslag til loven, som de nu kaldte Lov om svangerskabshygijne. Den gav den gravide kvinde ret til tre vederlagsfri besøg hos læge og syv hos jordemoder. Her var der hverken tale om forsøg som i forbindelse med sundhedsplejerskeordningen eller en grundig betænkning som ved skolelægeordningen. Den ny lov kostede ca. 3 millioner kroner, mens det oprindelige lovforslag om syfilisundersøgelser havde været beregnet til ca. 300.000. Alle partier bakkede op om ordningen, som blev enstemmigt vedtaget i begge ting efter korte ordførertaler. Der blev i 1952 brugt lige så meget tid i de to ting til at diskutere en ændring af loven, som indebar

gratis befordring til en af jordemoderundersøgelserne, som der var brugt til at vedtage hele ordningen i 1945. Loven blev vedtaget 1/10 med ikrafttræden 1/12. Hvor kom ideen fra? Der står ikke, at nogen havde været og talt med det udvalg, som blev nedsat til at behandle lovforslaget bortset fra indenrigsministeren og medicinaldirektøren. Antallet af undersøgelser tre og syv virker mere bestemt af de symbolske tal end af nogen formodning om, hvilket antal der kunne være mest udbytterigt. Antallet svarer ikke til det, Den almindelige danske Lægeforening havde foreslået i sin betænkning om profylaktisk lægegerning fra året før. Den foreslog fire lægeundersøgelser og 8-10 urinundersøgelser, som kunne varetages af en jordemoder under lægens opsyn. Den vedtagne ordning var både mere omfattende og gav en betydelig større og mere selvstændig rolle til jordemødrene, end lægeforeningen havde tiltænkt dem. Ikke kun forløbet op til beslutningen om lov om svangreundersøgelser var kort; også implementeringen gik hurtigt. To måneder efter lovens vedtagelse blev der udstedt et cirkulære med detaljerede forskrifter om, hvad læge- og jordemoderundersøgelserne skulle indeholde. Emnet havde været rejst i politisk sammenhæng tidligere. Befolkingskommissionen foreslog i sin betænkning fra 1938, at der skulle indføres gratis forebyggende svangreundersøgelser, finansieret af sygekasserne gennem en ændring af Folkeforsikringsloven paragraf 19. Befolkingskommissionen, 1938. Johannes Frandsen skrev allerede i 1932 om nytten af et „organiseret Arbejde for en rationel Svangerskabshygiejne“. Frandsen, 1932, s. 416.

- 63 *Bihang till Riksdagens protokoll år 1946*. Sjätte samlingen. Första bandet, s. 72.
- 64 *SOU 1935:19*, s. 7. Forsøgene foregik seks forskellige steder i landet i årene 1931 til 1933.
- 65 *SOU 1929:28*, *SOU 1935:19*, *SOU 1936:12*.
- 66 *SOU 1935:19*, s. 21.
- 67 Ström, 1940, s. 2663-5.
- 68 *SOU 1935:19*, s. 6.
- 69 Broman, 1942. 1901 oprettedes den første Mjølkdroppe i Stockholm på privat initiativ til de fattige børn, der ikke blev ammet. I Göteborg åbnede lidt senere en Mjølkdroppe for ammende mødre, som kunne få „råd och upplysning i rationell barnavård, söka bevara den naturliga uppfödningen“. Begge typer af centraler blev oprettet i andre dele af landet. Efterhånden valgte nogle at kalde institutionerne for barnavårdscentraler. I 1936 regnede man med, at der var ca. 64 centraler som overvågede godt 16.000 børn. Läkarsällskapet foreslog helbredsovervågning af børn i 1923.
- 70 *SOU 1935:19*, s. 24. Hospitalsfødsler var dengang meget mere almindelige i Sverige. Vallgård, 1996.
- 71 Vallgård, 1996.
- 72 Uhl, 1947, s. 1459.
- 73 Forslag til Lov om Skolelæger. Som vedtaget af Folketinget ved 3die Behandling 16. Maj 1946. 1945/46 sp. 1307. Paragraf 1. Stk. 1. *Rigsdagstidende*.
- 74 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 3 - 4, 10.
- 75 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 5 og 6.

- 76 Cirkulære af 26. november 1945 fra Sundhedsstyrelsen til Landets Læger og Jordemødre vedrørende Retningslinjer for Helbredsundersøgelser i medfør af Lov Nr. 472 af 1. Oktober 1945 om Svangerskabshygiejne.
- 77 Cirkulære af 26. november 1945 fra Sundhedsstyrelsen til Landets Læger og Jordemødre vedrørende Retningslinjer for Helbredsundersøgelser i medfør af Lov Nr. 472 af 1. Oktober 1945 om Svangerskabshygiejne, s. 1052-53.
- 78 WR-prøver omtales i et cirkulære fra 12/2 1948 som ønskelige, fordi syfilisfrekvensen var højere i 1940'erne end tidligere. Undersøgelserne var gratis. *Författningar och cirkulär m.m. angående förebyggande mödra- och barnavård m.m.*, 1957.
- 79 *Vejledning i profylaktiske Undersøgelser af Børn fra 0 til 7 Aar*, 1946, s. 1.
- 80 Mønsterinstruks for Sundhedsplejersker, 1938.
- 81 Svedenius, 1940, s. 2665-6.
- 82 Mønsterinstruks for Skolelæger, 1948, s. 120-123, paragraf 6 og 8.
- 83 Uhl, 1947.
- 84 Uhl, 1947, s. 1459.
- 85 Hjärne, 1945, s. 136-7.
- 86 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 3.
- 87 *Vejledning i profylaktiske Undersøgelser af Børn fra 0 til 7 Aar*, 1946, s. 1.
- 88 *Sundhedsstyrelsens Aarsberetning*, 1935, s. 57
- 89 *Vejledning i profylaktiske Undersøgelser af Børn fra 0 til 7 Aar*, 1946, s. 11.
- 90 *Udkast til Fødselsdagsbrev fra overborgmester Julius Hansen*, 1948.
- 91 *Raad og Vejledning for svangre Kvinder. Kortfattet Vejledning udgivet af Sundhedsstyrelsen i henhold til Lov om Svangerskabshygiejne*, 1946, s. 1.
- 92 Betænkning angaaende en Skolelægeordning, 1942., s. 758.
- 93 Betænkning angaaende en Skolelægeordning, 1942, s. 758.
- 94 Bemærkningerne til lovforslaget, *Rigsdagstidende*, sp. 3345/46, 1945/46.
- 95 Lichtenstein, A. & A. Wallgren, 1945, s. 28.
- 96 Mønsterinstruks for Skolelæger, 1948.
- 97 *Betænkning afgivet af Kommissionen til Drøftelse af Skolens navnlig Folkeskolens hygiejniske Forhold og Opgaver. 2. Del*, 1939, s. 37.
- 98 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 18.
- 99 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 3.
- 100 Bonnevie, 1953, s. 64.
- 101 Bonnevie, 1953, s. 59.
- 102 Bonnevie, 1953, s. 60.
- 103 Gullestrup, 1939.
- 104 Schmedes H. (kredslæge), (1886-1946), 1933 s. 49 og 1955 s. 29. (Teksten er interessant både som udtryk for holdninger fra 1933, og fordi den stadig i 1955 blev set som relevant.) Artiklen citeres også grundigt i *Betænkning afgivet af Kommissionen ...*, 1939.
- 105 Kungl. Maj:ts proposition nr 193 till riksdagen angående rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården 25 februari 1944. *Riksdagens protokoll*, s. 29.

- 106 *Raad og Vejledning for svangre Kvinder. Kortfattet Vejledning udgivet af Sundhedsstyrelsen i henhold til Lov om Svangerskabshygiejne*, 1946, s. 1
- 107 Cirkulære af 26. November 1945 fra Sundhedsstyrelsen til Landets Læger og Jordemødre vedrørende Retningslinjer for Helbredsundersøgelser i Medfør af Lov Nr. 472 af 1. oktober 1945 om Svangerskabshygiejne, 1945.
- 108 *Vejledning i profylaktiske Undersøgelser af Børn fra 0 til 7 Aar*, 1946, s. 11.
- 109 Mønstereinstruks for Sundhedsplejersker, 1938.
- 110 Mønstereinstruks for Sundhedsplejersker, 1938.
- 111 Mønstereinstruks for Sundhedsplejersker, 1938.
- 112 Vejledning vedrørende Gennemførelsen af Lov Nr. 85 af 31. Marts 1937 om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i deres første Leveaar, 1938.
- 113 Sundhedsstyrelsen til Indenrigsministeriet 11. September 1935 trykt i Rigsdagstidende, fremsat i Landstinget 16/10 1936, sp. 2475-8. Ifølge Henriette Buus kom første oplag i 1921. Buus, 1997.
- 114 *Det spæde Barns Ernæring og Pleje samt Regler og Raad for Kvinders Ernæring under Svangerskab og Diegivning*, 1946. Svarer stort set til udgaven fra 1938.
- 115 *Det spæde Barns Ernæring og Pleje samt Regler og Raad for Kvinders Ernæring under Svangerskab og Diegivning*, 1946, s. 3.
- 116 Lichtenstein, A. & Wallgren, A., 1945, s. 5.
- 117 Lichtenstein, A. & Wallgren, A., 1945, s. 16-17.
- 118 Wallgren, 1945 s. 8, s. 116.
- 119 Andersen, 1941, s. 1294.
- 120 Danske Kvinders Nationalraad. Udvalget „Vore Børns Sundhed“, 1936, s. 71.
- 121 Andersen, 1941, s. 1293.
- 122 *Det spæde Barns Ernæring og Pleje samt Regler og Raad for Kvinders Ernæring under Svangerskab og Diegivning*, 1946, s. 4. Pligten nævnedes ikke i udgaven fra 1950, der stod, at kvinden bør amme.
- 123 *Sunde Børn skaber et sundt Folk!*, 1948.
- 124 Bemærkningerne til lovforslaget, *Rigsdagstidende*, sp. 3345/46, 1945/46.
- 125 Fremsættelse af Lovforslag om Skolelæger 28/5 1943 i Landstinget, sp. 812. *Rigsdagstidende*.
- 126 Undervisningsministeren. Bemærkningerne til lovforslaget, *Rigsdagstidende*, sp. 3347, 1945/46.
- 127 *Betænkning afgivet af Kommissionen til Drøftelse af Skolens navnlig Folkeskolens hygiejniske Forhold og Opgaver*, 1939 s. 20.
- 128 Indenrigsminister Kjær. Landstinget, sp. 1044. *Rigsdagstidende*.
- 129 Indenrigsministeren *Rigsdagstidende*, sp. 3529/30.
- 130 Schwenke, 1939.
- 131 *Betænkning afgivet af Kommissionen til Drøftelse af Skolens navnlig Folkeskolens hygiejniske Forhold og Opgaver*, 1939, s. 46.
- 132 Det har næppe haft den store praktiske betydning, at ordningen i Danmark var obligatorisk fra begyndelsen og i Sverige frivillig, da de fleste børn sikkert deltog i undersøgelserne på skolen.
- 133 Rose, 1999, s. 73 og 74.

SMITSOMME SYGDOMME OG STYRING VED TVANG

Smitsomme sygdomme adskiller sig fra andre sygdomme i en væsentlig henseende: Hvis den smittede ikke bidrager til at forhindre, at hun/han bliver syg, eller forsøger at blive rask, vil andre mennesker blive udsat for sygdomsrisiko. Den enkeltes frihed til selv at bestemme står dermed i modsætning til andre borgeres interesse i at undgå sygdom mere synligt end i anden form for sygdomsforebyggelse. I den liberale teori gælder frihed for den enkelte kun, så længe andre ikke skades. Frihed kan endvidere kun tillades dem, der er modne og kan tage ansvar.¹ De uansvarlige og de „ikke modne“, især børnene, kan derfor behandles anderledes. Magtudøvelsen i forbindelse med smitsomme sygdomme følger disse ideer. Tvang² forekommer oftere i forebyggelse og bekæmpelse af disse end af andre sygdomme. Myndighederne forlader sig her ikke alene på borgernes evne og vilje til at styre sig selv.³ Isolation af smittede gavner f.eks. de raske, men indebærer ingen fordel for det syge individ.

Tvang forekommer i mange former og kan defineres forskelligt.⁴ Her vil jeg begrænse mig til den styring gennem tvang, som baseres på lovbestemmelser, der under trussel om sanktioner pålægger borgerne bestemte handlinger. Det er muligheden for at bruge sanktioner, der er det centrale i definitionen. Det spørgsmål, som behandles i dette kapitel, er: I hvilke situationer og over for hvem blev det anset for legitimt og hensigtsmæssigt at bruge tvang?

Det kan diskuteres, om tvang hører ind under de styreformer, som Foucault benævner *governmentality*; det afhænger af, hvordan tvangen virker. Trussel om sanktioner kan virke på tre måder: 1) folk søger at undgå sanktionerne, fordi de er ubehagelige, 2) de søger at undgå dem, fordi der er knyttet skam til at blive straffet, og 3) de handler som ønsket, fordi de ønsker at være ansvarlige, og truslen om sanktioner understreger tiltagets vigtighed. I det omfang tvangsreglerne appellerer til ansvarlighed, lydighed og ønsket om at undgå skam, kan de siges at være en form for styring med henblik på selvstyring.

Tvang virker bl.a., fordi et flertal af befolkningen oplever den som legitim, enten fordi målet vurderes at retfærdiggøre midlet, eller fordi de respekterer den autoritet, som udsteder den. Tvang er ikke mulig at opretholde som styringsmiddel i et liberalt, demokratisk samfund, hvis flertallet er imod. Tvang kan fungere som trussel over for mange, men den kan kun effektueres mod de få. Hvis alle mener, at målet er legitimt og handler derefter, er tvang ikke nødvendigt.

FOREBYGGELSE AF SMITSOMME SYGDOMME

I kapitlet behandles forebyggelse af to sygdomme, som var genstand for selvstændig lovgivning i Danmark og Sverige: kopper og tuberkulose. Lovgivningen gav anledning til ret omfattende debat. Det er derfor muligt at finde udsagn både om begrundelser for styringen og for, hvilke styringsteknikker politikerne ønskede at benytte.

Spredning af en smitsom sygdom kan forhindres: 1) gennem helbredelse af de syge, 2) gennem begrænsning af de smittedes kontakt med andre, f.eks. ved isolation, 3) ved at diagnosticere de smittede med henblik på behandling eller isolation, 4) ved forebyggende vaccination, og endelig 5) ved at sikre, at alle sørger for personlig hygiejne, renlighed ved madlavning, udluftning mv. Forebyggelse kan derfor indebære flere former for indgreb i folks levemåde og forsøg på at ændre deres adfærd. Derudover kan almindelige levekår, boligforhold og ernæringsstatus, betyde meget for udbredelsen af smitsomme sygdomme, som tuberkulose. Vandets og madens kvalitet, kloakering m.v. betyder meget for andre som kolera og kolorine, en diarré sygdom, som mange spædbørn døde af i første halvdel af 1900-tallet. Disse forhold kan myndighederne gøre noget ved, uden at befolkningen aktivt påvirkes til ændret adfærd. De behandles derfor ikke her. Kønssygdomme behandles ikke, fordi der er knyttet komplicerede moralske og kønspolitiske aspekter til dem.

Initiativer til at forhindre smittespredning hører til de ældste statslige indgreb for at reducere sygelighed og dødelighed i de to landes befolkning. Karantæne⁵ mod udefrakommende smitte og isolation af en enkelt gruppe syge, de spedalske, går langt tilbage. Fra slutningen af 1700-tallet udvidedes myndighedernes aktiviteter med henblik på at forbedre befolkningens sundhedstilstand og øge dens størrelse både i Danmark og Sverige. Det drejede sig dengang hovedsagelig om smitsomme sygdomme, og der var tale om en kombination af påbud, tvang og økonomisk støtte, især til behand-

ling. Tiltag mod smitsomme sygdomme blev indført tidligere i Danmark end i Sverige.

I Danmark indførtes ved såkaldte forordninger i 1782 og 1790⁶ regler om, at smitsomt syge skulle meldes til præsten, som igen skulle rapportere videre til sundhedsmyndighederne. Præsten skulle sørge for, at de ramte husstande tog de nødvendige forholdsregler for at forhindre, at smitten blev spredt. Skønnedes det nødvendigt, kunne en hel gård isoleres.⁷ De syge kunne tvinges til behandling, til gengæld var den gratis for de ubemidlede. Der var således både tale om registrering og om mulighed for tvangsbehandling og -isolation. I løbet af 1800-tallet gennemførtes flere initiativer for at forhindre smittespredning, f.eks. levnedsmiddelkontrol, kloakker og epidemisyggehuse.⁸ De offentligt ansatte læger, fysici og distriktskirurger, blev med instrukser i 1818 pålagt, hvis en epidemi opstod, at foreslå og gennemføre initiativer for at standse spredningen og udrydde sygdommen.⁹ I 1888 udstedtes i Danmark en særlig epidemilov. Det nye i denne var, at børn kunne anbringes uden for hjemmet for at undgå smitte, „hvis Forældrene ønske det“.¹⁰ En husstand med en smitsomt syg kunne endvidere pålægges at sætte skilte med „Smitsom Sygdom“ op på alle husets indgange.¹¹ Derudover påbød loven de samme virkemidler som tidligere: behandling, nogle gange tvungen, og isolation. I loven angaves, hvilke sygdomme der var omfattet,¹² men der blev også givet mulighed for at inddrage andre sygdomme, hvilket f.eks. skete, da tuberkulose kom med i 1897. Der var således en lang tradition for indgreb fra myndighedernes side for at begrænse smittespredning.

I Sverige fastsatte myndighederne lignende regler i begyndelsen af 1800-tallet.¹³ I en forordning om smitsomme sygdomme fra 1813 hed det ligefrem, at det var en „skyldighet för hwar och en, at wid inträffande sjukdom, med tilförsigt til en wälsignad Läkare-konstens förmåga, söka bot i återwinnande af helsa och krafter, för egen och statens nytta“.¹⁴ Det indskærpedes således, at borgerne var forpligtet over for fællesskabet til at holde sig – eller blive – raske. Som det fremgik af kapitel 2, var dette en pligt, som også blev fremhævet i 1940'erne. I Sverige kom i 1857 en epidemiforordning med pålæg om oprettelse af lokaler for behandling af smitsomt syge og tilsagn om økonomisk erstatning til kommuner for udgifter til læge og til lægemidler til de fattige.¹⁵ Loven indeholdt ikke noget om meldepligt af den enkelte syge eller om behandlingstvang. Begge dele blev først indført ved en forordning fra 1875.¹⁶ Fulgte de syge ikke lægens anvisninger, kunne de idømmes bøder. Loven omfattede de samme sygdomme som i Danmark, men åbnede ikke mulighed for udvidelse til andre sygdomme. Overvågning og muligheder

for tvangsbehandling af smitsomt syge blev således indført cirka 100 år senere i Sverige end i Danmark. For kopper gjaldt dog i Sverige fra 1816 særlige regler, som kan tolkes som tvangsbehandling, samtidig med at *provinsialläkare* blev pålagt at behandle de koppesyge, uanset stand „högre och lägre, fattigare och rikare“.¹⁷ Da smitsom sygdom ikke kun ramte den syge, var det ifølge et cirkulære fra 1874: „statens både plikt och rätt att till allas skydd icke allenast lemna underrättelse om huru smittosamma sjukdomar kunna undvikas, utan äfven tillse att gifva föreskrifter derom iakttagas; och enskildas skyldighet att rätta sig därefter“.¹⁸ Myndighederne begrundede deres indblanding i borgernes levned med henvisning til beskyttelsen af de øvrige borgere.

Ved århundredeskiftet (1900) fandtes alt i alt i begge lande en ret omfattende og ensartet lovgivning for en række alvorlige smitsomme sygdomme, som indebar pligt for læger og andre myndighedspersoner til at melde sygdomstilfælde til øvrigheden og mulighed for at tvinge syge til behandling eller isolation. Samtidig gav myndighederne økonomisk støtte til behandling. Det vil sige, at tvang i begge lande var forbundet med en form for omsorg. De danske regler havde dog eksisteret meget længere end den svenske.

I dette kapitel beskrives anvendelsen af tvang i to forskellige situationer, den, der retter sig imod alle borgere gennem vaccination mod kopper af rask og den, der retter sig mod bærere af tuberkulosesmitte, to forskellige former for sygdomsforebyggelse. Kopper var meget smitsom, dens forløb var kort, og tilsyneladende spillede modstandskraften, almentilstanden, ikke så stor en rolle for, om man blev syg. Midlet mod sygdommen, vaccination, var et kortvarigt og ukompliceret indgreb. Tuberkulose var ikke så smitsom, til gengæld kunne sygdommen være endog meget langvarig, og risikoen for at blive syg, når man blev smittet, var meget afhængig af almentilstanden, ikke mindst ernæringen. Det var en grund til, at den blev kaldt en fattigmands sygdom. Tiltagene for at forhindre smittespredning indebar ofte ret store indgreb i den enkeltes livsførelse.

TVUNGEN KOPPEVACCINATION TIL DEBAT

Både i Danmark og Sverige var koppevaccinationen til debat i rigsdagen i 1930. Kopper var ved 1930'ernes begyndelse en meget sjælden sygdom i Skandinavien, derfor havde meget få mennesker personlig erfaring med sygdommen. I Danmark døde i årene 1885-1930 16 mennesker af kopper, den sidste i 1924.¹⁹ I Sverige døde 12 mennesker i årene 1891-1930, heraf en i 1920'erne. I 1700-tallet var sygdommen derimod meget hyppigt forekom-

mende, man regner med at 300.000 døde i Sverige i perioden 1750-1800.²⁰ I løbet af 1800-tallet var dødeligheden faldet, hvilket for en stor del blev tilskrevet vaccinationen. Kopper ramte, da sygdommen var almindelig, især børn og blev også i Danmark kaldt børnekopper. Dødeligheden varierede meget. Mellem fem pct. og 50 pct. af de, der fik kopper, døde, med et gennemsnit på omkring 15 pct.²¹ I Sverige var kopper i 1800-tallet mere almindelige blandt de fattigere dele af befolkningen, hvilket blev forklaret med, at vaccinationsdækningen var ringere blandt dem.²² Hvordan det forholdt sig i Danmark, har jeg ikke kunnet finde oplysninger om.

Den umiddelbare anledning til diskussionen om tvungen koppevaccination var, at der i løbet af 1920'erne var opstået tilfælde af hjernebetændelse hos vaccinerede i England og Holland. Det gav både i Danmark og Sverige anledning til modstand mod at lade børnene vaccinere. Forældrene var bange for, at deres børn ville blive alvorligt syge og måske dø af vaccinationen. I Danmark havde indenrigsministeren modtaget indsamlede underskrifter imod tvangs-vaccinationen, og i Sverige nægtede 146 fædre fra en landsby i Dalarna at lade deres børn vaccinere. De blev stillet for retten og idømt bøder,²³ og endnu flere blev tiltalt.²⁴ Flere af nægterne var medlemmer af *hälsovårdsnämnden* i deres sogn. Det var således respektable borgere, der ydede modstand, og som ikke bøjedede sig for truslen om tvang. Det forhold, at der var tale om kollektiv civil ulydighed, var sandsynligvis grunden til, at de overhovedet blev dømt.

Modstanden mod vaccinationerne blev taget alvorligt af myndighederne. Repræsentanter for sundhedsmyndighederne i Norge, Danmark og Sverige udfærdigede i 1929 en fælleserklæring om koppevaccination. I erklæringen stod, at de fundne tilfælde af alvorlige komplikationer var så få,²⁵ at de ikke „bør foranledige Samfundet til at opgive det stærke Værn, det ejer i en paa rette Vis og i Tide gennemført Kokoppevaccination“.²⁶ Det handlede om afvejning af to farer, risikoen for hjernebetændelse ved vaccination, over for risikoen for en koppepidemi, hvis mange undtagelser blev givet. Problematikken var således parallel, om end modstanden antog mere radikale former i Sverige. Som baggrund for den følgende analyse af diskussionen om koppevaccinationen omkring 1930 vil jeg for hvert land også gennemgå den tidligere vaccinationsregulering.

KOPPEVACCINATION I DANMARK

Allerede ved en forordning 3. april 1810 indførtes i Danmark tvungen og gratis vaccination, som det hed i forordningen af „Omhu for Vore Under-

saatters Helbred og Liv“.²⁷ Der var tale om en indirekte tvang i den forstand, at skoleledere og mestre kun måtte antage vaccinerede børn og unge som elever eller lærlinge (undtaget var „de ringeste Almue-Skoler“). Fattiglemmer og soldater skulle også være vaccinerede. Desuden blev vaccination en betingelse for giftermål. Der var ikke tale om straf for at undlade at vaccinere sine børn, men forbud mod skolegang og giftermål må siges at være alvorlige sanktioner. Om de i samtiden blev anset for mindre strenge end straf i form af bøder er svært at sige. De ramte både børn og voksne. Måske blev sanktionerne valgt, fordi de centrale myndigheder derigennem kunne pålægge præster og skoleledere at føre kontrol med vaccinationens gennemførelse i forbindelse med udøvelsen af deres almindelige embedsgerninger. Det var præsternes opgave at tilse, at forordningen blev overholdt i eget sogn. Udbrød kopper, skulle de syge behandles som ved andre alvorlige smitsomme sygdomme, nye tilfælde skulle meldes til øvrigheden, og de syge kunne isoleres også mod deres vilje. Få år efter indførelsen af obligatorisk vaccination, blev 70 pct. af alle nyfødte vaccineret,²⁸ hvilket tyder på, at befolkningen var positivt indstillet til vaccination.

Den danske forordning blev strammet i 1871, hvorefter alle børn uden undtagelse skulle vaccineres inden udgangen af det syvende år, medmindre der var fare for barnets helbred. Var dette tilfældet, kunne udsættelse bevilges, hvis forældrene fremviste en lægeattest.²⁹ Det var skoleforstandere og skolekommissioner, der havde ansvaret for at registrere, at børnene var indpodede. Vaccinationen var gratis, og det indskærpedes, at de, der havde ansvar for koppevæsken, skulle sørge for, at den var ren. Den stedlige politimester skulle give eventuel tilladelse til udsættelser på grund af barnets helbredstilstand. Overtrædelse af loven straffedes ifølge denne lov med bøde til forældrene,³⁰ dvs. der indførtes en direkte sanktion.

I 1930 fremsatte den danske indenrigsminister et nyt forslag til lov om koppevaccination, og det rejste en debat i Rigsdagen om forholdet mellem den personlige frihed og tvangsforanstaltninger af hensyn til samfundet. Forslaget indebar, at den obligatoriske koppevaccination blev fastholdt, men at der åbnedes mulighed for fritagelse „under særlige Omstændigheder“.³¹ Muligheden for lempelse skyldtes ifølge bemærkningerne den modstand mod tvungen vaccination, der var vokset frem. Modstanden beroede som sagt på angst for de farer, som selve vaccinationen kunne indebære for børnenes helbred. Der var etableret en organisation, *Landsforeningen mod Tvangsvaccination*, og 6.275 borgere havde skrevet under på en protest mod tvangsvaccination. Modstanden var så stor, at indenrigsministeren og Sundhedsstyrelsen mente,

at myndighederne kunne blive nødt til at gøre brug af lovens tvangsbestemmelser, hvilket begge parter fandt uheldigt.³² Trussel om tvang ansås for acceptabel, men tvang var uegnet som styringsmiddel, hvis den blev taget i brug. Betingelsen for fritagelse var, at en af forældrene mødte op hos en embedslæge, som skulle „foreholde den paagældende Vakinationens forebyggende Betydning og de Følger, som en Fritagelse for Vakination eventuelt vil kunne faa for det paagældende Barn“.³³ Fastholdt ansøgeren herefter begæringen „motiveret i Samvittighedsgrunde, indre Overbevisning eller paa anden Maade“,³⁴ ville deres barn blive fritaget for vaccination. Der skulle altså, ifølge ministerens forslag, ret meget til for at opnå fritagelse, både initiativ og evne til at modstå embedslægens overtalelse; til gengæld var samvittighedsgrunde nok, dvs. bekymring for barnets helbred.

Det udvalg, som blev nedsat i Folketinget til at behandle lovforslaget, var ikke til sinds at følge ministerens lempelige linje. Det ville „i første Række tage Hensyn til, hvad Samfundet maatte kræve for at sikre Opretholdelsen af en til enhver Tid betryggende Sundhedstilstand i Landet“.³⁵ Udvalget ønskede dermed ikke at indføre mulighed for fritagelse af samvittighedsgrunde. Ifølge den konservative Fritze Teisen kunne man kun imødekomme en sådan privat interesse, hvis det ikke „sker paa Samfundets Bekostning“.³⁶ Hensynet til samfundet (hvad der mentes med det, blev ikke præciseret) vejede tungest for Rigsdagen, og den regnede ikke med, at dette hensyn kunne sikres uden tvang.

Enkelte rigsdagsmedlemmer havde dog betænkeligheder ved at bruge tvang, fordi det kunne avle yderligere modstand,³⁷ dvs. var u hensigtsmæssigt som styringsmiddel. Andre mente, at man kunne vælge frivilligheden i tillid til folks ansvarlighed. Den konservative Victor Pürschel var modstander af tvungen vaccination, som han mente var overflødig: „En kulturelt udviklet Befolkning kan man meget vel stille frit i dette Forhold“.³⁸ Dette er et eksempel på det Nikolas Rose sigter til, når han taler om, at „frihed kom til at blive uløseligt forbundet med en norm om dannelse eller opdragelse“.³⁹ En civiliseret befolkning kan vælge selv. Tvang er ifølge dette standpunkt unødvendig, fordi folk vil handle ansvarligt og fornuftigt selv uden den; man kan forlade sig på deres selvstyring. Modstanderne hævdede interessant nok ikke, at tvang krænkede den enkeltes integritet; de mente også, at samfundsinteressen skulle tilgodeses, men fandt, dette bedre kunne ske ved andre midler.

Resultatet af behandlingen i Rigsdagen blev, at den danske lov fra 30/3 1930 kun medgav undtagelse fra koppevaccination, hvis barnets helbredstil-

stand gav grund til det. I så fald kunne man med lægeerklæring få udsættelse i op til tre år. En anden lempelse i forhold til tidligere var, at barnet kunne undgå vaccination, hvis der var grund til at frygte, at sygdom, bl.a. sindssygdom, kunne udbryde som følge af vaccinationen, ikke kun hos barnet, men også i dets omgivelser, f.eks. hos barnets forældre. Fritagelse blev givet, hvis der „som Følge af Oplysninger om Sygelighed i Familien af legemlig eller sjælelig Art kan befrygtes, at der vil kunne forvoldes betydelig Skade ved Vaccination af den paagældende“. ⁴⁰ Samvittighedsgrunde var ikke grund nok til fritagelse; så vidt kunne ansvaret ikke overlades til forældrene. Tvangsbestemmelserne blev således fastholdt med en lille lempelse.

KOPPEVACCINATION I SVERIGE

I Sverige blev tvungen vaccination indført allerede i 1816. ⁴¹ Vaccinationen blev i reglementet karakteriseret, som „en för Menskligheten så nyttig och hedrande uppfinning har i Swerige, oakadt alla fördomar, blifwit antagen“. Alle børn skulle vaccineres, før de var fyldt to år. Hvis forældrene, trods opfordringer fra sognerådet, nægtede at lade deres børn vaccinere, kunne de idømmes bøder. I hvert sogn skulle vaccinatorer oplæres, degnene skulle fra da af ikke kun årelade og hjælpe med mindre „Läkare göremål“, de skulle også vaccinere, og det samme gjaldt jordemødrene. Kollektpenge måtte indsamles til belønning og medaljer til ihærdige og særlig dygtige vaccinatorer, altså et forsøg på at motivere eller styre de myndighedsrepræsentanter, som skulle udøve magten direkte over for befolkningen. I 1828 ⁴² skærpedes forordningen. Nu fik borgeren også bøde for ikke at møde op til efterkontrol af, om vaccinationen havde virket. Myndighederne regnede åbenbart ikke med, at tvangsbestemmelser slog til. Befolkningen skulle også motiveres, dvs. bringes til at indse nytten af vaccination og kontrol. I 1853 udfærdigedes endnu en forordning. ⁴³ Ingen måtte herefter komme i skole uden at være vaccineret. Vaccinationen var, til forskel fra i Danmark, kun gratis for de fattige. ⁴⁴ Den organiseredes i hvert sogn af sognerådet. Der var i Sverige i løbet af hele 1800-tallet en vis modstand mod vaccinationen. ⁴⁵

I 1916 vedtog *riksdagen* en ny lov ⁴⁶ med regler om undtagelser fra tvungen vaccination. Tidligere kunne et barn, ligesom i Danmark, blive fritaget, hvis dets helbred kunne påvirkes negativt af vaccinationen. Med den nye lov kunne forældrene også opnå fritagelse, hvis de havde personlig erfaring af „ohälsa som inträffat i samband med ympning av barn“. ⁴⁷ Der skulle sendes en skriftlig ansøgning til Medicinalstyrelsen, og den pågældende forælder

skulle møde personligt hos politimyndigheden med begrundelse for sine betænkeligheder. Undtagelsesbestemmelser blev således indført tidligere i Sverige end i Danmark, og de var mere omfattende. Det var tilstrækkeligt, at forælderen var bekymret, men bekymringen skulle grundes på personlig erfaring. Der skulle en aktiv indsats fra forældrenes side til for at opnå fritagelse, men ikke, som i det danske lovforslag fra 1930, en samtale med en læge, som skulle prøve på at overtale den pågældende forælder til at opgive sin modstand. Baggrunden for undtagelsen i Sverige var sandsynligvis, at politikerne skønnede, at modstanden ville udvikle sig, hvis der ikke var mulighed for fritagelse, samt at sygdommen efterhånden var sjælden.

I 1930 foreslog den svenske regering undtagelse fra koppevaccination,⁴⁸ hvis der kunne opstå sundhedsfare for barnet eller nogen i dets omgivelser. Hensyn til omgivelserne var en ny udvidelse af undtagelsesmulighederne og lignede dem i den danske lov. Barnet kunne stadigvæk fritages for vaccination, hvis forældrene på baggrund af personlig erfaring var bekymrede. I modsætning til i Danmark var sagkundskaben, Medicinalstyrelsen, imod en lempelse, fordi den mente, at alternativet var kostbare massevaccinationer af hele den voksne befolkning, hvis der udbrod en epidemi.⁴⁹ Tvang var, ifølge styrelsen, begrundet med, at „Vaccinationen verkar i hela samhällets tjänst“. Det vil sige samme argumenter som i Danmark. Også i *riksdagen* blev hensynet til samfundet hævdet. Herr Westman, Bondeförbundet, mente, at det var urimeligt, at „i en fråga, som är av så vital betydelse för folkhälsan, samhället skall avsäga sig sin bestämmandemakt“.⁵⁰ Hensynet til samfundet vejede med andre ord tungere end hensynet til forældrenes bekymring for deres børns helbred. Forældrenes standpunkt blev karakteriseret som „samvittighedsgrunde“, ikke som et standpunkt baseret på en anden afvejning af risici.

I den svenske rigsdag var der imidlertid mange fortalere for lempelse af tvang i forbindelse med koppevaccinationen. De vigtigste argumenter var, at den var unødigt, bl.a. fordi hygiejnen og befolkningens leveforhold og dens viden om sygdommen var blevet forbedret.⁵¹ Befolkningen kunne forventes at handle ansvarligt, en argumentation på linje med Pürschels i den danske rigsdag. Tvang var endvidere uhensigtsmæssigt som styringsmiddel: „Endast genom upplysning och fri diskussion kan en sådan propaganda mogna till vetandets fulla visshet. Tvångsåtgärder, som skapa martyrer, äro enligt all historisk erfarenhet ägnade att motverka sitt syfte och framkalla ofta ett resultat alldeles motsatt vad man med dem avsett“. Til dette føjedes, at den almindelige lovlydighed og retsbevidsthed kunne lide skade af en lovbestemmelse, som ikke blev oplevet som rimelig.⁵² Som socialdemokraten Wilhelm

Björck sagde: „Redan nu har vaccinationsvägran i vissa landsändar nått en sådan omfattning, att man faktiskt ej vet, hur samhället skall med nödig fasthet kunna hävda sin auktoritet“.⁵³ Han önskade derfor, at „i fredstider påkalla nödigt utrymme för den individuella ansvarskänslan så långt detta är förenligt med samhällets väl“. Som i Danmark var modstanden begrundet i, at tvang var uhensigtsmæssig og unødvendig for at opnå målet, ikke at den var principielt uforenelig med liberale principper om individets frihed til selv at bestemme. Modstanderne mod tvang havde større tillid end tilhængerne til, at man i styringen kunne forlade sig på borgernes ansvarlighed.

Loven fra 1930 fastholdt den udvidede ret til fritagelse for koppevaccination fra 1916, altså bekymring grundet personlig erfaring, samtidig med at man fastholdt proceduren med personligt fremmøde hos politiet. Senest når barnet blev ni år gammelt, skulle forældrene have ansøgt om fritagelse for deres barn. I 1934 skete der en lille lempelse af loven, idet man fra da af ikke kun talte om sygdom, men også „sjukdomsanlag“ i barnets omgivelser som grundlag for fritagelse; dette var på linje med den danske bestemmelse. Det besluttedes også, at bødestraf i forbindelse med nægtelse af vaccination af egne børn ikke, som hidtil, kunne ændres til fængselsstraf ved manglende betaling. Det sagkyndige udvalg skrev: „Det syntes icke desto mindre osympatisk att låta vederbörande träda inom fångelsets murar för sin berörda övertygelses skull“,⁵⁴ hvilket kan ses som en delvis imødekommelse af samvittighedsbegrundede nægtelser.

SAMMENFATNING OM KOPPER

Reglerne om koppevaccination blev indført tidligt og stort set samtidig i Danmark og Sverige, og de var i det store og hele ens. I en række andre europæiske lande indførtes tvungen koppevaccination først i årene omkring 1900.⁵⁵ I 1930, da vaccinationen var til debat, fastholdt man i begge lande, med enkelte undtagelser, bestemmelser om tvang. De første lempelser blev indført i Sverige allerede i 1916, og sammen med bestemmelserne i loven fra 1930 var de mere omfattende end de danske.

Spørgsmålet om myndighedernes brug af tvang sattes altså på dagsordenen i både Danmark og Sverige på grund af befolkningens modstand mod vaccination. Samfundets interesser blev utvetydigt stillet over for den enkeltes frie valg. Myndighedernes argumenter for vaccination var, at den både var i den enkeltes og i samfundets interesse; de så ingen modsætning. Ønskede borgerne fritagelse fra vaccination, stillede myndighederne en modsæt-

ning op. Det var ikke i samfundets interesse, at borgerne kunne handle frit og efter egen overbevisning. Samfundet måtte forhindre smitteoverførsel, dette hensyn vejede tungest. Det blev ikke præciseret, hvad „samfundet“ var. Måske var det en selvfølge for de involverede, måske havde begrebet forskellig betydning for forskellige debattører.

I Sverige spillede muligheden for at håndhæve loven og risikoen for at svække borgernes ansvarlighed gennem brug af tvang en større rolle i debatten end i Danmark, sandsynligvis fordi modstanden oplevedes som større, og fordi flere rigsdagsmedlemmer var imod vaccinationstvang.

Når de fleste politikere fandt tvangsbestemmelser i forbindelse med koppevaccination acceptable, hang det sandsynligvis sammen med, at de hovedsagelig skulle udøves over for børn. Det var børn, der skulle vaccineres, og kopper havde hovedsagelig været en børnesygdom. Børn blev ikke set som borgere, af hvem man kunne forvente en ansvarlig adfærd. Spørgsmålet blev da, om det var forældrene eller myndighederne, som havde ansvaret for børnene (se også kapitel 3). Flertallet i de to lande mente ikke, at ansvaret kunne overlades til forældrene. Brugen af tvang blev mindre udtalt, da smitterisikoen aftog, men det var ikke meget, politikerne var parate til at give sig. Måske blev modstanden større, fordi sygdommen blev mere sjælden.

Tvang blev ikke set som et ukompliceret styringsmiddel. Gennemgangen viser, at myndighederne vurderede, at brug af tvang forudsatte accept af dens formål hos flertallet. Hvis modstanden var for stor, ville loven ikke kunne håndhæves, og politikerne var bekymret for, at retsbevidstheden ville skades. I et demokratisk samfund skal styring opleves som berettiget for at fungere. Ikke alle borgere mente, at koppevaccinationen var det, især ikke i Sverige.

TUBERKULOSE: TVANG OG TRYGHED, OVERVÅGNING OG OPDRAGELSE

Tuberkulose var en anden sygdom med særlig lovgivning. Tuberkulose hørte især liv blandt unge voksne. I 1920'erne i Danmark var tuberkulose den vigtigste dødsårsag for personer mellem 15 og 44 år, og 59 pct. af alle tuberkulosedødsfald skete i den aldersgruppe. 17 pct. af dem, der døde af tuberkulose, var børn. Foruden at være en almindelig dødsårsag var tuberkulose således årsag til mange tidlige dødsfald. Til sammenligning kan nævnes, at 55 pct. af de, der døde af kræft, og 62 pct. af de, der døde af hjertekarsygdomme, var 65 år og ældre.⁵⁶ Også i Sverige var det mest unge voksne, der døde af sygdommen.⁵⁷ Halvdelen af alle dødsfald i aldersgruppen 15-40 år skyldtes i

1925 tuberkulose.⁵⁸ Sygdommen ramte de dårligst stillede hårdest, både fordi de på grund af overbefolkede boliger var mest udsat for smitte, og fordi en dårlig ernæringstilstand og svækket konstitution i øvrigt øgede risikoen for at blive syg og for at dø af sygdommen. Dødeligheden som følge af tuberkulose fremgår af figur 4.1.⁵⁹ Den var, som det fremgår, højere i Sverige end i Danmark. I begge lande aftog dødeligheden fra slutningen af 1800-tallet, hurtigere i Sverige end i Danmark. Danmarks tuberkulosedødelighed var en af de laveste i Europa.⁶⁰

Tuberkulose var en smitsom sygdom, som alle potentielt havde risiko for at få, men de fleste af dem, der blev smittet, blev ikke syge. Vaccinationen kom først rigtig i gang i løbet af 1940'erne.⁶¹ Den blev ikke tvungen hverken i Danmark eller Sverige. Før 1940'erne handlede diskussionen om at forebygge sygdommen ved andre midler end vaccination, dvs. om indsats over for smittebærere og om forbedringer af boliger, ernæring m.v. Der var en kontrovers i tuberkulosearbejdet mellem de, der fokuserede på smittebærerne, som de ville isolere og eller få til at ændre adfærd, og hygiejnikerne, der ville ændre på folks levemåde. Det var de første, der fik størst gennemslagskraft.⁶² Forbedringer i levemåden skete, men ikke hovedsagelig med henblik på at forhindre tuberkulosens udbredelse.

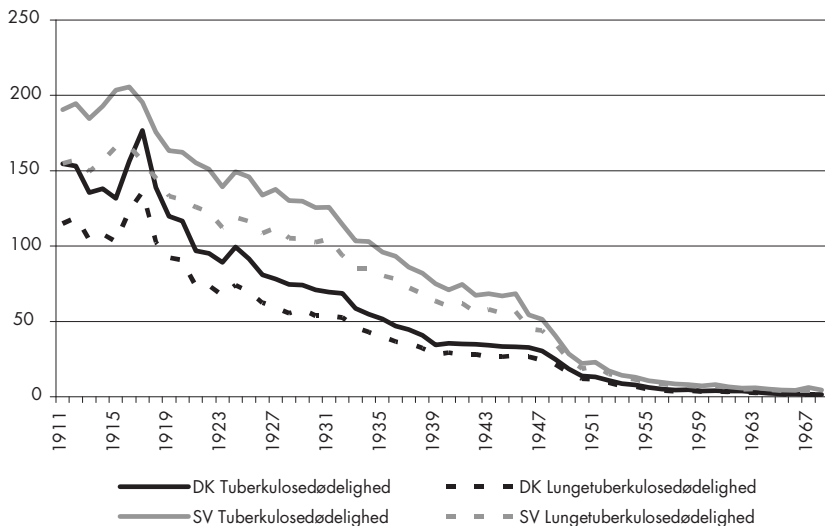
INDLÆGGELSESTVANG OG INDBERETNINGSPLIGT. DANMARK

Til forskel fra lovene om koppevaccination udstedtes lovene om forebyggelse og behandling af tuberkulose ikke samtidig i de to lande. I Danmark vedtoges den første lov om tuberkulose i 1897, da sygdommen blev skrevet ind i epidemiloven.⁶³ Allerede i 1905 kom en særlig tuberkuloselov.⁶⁴ Loven indebar, 1) at lægerne fik meldepligt, de skulle anmelde nye tuberkulosetilfælde til kredslægen, dvs. indførelse af overvågning og registrering, 2) behandlingstvang, hvis den syge risikerede at smitte andre, dvs. tvang over for uansvarlige, 3) statsstøtte til ophold på behandlingssted, dvs. omsorg, og 4) forbud mod at udøve erhverv, hvor den syge kom i kontakt med børn, hvis man havde smittefarlig tuberkulose.⁶⁵ Denne sidste bestemmelse udvidedes i 1912 til flere erhverv, hvor udøveren kom i kontakt med befolkningen.⁶⁶

Behandlingstvang gjaldt kun de, der ikke ville medvirke til at undgå at smitte andre, som boede under dårlige forhold, eller som havde en skodesløs adfærd: „Dersom den syge eller hans Omgivelser af Modvillie undlader at følge de givne Forskrifter, og det som Følge heraf viser sig umuligt at skaffe den syge en til Modarbejdelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig

FIGUR 4.1

Dødelighed i tuberkulose og lungetuberkulose i Danmark og Sverige 1911-1968. Døde per 100.000



Note: De danske tal for årene 1911-1920 dækker kun bybefolkningen.

Kilder: Danmark: *Dødsårsager i Kongeriget Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen, diverse år. Sverige: *Dödsorsaker*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, diverse år.

Pleje“.⁶⁷ Dermed var tvangen indirekte en trussel rettet mod alle syge, med henblik på at få dem til at optræde ansvarligt, eller i det mindste at adlyde. Tvangen var i Danmark forbundet med rettigheder, dvs. ret til gratis behandling (og senere støtte til forsørgelse af den syges familie) uden fattighjælps virkning,⁶⁸ hvis man ikke selv kunne betale behandlingen. Loven gav ret til pension, hvis man blev afskediget fra offentlig stilling på grund af sygdommen.⁶⁹ De tuberkulosesyge var således i visse henseender i en privilegeret situation sammenlignet med dem, der led af andre sygdomme. Der var i Danmark dem, der satte spørgsmålstegn ved det kloge i tvangsbestemmelserne. En af dem var læge Kjeld Tørning, som i 1945, dvs. ret sent, skrev, at den stemping, som tvang indebar, gjorde styringen vanskeligere, idet de syge ville forsøge at unddrage sig myndighedernes opmærksomhed og tiltag. „Skal Smittebekæmpelse i det lange Løb være effektiv, maa Samfundet holde sig gode Venner med de smittefarlige, ikke lægge sig ud med dem“.⁷⁰ Det var altså kontraproduktivt at bruge tvang. Tørning var opmærksom på det modsætningsforhold, der kunne opstå ved forebyggelse af smitsomme sygdomme: „Samfundets Interesse for de syge dikteres nemlig af to forskel-

lige og til Dels modstridende Hensyn: Hensynet til de syge og Hensynet til de raske“.⁷¹ Men mente således ikke, at tvang gavnede nogen af dem.

I rigsdagsdiskussionerne i forbindelse med 1905-loven lagdes stor vægt på samfundets interesser, både blandt socialdemokrater og borgerlige. Jacob Christensen, socialdemokrat, sagde, at: „Loven tilsigter jo, kort udtrykt, Kamp fra Samfundets Side imod Tuberkulosen af samfundsmæssige Hensyn“.⁷² K.H. Kofoed, radikal, sagde, at „værre er det selvfølgelig, at en Del af disse Foranstaltninger griber ind paa den personlige Friheds Omraade, men ogsaa dette maa man selvfølgelig finde sig i, for saa vidt som man er klar over, at disse Indgreb er nødvendige for at naa det tilsigtede Maal“.⁷³

Ved århundredets begyndelse var der således ingen tvivl om, at samfundets interesse vejede tungere end den enkelte borgers, og de valgte styringsmetoder var heller ikke til diskussion. Tvang blev dog omtalt som indgreb i den personlige frihed og måtte begrundes i forhold til de liberale idealer. Tvangsbehandlingen blev ikke diskuteret ved senere lovrevisioner,⁷⁴ hvor indberetningspligten og muligheden for tvangsbehandling blev fastholdt.⁷⁵

UNDERSØGELSESTVANG OG INDBERETNINGSPLIGT. SVERIGE

I Sverige var der mindre villighed til at bruge tvang over for tuberkulosesyge end i Danmark. Specifik lovgivning om tuberkulose blev indført senere. Tuberkulose optrådte første gang i svensk lovgivning i 1914, hvor den svenske rigsdag vedtog en lov, som pålagde læger at melde „lungesigtig person, som lever under förhållanden, som för den sjukas omgivning medföra påtaglig fara för smitta“ til hälsovårdsnämnden.⁷⁶ Loven gav mulighed for at yde behandling på det offentliges regning, uden at det blev betragtet som fattighjælp. Loven gav ikke mulighed for at tvinge nogen til behandling. Alle dødsfald som følge af tuberkulose skulle meldes, men altså ikke alle sygdomstilfælde. Endelig blev det forbudt for personer, der led af smitsom tuberkulose, at arbejde med mælk eller søge ansættelse som amme.⁷⁷ Samme år blev der bevilget statsstøtte til *dispensärer*, som var en „upplysnings- och understödsbyrå för tuberkulossjuka“,⁷⁸ hvilket svarer til de danske tuberkulosestationer. Først i 1939 blev med en ny lov⁷⁹ læger pligtige til at anmelde alle nye tilfælde af tuberkulose, svarende til de bestemmelser, man havde haft i Danmark siden 1897. Loven gav mulighed for at tvinge folk til at lade sig undersøge om nødvendigt med politiets hjælp. Tilsvarende pligt til undersøgelse fandtes ikke i Danmark. Den nye lov gav til gengæld ikke, i modsætning til den danske lov, mulighed for tvangsbehandling eller -indlæggelse.

Tuberkulose blev således ikke i Sverige behandlet som andre alvorlige smittsomme sygdomme. Erhvervsforbuddet blev ikke udvidet til andre erhverv end mælkehåndtering og børnepleje. Medicinalstyrelsens forslag om mulighed for tvangsindlæggelse af syge, hvis adfærd gjorde dem til fare for deres omgivelser, blev ikke fulgt. Styrelsen argumenterede med, at „bestämelsen, där den funnes, genom sin blotta tillvaro ofta verkade i åsyftad riktning“, ⁸⁰ dvs. at den skulle fungere som trussel, men politikerne ønskede alligevel ikke at indføre det.

Den svenske lov blev gennemført på et tidspunkt, hvor tuberkulosedødeligheden var markant aftagende (se figur 4.1). Dødeligheden var ifølge propositionen faldet fra 1,94 per 1.000 i 1911-15 til 0,86 i 1936. ⁸¹ Det bidrog antagelig til, at forslagene om tvang ikke var så omfattende i Sverige. Medicinalstyrelsen mente dog til forskel fra politikerne ikke, at man kunne være sikker på, at faldet fortsatte. Tuberkulosens forekomst varierede meget mellem landsdelene og var hyppigst forekommende i de fattige, nordlige dele af landet. ⁸² Det bidrog til, at flere afviste at indføre skærper, som gjaldt hele landet.

En væsentlig nydannelse i den svenske lov var meldepligten, som jo allerede fra 1875 gjaldt andre smittsomme sygdomme. Meldepligten fra 1914 gjaldt kun de „uansvarlige“ syge, nu skulle den gælde alle tuberkulosesyge. Der var tilsyneladende modstand blandt de svenske læger mod meldepligten. En betænkning fra 1929 foreslog derfor, at meldepligten reelt kun skulle gælde i områder med høj forekomst af sygdommen. ⁸³

Meldepligten begrundedes med, at oplysningerne kunne skabe overblik over, hvor sygdommen især forekom, og hvor særlige forebyggende initiativer derfor skulle sættes ind. Den kunne også gøre det muligt at begrænse smitten gennem rådgivning af den smittede og anden form for forebyggelse f.eks. i den smittedes hjem. Endelig kunne man hjælpe dem, som havde brug for behandling. Dvs. at argumentet var en kombination af et ønske om generel overvågning og om at få viden for at kunne gribe ind over for den enkelte smittede eller syge. De syge skulle meldes til de såkaldte *dispensärer*, som kunne opsøge den syge og tilbyde hjælp. Da det var lægen, som skulle melde den syge, er det svært at se, hvorfor et meldesystem var nødvendigt. Siden lægen kunne have tilbudt behandling og have opfordret de syge til at søge hjælp ved *dispensärerna*, også uden at anmelde dem. Enten ønskede man med en anmeldelse at lægge pres på den syge, eller også var ønsket om at overvåge sygdommens udbredelse det afgørende motiv. Den plads, overvågningen blev givet i argumentationen, kunne tyde på det sid-

ste.⁸⁴ I en betænkning fra 1929 udtalte et af komitémedlemmerne, Em. Lindhagen, sig mod meldepligt. Hans væsentligste begrundelse var, at til forskel fra andre smitsomme sygdomme, var tuberkulose en langvarig sygdom, og at man derfor alligevel ikke kunne bruge meldepligten til indgreb over for den syge, f.eks. ved isolering eller forbud mod erhvervsarbejde. En anden begrundelse var, at den var unødvendig, da tuberkulosedødeligheden faldt hurtigere i Sverige end i Danmark og Norge, som begge havde meldepligt.⁸⁵

Meldepligten ville, ifølge flere, indebære en stemping af de syge. Det medicinske fakultet i Uppsala skrev i sit høringssvar, at meldepligten kunne „alstra en skräckstämning för sjukdomen i fråga, som rent av kan avhålla mången sjuk från att i tid söka läkare. ... anmälningsförfarandet spelar en alldeles särskild roll, då detta på ett i viss mån officiellt sätt stämplar vederbörande ej endast som en sjuk utan som en direkt samhällsfarlig individ“. Fejldiagnoser kunne have alvorlige følger for den undersøgte, og det kunne være svært at blive befriet fra mistanken om at være smittet. „Anmälan kommer att orsaka honom praktiska svårigheter och psykiskt lidande, vilka båda olägenheter kanske i stor utsträckning kunnat undgå, om fallet fått utredas under mindre uppseendeväckande former“.⁸⁶ Alene det at blive registreret som syg blev således af fakultetet opfattet som så stigmatiserende, at det kunne få folk til at afstå fra at lade sig undersøge. Meldepligten var derfor uhenigtsmæssig som styringsmiddel, da indgrebet kunne svække ansvarligheden. Flertallet i rigsdagen mente dog, at meldepligten og muligheden for overvågning var et nyttigt middel, og den blev fastholdt i den endelige lov. Meldepligten gav viden, som staten havde brug for, for at kunne sørge for undersøtterne.

Der kan være i hvert fald to grunde til den større bekymring om følgerne for de udpegede syge i Sverige. Det er muligt, at den svenske befolkning var mere ubarmhertig over for de smittede, og det er også muligt, at de svenske politikere var mere hensynsfulde over for de syge, eller begge dele.

To tvangsforanstaltninger blev debatteret i den svenske rigsdag; den ene var muligheden for tvangsbehandling som diskuteredes, selv om den ikke var del af forslaget. Den anden var, at mistænkt syge kunne tvinges til at lade sig undersøge, om nødvendigt ved hjælp af politiet.⁸⁷ Den sidste først. Undersøgelsestvang var, ifølge den socialdemokratiske minister Gustav Möller, ment som en trussel. „Det säger sig själv att det bara är fråga om ett hot“,⁸⁸ som kunne få almindelige, lovlydige borgere til at handle, som myndighederne ønskede det, af egen fri vilje. Den ville kun blive brugt over for

„de allra enfaldigaste, de som inte ett dugg begripa, vilka faror de utsätta sin egen familj och andra för ... nästan den rena imbecilliteten eller den absoluta ansvarslösheten“.⁸⁹ Tvangsanvändelsen var med andre ord møntet på de uansvarlige og uvidende, man forventede ikke, at kapable borgere ville modsætte sig at blive undersøgt, over for øvrige borgere var selv truslen nok.

Et argument mod tvangsundersøgelse var, at den ikke var meningsfuld, når man ikke kunne sikre, at de syge blev behandlet, eller at de i øvrigt kunne bruge deres viden om sygdommen til noget. „(Det fanns) tusentals personer runt om i landet som har sökt läkare, men som inte har möjlighet att leva som läkaren föreskrivit“.⁹⁰ Som alternativ foreslog man almindelige hygiejniske forholdsregler „om vi en tid får fortsätta på den väg statsrådet anvisat för bostadsförbättringar och social omvårdnad, skola vi kunna skapa fram förutsättningar för att läkarnas föreskrifter kunna följas“. Tvang blev derudover set som uhensigtsmæssig på grund af dens øvrige virkninger; det kan „göra skada med polis i den sjukas hus, i det att man sätter en stämpel på den sjuke“. Tuberkulose var tydeligvis omgivet af megen angst, hvilket også fremgår af *riksdags*diskussionen. Stigmatiseringen, den skam der var knyttet til sygdommen, gjorde tvangsundersøgelser både urimelige og uhensigtsmæssige ifølge modstanderne.

Der var selvfølgelig også fortalere for tvangsundersøgelser i Sverige, ellers var loven jo ikke blevet vedtaget. De fleste høringsinstanser og politikere gik ind for en strammere lovgivning af hensyn til samfundet. I *riksdagen* sagde herr Pettersson: „Frågan är emellertid, om samhället skall stå fullständigt maktlös gentemot de oförnuftiga. Det är väl ändå på det sättet, att samhället måste skydda sig mot spridandet av den fruktansvärda folksjukdom, som tuberkulosen är, på så sätt, att därest det icke går med lämpor, skall samhället kunna tvinga vederbörande att låta läkarundersöka sig“.⁹¹ Det var dem, som i politikernes øjne var uansvarlige, dem som udsatte andre for smitte, der gjorde brug af tvang nødvendig, de ansvarlige skulle styres gennem overtalelse (lämpor). Et mindretal ved det medicinske fakultet i Uppsala skrev: „Att med ändamålsenliga åtgärder – och dit hör utan tvivel anmälningsplikten – söka bekämpa en sådan sjukdom på ett mera effektivt sätt än hittills skett, det är verklig humanitet“.⁹² Her rejstes spørgsmålet om, hvem der skulle tages hensyn til, hvem der havde krav på omsorg og medmenneskelighed, de syge eller de raske. Det kunne være lige så inhumant mod de raske at undlade tvang over for de syge, som det modsatte.

Den anden tvangsforanstaltning, der blev diskuteret, var muligheden for at tvinge syge til at lade sig behandle. Det blev ikke foreslået af den svenske

regering, og selv om det i *riksdagen* blev efterlyst af flere talere, blev det ikke indføjet i loven. Ministeren udtalte: „Emellertid bör man vid övervägandet av skärpta lagbestämmelser på detta område hålla klart för sig, att vårt land ingalunda befinner sig i en nödsituation, vilket berättigar till långt gående tvångsåtgärder mot den ganska betydande del av vår befolkning, som de tuberkulossjuka, trots alla framsteg, ännu fortfarande utgöra“.⁹³ Udviklingen i tuberkulosesygeligheden gik den rigtige vej, og desuden var der simpelt-hen for mange, der kunne blive omfattet af tvangen.

Andre smitsomme sygdomme gav den svenske som den danske lov mulighed for tvangsbehandling af. Tuberkulose var en undtagelse. Jenny Björkman finder i sin undersøgelse af tvangsbehandling i Sverige 1850-1970, at der ikke skete de store ændringer i begrundelserne for at bruge tvang. Både hensynet til andre borgere og hensynet til den syge har hele tiden spillet en rolle.⁹⁴ Argumenterne var stort set de samme, uanset om det handlede om smitsomt syge, alkoholikere eller sindssyge. De ansvarlige, de, der kunne styre sig selv, fik en anden behandling end de uansvarlige. At tuberkulose syge ofte hørte til i kategorien ansvarlige, er en af de forklaringer, Jenny Björkman har på, at tuberkulose syge, til forskel fra andre smitsomt syge, ikke skulle tvangsbehandles. Det er ikke en begrundelse, jeg har fundet i det materiale, som jeg har studeret, men er ikke en urimelig fortolkning. En anden og nok vigtigere grund var, at sygdommen varede så længe. Synspunktet fremførtes af statsråden Gustav Möller: „En sådan tvångsåtgärd skulle emellertid säkerligen oftast innebära ett betydligare ingrepp i den personliga friheten och livsföringen då frågan vore om en tuberkulossjuk än vid andra fall av smittsam sjukdom“.⁹⁵ For ham var det heller ikke berettiget med indgreb over for de, der udgjorde en fare for deres omgivelser. Hensynet til den syge vejede tungest.

På et enkelt område fandtes der i Sverige allerede før 1939-loven mulighed for anvendelse af tvang i forbindelse med at forhindre smittespredning af tuberkulose, nemlig når det gjaldt børnene. Børn kunne tvangsfjernes i henhold til *barnavårdslagen*, hvis de blev udsat for smitte i hjemmet.⁹⁶ I propositionen om dispensärerna fra 1937 blev arbejdet med børnene særlig fremhævet: „Detta arbete består i placering av friska, smitthotade barn, helst omedelbart efter födelsen i smittfria hem, i överflyttande av barn till barnhem, i anordning av sommarkolonier m.m“.⁹⁷ Muligheden for tvangsanvendelse blev der ikke sat spørgsmålstegn ved. Hensynet til børnene spillede en større rolle i den svenske debat end i den danske, og fjernelse af børn fra smitteramte hjem blev tilsyneladende ikke set som et indgreb i den person-

lige frihed, kun som en beskyttelse af de svage. For Danmarks vedkommende har jeg kun fundet et tilbud om frivillig anbringelse af smittetruede børn uden for hjemmet fra 1888, men ikke noget om brug af tvang.

Det var imidlertid ikke kun hensynet til, hvad der var hensigtsmæssigt eller acceptabelt i forhold til den personlige frihed, der afholdt svenske politikere fra at indføre tvangsbehandling. Også ussel mammon talte med. Ministeren sagde i rigsdagen, at der ikke var sanatoriepladser nok i de mest tuberkuloseramte områder af landet, derfor kunne myndighederne ikke håndhæve en tvangsbestemmelse. Det var også et økonomisk problem. Ifølge ministeren måtte det offentlige yde økonomisk erstatning til de, der blev tvangsindlagt og deres familier.⁹⁸ Økonomiske grunde gjorde også, at de svenske politikere ikke ville være lige så restriktive med hensyn til de tuberkulosesyges mulighed for at arbejde som i Danmark. Erhvervsforbud måtte ifølge propositionen indebære økonomisk kompensation, fordi forbuddet var i „det allmännas intresse“ eller „i folkhälsans intresse“.⁹⁹

Den svenske tuberkuloselovgivning var alt i alt mere liberal end den danske i to henseender: mindre tvang og mindre støtte eller omsorg. Vurderet ud fra lovgivningen var styringsambitionerne mindre på dette område i Sverige end i Danmark, undtagen når det gjaldt børnene.

OPLYSNING OG OPDRAGELSE

Forebyggelse af smitsomme sygdomme skete også ved andre midler end overvågning og tvang. Sundhedsmyndigheder og private organisationer, som ofte samarbejdede med myndighederne, søgte at forlade sig på eller styrke folks ansvarlighed for at mindske især udbredelsen af tuberkulose. Smitte kunne forhindres i at blive spredt ved, at den del af befolkningen, der især havde sygdommen inde på livet, ændrede adfærd. Forsøget på at få folk til at handle anderledes indebar dels direkte personlig rådgivning af de smittede og personer i deres omgivelser, dels oplysning rettet mod hele befolkningen. Det sidste blev der fra forskellig side rejst kritik imod. Kritikerne mente, at man ved oplysning øgede befolkningens skræk for sygdommen og gjorde livet endnu vanskeligere for de syge. „Genom att bidraga till att uppamma en understundom oresonlig *smittoskräck* visade sig upplysningsverksamheten utgöra ett tveeggat svärd“.¹⁰⁰

Det meste tuberkulosearbejde, ikke mindst oplysningsbestræbelserne, blev i begge lande hovedsagelig igangsat af private organisationer, men det offentlige kom hurtigt ind med en omfattende aktivitet. Nationalforenin-

ger mod tuberkulose blev dannet i 1901 i Danmark og 1904 i Sverige. Foreningernes målsætninger var ikke helt ens. I Danmark prioriteredes det at forhindre smittespredning især ved hjælp af oplysning, isolation og behandling.¹⁰¹ Bygning af sanatorier var den ene af *Nationalforeningen mod tuberkuloses* hovedopgaver, den anden var generel oplysning om sygdommen. Den høje prioritering af sanatorierne adskilte, ifølge flere af de involverede læger, Danmark fra andre lande.¹⁰² Antallet af sanatoriepladser tyder dog ikke umiddelbart på, at den danske forenings politik havde stor effekt; det var lavere end i Sverige. En grund til det høje antal pladser i Sverige var sandsynligvis, at antallet af syge var større.¹⁰³ I 1940 var der i Danmark 3.172 senge på tuberkuloseanstalter, 1,2 per 1.000 indbyggere.¹⁰⁴ I Sverige var der i 1938 i alt 10.200 senge på tuberkuloseanstalterne¹⁰⁵ eller 1,6 per 1.000 indbyggere, det vil sige 30 pct. flere end i Danmark set i relation til indbyggertallet. Dødeligheden i tuberkulose per 1.000 indbyggere var i 1938 dobbelt så høj i Sverige som i Danmark (se figur 4.1). Der var derfor ikke problemer med at få sanatorierne fyldt op i Sverige selv uden indlæggelsestvang.

Diagnosestationer var en anden type institutioner, som blev oprettet med henblik på at hjælpe de syge og forhindre smittespredning af tuberkulose. Her skulle personer undersøges, som mistænkte for at være syge, eller som selv henvendte sig. I Danmark havde man både tuberkulosestationer og tuberkulosediagnosticsstationer; de sidstnævnte havde mere diagnostisk udstyr. I 1939 var der 21 af den første type og 16 af den anden.¹⁰⁶ I Sverige var der i 1940 432 statsstøttede stationer eller *dispensärer*.¹⁰⁷ Der var 42 *centraldispensärer*, med røntgenudstyr, hvis hovedopgave var diagnostik, og 390 *distriktsdispensärer*, som især havde til opgave at arbejde i de syges hjem.¹⁰⁸ Der var således langt flere diagnosestationer i Sverige, og deres opgaver var mere omfattende.

Hovedformålet med *dispensär*arbejdet var at forebygge smittespredning, det var dermed de raske, som havde højest prioritet.¹⁰⁹ De ansatte på *dispensärerna* skulle hjælpe de syge og deres familie med organisering af plejen, med hjælp til at søge økonomisk støtte¹¹⁰ og med at forhindre smittespredning ved at sørge for, at de syges hjem blev indrettet på en sådan måde, at smitterisikoen blev mindst mulig.¹¹¹ Endelig skulle de spore smitekilder. „Dispensären kan med sina organ nå in i de sjukas hem på ett diskret sätt, med råd och dåd bistå de sjuka och därigenom uppnå en effektiv kontroll över att givna föreskrifter om isolering och sanering följas i avsedd utsträckning“.¹¹² Sygeplejerskerne skulle vinde befolkningens interesse og

tillid.¹¹³ Der var med andre ord tale om styring gennem en kombination af overtalelse, opdragelse og overvågning. Arbejdet forudsatte, at den syge og dennes pårørende havde både vilje til sundhed og evne til at styre sig selv, eftersom „dispensärbetet i huvudsak förutsätter frivillig medverkan“.¹¹⁴ *Dispensärerna* udgav instruktioner for de syges levemåde både med hensyn til, hvordan de kunne undgå at smitte andre, og hvordan de kunne opnå et bedre helbred.¹¹⁵ At dømme efter antallet af *dispensärer* spillede denne form for smitteforebyggelse, hvor opdragelsen og vejledningen var de centrale midler, en større rolle i Sverige end i Danmark.

Den personlige opdragelse i det danske tuberkulosearbejde foregik bl.a. på sanatorierne og andre behandlingsinstitutioner. På tuberkuloseinstitutionerne var målet både at helbrede de syge og at lære dem at undgå at smitte andre, det vil sige behandling og opdragelse.¹¹⁶ „Hvorvidt et godt Resultat af en afsluttet Behandling vil vise sig holdbart, afhænger af Patientens Evne til at afpasse sin Levevis efter de Krav, han er bleven belært om er uafviselige, og af hans Viljestyrke til at gennemføre dette Levesæt“.¹¹⁷ Det handlede således både om at styrke evnen og viljen til at følge belæringen. Opdragelse til ansvarlighed var et virksomt middel, fordi: „den forsigtige og omhyggelige Tuberkulosepatient smitter ikke“.

Nødvendigheden af at få befolkningen draget ind i forebyggelsesarbejdet, er fremhævet både i det danske og det svenske kildemateriale. To repræsentanter for den danske nationalforening skrev: „Det gjaldt jo en Opdragelse af Folket, og det var derfor nødvendigt at Folket selv bragtes til at deltage aktivt i Kampen“.¹¹⁸ Målet var at få folk til at styre sig selv. Den danske lægeforening havde ved århundredeskiftet benyttet både plakater og pjecer i forsøget på at oplyse befolkningen.¹¹⁹ *Nationalforeningen mod Tuberkuloses* agitation havde ifølge Knud Faber, som var viceformand i foreningen, „da ogsaa en mægtig Indflydelse paa Befolkningen og Sætningerne: Tuberkulosen kan forhindres og Tuberkulosen kan helbredes, bankedes ind i alle Hjørner. Navnlig Forstaaelsen af Smittefarens bredte sig overalt“.¹²⁰ Faber berørte ikke faren for at skabe unødigt angst og stigmatisering af de syge. Sekretæren i den svenske nationalforening, lægen Gustaf Neander, ønskede også at nå hele befolkningen. Han skrev, at „det kræves uppfostran, man vore frestad att säga *tvångsuppfostran*, till ett levnadssätt i överensstämmelse med hygienens och naturens bud“.¹²¹ Repræsentanterne for nationalforeningerne talte dermed for ret kraftige påvirkningsmidler. Ellers var holdningen i begge lande, at det handlede om at vinde befolkningen for sagen, snarere end at bruge trusler.

Som i så mange andre sammenhænge blev skolen set som et vigtigt redskab i opdragelsen ikke kun af børnene, men af hele befolkningen. Skolens opdragende rolle blev fremhævet i Danmark både i 1917 og i 1941. I 1917 sagde K.H. Kofoed, radikal, i Folketinget, at for at begrænse de syges smittefare er det, der har „størst Betydning her, ... en effektiv hygiejnisk Levevis for vedkommende og i det hele taget, at Kendskabet til hygiejniske Regler kommer ud i Befolkningen og kommer til at præge Livet baade i Hjemmene og i Skolerne, og hvor Folk i øvrigt færdes“.¹²² Den adfærd, som kunne forhindre smittespredningen, skulle gøres selvfølgelig, blive en vane. Hvis borgerne har fået den rette opdragelse, de rigtige vaner, kunne de i højere grad overlades til at styre sig selv.

Mænd og kvinder skulle opdrages på forskellige områder: „Medens Spyttegriseriet er en sundhedsfarlig Uvane, der hovedsageligt træffes blandt Mænd, har den daarlige Husmoder en ofte lige saa sundhedsfarlig Skødesynd i Jaskeriet med Udførelsen af den hende paahvilende Pligt: Hjemmets Renholdelse“.¹²³

I Sverige var det kun den, der mistænktes for at være syg, som kunne tvinges til at lade sig undersøge. Masseundersøgelserne var frivillige. Da det i 1946 blev besluttet at tilbyde alle over ti år „skärbildsundersökning“, blev det fremhævet, at den skulle finde sted „på frivillighetens grund“.¹²⁴ I Danmark måtte myndighederne helt forlade sig på folks ansvarlighed, når det drejede sig om undersøgelse. I en husstandsomdelt pjeces fra 1946, hed det, at undersøgelse var „en frivillig Sag i et frit Land. I Danmark er vi ikke Tilhængere af Tvang – tværtimod har det altid været Skik her i Landet, at enhver handler under personligt Ansvar. Men vi er nødt til at gøre Dem klart, at De paatager Dem et personligt Ansvar ved ikke at lade Dem undersøge – at Ansvar ikke alene over for Dem selv, Deres Familie og Omgangskreds, men ogsaa over for Deres By og Deres Land“.¹²⁵ Frihed forudsatte ansvarlighed, at borgerne gjorde det, de styrende ønskede. Som i andre sammenhænge (se kapitel 3) spillede forestillingen om det særligt danske en rolle i argumentationen, og med til selvbilledet hørte, at tvangsansvendelse ikke var noget, der forekom i Danmark, uagtet, at der netop i forhold til smitsomme sygdomme forekom en del tvangsbestemmelser. Til gengæld forventedes det, at følelsen for nationen kunne få folk til at handle ansvarligt, til at leve op til deres pligt. Som det stod i en anden pjeces fra Københavns Kommune, at undersøgelse „er Deres simple Pligt over for Dem selv, Deres Familie ... og Deres By“.¹²⁶ Det spillede sikkert en rolle, at pjecerne blev lavet lige efter den tyske besættelses ophør, „og Danmark frit“.

SAMMENFATNING OM TUBERKULOSE

I begge lande søgte myndighederne med forskellige midler at styre befolkningens adfærd for at forhindre smittespredning. Appel til lydighed og til angst for sanktioner, appel til pligtfølelse og ansvarlighed og endelig økonomiske incitament er blev taget i brug. I dette kapitel har tvang som styringsmiddel i forebyggelsen af tuberkulose fyldt mest. Det kan give et noget skævt billede, da en meget stor del af arbejdet i begge lande handlede om overvågning, opdragelse og oplysning, måske mest i Sverige, hvis man skal dømme efter *dispensärernas* antal. Når det drejer sig om tvangsreglerne fremgår det, at også på tuberkuloseområdet var den lovgivningsmæssige mulighed for brug af tvang større i Danmark end i Sverige. Samtidig tog myndighederne i Danmark større ansvar for borgerne ved at give mere økonomisk støtte til behandlingen af tuberkulose end til andre syge, bidrag til familiens forsørgelse og pensioner til dem, der ikke måtte arbejde, hvis de var offentligt ansatte. Bestemmelser om meldepligt og erhvervsforbud, som uden større modstand var blevet besluttet i Danmark i 1905 og siden gentaget ved flere revisioner, blev genstand for omfattende diskussioner i Sverige. Det vil sige mere tryk og tvang i Danmark og mere frihed og mindre omsorg i form af økonomisk støtte i Sverige.

TVANG I FOREBYGGELSEN

I forhold til smitsomme sygdomme, som i dette kapitel er eksemplificeret ved kopper og tuberkulose, blev der benyttet flere styreform for at undgå smittespredning. Tvang og påbud, hvortil der var knyttet lovfæstede sanktioner, var en af dem. Hverken i Danmark eller Sverige blev der fremført mange begrundelser for, at myndighederne skulle forhindre smittespredning, herom var enigheden åbenbart så stor, at argumenter var overflødige.¹²⁷

Modstanden mod myndighedernes brug af tvang gjaldt dens berettigelse, men især dens hensigtsmæssighed. Med hensyn til det første var det spørgsmålet om, hvor langt den enkeltes frihed skulle beskyttes, og hvornår fællesskabets, samfundets eller de øvrige borgers interesser skulle veje tungest. I diskussionen om tuberkulose spillede hensynet til den enkeltes frihed og velfærd, i det mindste i Sverige, en større rolle end i diskussionen om koppevaccinationen. Der var også tale om betydeligt større indgreb i den enkeltes liv ved tuberkulose. Samfundshensyn vægtedes dog i begge lande mest.

Hvad angår hensigtsmæssigheden af tvang som styringsmiddel, var en indvending, at den kunne skabe større modstand mod myndighedernes styring,

end hvis man brugte andre midler. En anden, at man underminerede den almindelige retsbevidsthed, fordi så mange misbilligede styreformen. Det gjaldt især med hensyn til koppevaccination. Flere politikere mente, at man burde og kunne forlade sig på borgernes ansvarlighed, dvs. at de ville styre sig selv i ønsket retning. Modstand mod tvang begrundedes oftere med tvangens uhensigtsmæssighed som styringsmiddel end dens uforenelighed med frihedsidealene.

Når det drejede sig om kopper og især tuberkulose, var der i 1930'erne lovgivningsmæssigt mindre mulighed for tvangsanvendelse i Sverige.

NOTER

- 1 Mill, 1998, s. 14-15.
- 2 En væsentlig undtagelse er tvangssterilisationerne, som havde til formål bl.a. at forbedre befolkningens arvemasse ved at forhindre åndssvage i at få børn og føre deres arveanlæg videre. De havde i øvrigt ofte en socialpræventiv begrundelse, da de åndssvage ikke ansås for egnede til at opdrage deres børn og bl.a. derfor ville belaste socialvæsenet. Se Koch, 1996 og 2000; Broberg & Tydén, 1991; Runcis, 1998. En anden væsentlig undtagelse er tvangsbehandlingen af sindssyge, som havde en lang tradition i begge lande. Björkman, 2001; Møllerhøj, igangværende ph.d.-projekt om dansk psykiatri.
- 3 Det er ikke kun i forbindelse med smitsomme sygdomme, at myndighederne benytter tvang mod voksne mennesker i liberale samfund som de vesteuropæiske demokratier. Det sker også for at få folk til at udføre ting, som anses for at være nødvendige for samfundets funktion, f.eks. militærtjeneste.
- 4 Coker, 2000, s. 17-18.
- 5 Ordet karantæne kommer af *quarante*, det franske ord for 40. De personer, myndighederne mistænkte for at være syge, blev holdt isoleret i 40 dage, for at sygdommen kunne nå at bryde ud, hvis de internerede var smittede.
- 6 Ved en forordning fra 1782 blev det bestemt, at staten skulle betale for behandling af smitsomt syge „til saavel at befordre Land-Almuens Helbredelse naar den af slige Sygdomme angribes, som og at forekomme saadan Smittes videre Udbredelse“. I 1790 kom en tilsvarende bestemmelse for de, der led af veneriske sygdomme. Munk, 1804.
- 7 Forordning angaaende de fornødne Hjælpemidler til de blandt Almuen opkom-

- mende smitsomme Sygdommes Helbredelse og til at forekomme deres videre Udbredelse. Uldall, 1863.
- 8 Vallgård, 2000.
 - 9 *Instruction for Stifts- og Land Physici*, 1818, Paragraf 24.
 - 10 Forslag til Lov om Foranstaltningen imod Udbredelse af smitsomme Sygdomme, 31. Marts 1888 paragraf 13. *Rigsdagstidende*.
 - 11 Forslag til Lov om Foranstaltningen imod Udbredelse af smitsomme Sygdomme, 31. Marts 1888 Paragraf 7. *Rigsdagstidende*.
 - 12 Asiatisk kolera, gul feber, dysenteri, exanthemisk tyfus, børnekopper og pest var omfattet af loven. Paragraf 2.
 - 13 Cirkulære fra 1812 regulerede behandlingen af venerisk syge. Cirkulære fra 1813 om „rikets allmänna smittskydd“.
 - 14 *Underrättelse om Hwad iakttagas bör till förekommande af smittosamma Sjukdomars och Farsoters utbredande*, 1813.
 - 15 *Kongl. Maj:ts nådiga Förordning angående hwad till förekommande och hämmande af farsoter och smittosamma sjukdomar bland Rikets invånare iakttagas bör*, 1857.
 - 16 *Kongl. Maj:ts nådiga Förordning angående åtgärder mot införande och utbredning af smittosamma sjukdomar bland rikets invånare*, 1875. Paragraf 20 og 21. De smitsomme sygdomme, det handlede om, var kolera, kopper, tyfus, tyfoid feber, skarlagensfeber, difteri, dysenteri. I 1919 kom en ny lov: *Epidemilag*, 1919, 443.
 - 17 *Kongl. Maj:ts Nådiga Förordning Om Hwad, i händelse af yppad Koppsmitta iakttagas bör*, 1816.
 - 18 Råd och anvisningar i anslutning till epidemistadgan 1874 citeret efter Björkman, 2001, s. 107.
 - 19 *Dödsårsagerne i Kongeriget Danmark*, 1960, s. 146.
 - 20 Sköld, 1996, s. 27.
 - 21 Sköld, 1996, s. 73 ff.
 - 22 Sköld, 1996.
 - 23 Till Dalarnas Riksdagsmän (1930). Skrivelse fra embedsmænd i Leksand, Dalarna, til Riksdagens medlemmer. *Riksdagens protokoll*.
 - 24 Till Dalarnas Riksdagsmän (1930). Skrivelse fra embedsmænd i Leksand, Dalarna, til Riksdagens medlemmer. *Riksdagens protokoll*.
 - 25 I Danmark og Sverige havde sundhedsmyndighederne indhentet oplysninger fra landets læger om forekomst af komplikationer efter vaccination. Tre var døde af postvaccinal encefalit i Danmark, mens tallet fra Sverige var fire til fem. Kungl. Maj:ts proposition nr. 213. 1930. *Riksdagens protokoll*.
 - 26 *Rigsdagstidende*, 1930. Forslag til Lov om Vaccination mod Kopper. 17/1 Landstinget.
 - 27 *Forordning for Danmark og Norge, angaaende Vaccinationen*. 1810. Se også Bonderup, 2001, s. 95-7.
 - 28 Bonderup, 2001, s. 134.
 - 29 *Lov om Indpodning af Kokopper*. 1871, s. 54- 57.
 - 30 Indenrigsminister Dahlgaards forelæggelse af lovforslaget om vaccination mod kopper i Landstinget. *Rigsdagstidende*, 1930 17/10, sp. 52.
 - 31 Indenrigsminister Dahlgaards forelæggelse af lovforslaget om vaccination mod kopper i Folketinget. *Rigsdagstidende* 1930, sp. 2627-8.

- 32 *Rigsdagstidende*, 1930 17/10. Bemærkninger til Lovforslaget. s. 4-5. Landstinget.
- 33 *Rigsdagstidende*, 1930 17/10. Bemærkninger til Lovforslaget. s. 5. Landstinget.
- 34 Bemærkningerne til Lovforslaget. s. 4.
- 35 Sp. 613. *Rigsdagstidende*, 1930.
- 36 Fritze Teisen 1. behandling i Landstinget. *Rigsdagstidende* 23/10 1930 sp. 185.
- 37 Henriette Crone 1. behandling i Landstinget. *Rigsdagstidende* 23/10 1930 sp. 185.
„En ikke helt ubetydelig Bevægelse mod Tvangsvaccination, at denne Bevægelse maaske har Betingelser for at vokse sig stærk, hvis man ikke lukker Døren paa Klem“.
- 38 Pürschel, Victor. *Rigsdagstidende* 1930/31 Første Behandling i Folketinget af Forslag til Lov om Vaccination mod Kopper. 20/2 1931, sp. 4916.
- 39 Rose, 1999, s. 69. Min oversættelse.
- 40 Lov om Vaccination mod Kopper, 1930 Paragraf 1.
- 41 *Kongl. Maj:ts Nådiga Reglemente för Vaccinationen i Riket*, 1816.
- 42 *Kongl. Maj:ts Nådiga Kungörelse om ändringar och tillägg uti en del Medicinalförfattningar, till beredande af en förbättrad hälsovård i Landsorterne*, 1828.
- 43 *Kongl. Maj:ts förnyade nådig Reglemente för Skyddskoppvymningen i Riket*; 1853. Paragraf 1.
- 44 *Kongl. Maj:ts förnyade nådig Reglemente för Skyddskoppvymningen i Riket*, 1853: 67. Paragraf 9.
- 45 Nelson & Rogers, 1992 s. 372-3. Der var i slutningen af 1800-tallet (1873) en modstand mod vaccinationen især i Stockholm. s. 382. Modstanden forekom med forskellige begrundelser: at man ikke troede, at vaccinationen var effektiv, eller fordi man mente, at det var et indgreb i Guds *angelägenheter*, sygdommen var en syndestraf. Endelig blev vaccinationen af nogle set som et indgreb i det enkelte individs selvbestemmelsesret. „Legislation which forced certain conduct upon the country's citizens“. Om noget tilsvarende fandt sted i Danmark, har jeg ikke kunnet finde belæg for.
- 46 *Lag om skyddskoppvymning*, 1916.
- 47 *Lag om skyddskoppvymning*, 1916, Paragraf 5 moment 3.
- 48 Kungl Maj:ts proposition nr. 213 år 1930. *Riksdagens protokoll*.
- 49 Kungl Maj:ts proposition nr. 213 år 1930. *Riksdagens protokoll*, s. 9.
- 50 *Riksdagens protokoll* 1930, s. 32.
- 51 Motion i Första kammaren nr. 318, underskrevet af 24 medlemmer enslydende til Andra kammaren nr 514 underskrevet af 71 medlemmer. *Riksdagens protokoll*.
- 52 Hälsovårdsnämnden i Bjursås Bilaga 1 till motion nr. 318 Första kammaren 1930. *Riksdagens protokoll*.
- 53 Wilhelm Björck. Diskussion i Första kammaren 27/5 1930. *Riksdagens protokoll*.
- 54 Kungl Maj:ts proposition nr. 169, 1934. *Riksdagens protokoll*.
- 55 *Rigsdagstidende* 1930-31. Bilag 3 til Forslag til Lov om Vaccination mod Kopper. Landstinget.
- 56 *Dödsårsagerne i Kongeriget Danmark*. Diverse år.
- 57 Kock, 1963, s. 401.
- 58 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*. 1929, s. 164.

- 59 Oprettelse af tuberkulosestationer omkring 1940 medførte en stigning i den registrerede tuberkulosedødelighed. *Prioriteringsudvalget*, 1977, s. 253.
- 60 Johansen, 1999.
- 61 Puranen, 1984, s. 514. Betænkning med forslag 1949 fra Sundhedsstyrelsen, nationalforeningen og tuberkuloselægerne om systematiske, landsomfattende tuberkuloseundersøgelser og calmettevaccination af 0-7 årige og 15-35 årige. Folke-calmettevaccination. Leder, 1949.
- 62 Tørning, 1945, s.91; Faber, Knud (viceformand i Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse) & Ostenfeldt, J. (Lægekyndig Direktør i Nationalforeningen) 1926, s.44.
- 63 Blom, 1999, s. 212.
- 64 Forslag til Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse, 1904. Landstingets vedtagne lov 28/3 1905. Vedtoges af Folketinget i Landstingets form 31/3 1905. *Landstingstidende*. Da den danske lov var gældende i den periode, jeg behandler, vil jeg for sammenlignelighedens skyld medtage den, selv om dens tilblivelse ligger før den periode, jeg i øvrigt behandler. I Norge blev der lovgivet endnu tidligere end i Danmark. Der blev en lov vedtaget 8. maj 1900. Ifølge den blev læger pålagt at melde alle personer med tuberkulose, som de kom i kontakt med, til *Sunnhetskommisjonen*. Denne kunne ifølge paragraf 6 bestemme, at en person skulle indlægges på sygehus, så at smittefaren kunne reduceres. Staten og kommunen skulle ifølge paragraf 13 bekoste sygehusopholdet. Indgrebet i den personlige frihed blev forsvaret med, at det var nødvendigt for at begrænse smitten, og med at lignende bestemmelser allerede fandtes for at begrænse smitten, og med at lignende bestemmelser allerede fandtes for at begrænse smitten, og med at lignende bestemmelser allerede fandtes for at begrænse smitten, og med at lignende bestemmelser allerede fandtes for at begrænse smitten. Loven var ifølge Ida Blom et indgreb i den personlige frihed, og den signalerede, at sygdom ikke var en privatsag, men angik hele samfundet. Blom, 1998.
- 65 Forslag til Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse. Fremsat i Folketinget de 11. Oktober 1904. *Rigsdagstidende* 1904-05. Blad nr. 10. Landstingets vedtagne lov 28/3 1905. Vedtoges af Folketinget i Landstingets form 31/3 1905. *Rigsdagstidende*. Se også Blom, 1999, s. 223.
- 66 Forslag til Lov om Tuberkulosens Bekæmpelse. Vedtaget i Folketinget 30. Marts 1912. *Rigsdagstidende*.
- 67 *Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse*, 1905. Paragraf 6.
- 68 Med socialreformen 1933 blev det fastslået, at fattighjælp ikke mere, som det fra 1849 havde været gældende, skulle være forbundet med tab af borgerlige rettigheder som stemmeret og ret til at gifte sig. Formelt blev reglen dog først afskaffet i 1961.
- 69 *Forslag til Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse*. Fremsat i Folketinget den 13. December 1917. Bemærkninger til Lovforslaget. *Rigsdagstidende*.
- 70 Tørning, 1945, s. 99.
- 71 Tørning, 1945, s.87.
- 72 15/12 1917 Første behandling i Folketinget s. 2023. *Rigsdagstidende*.
- 73 15/12 1917 Første behandling i Folketinget. sp. 2029. *Rigsdagstidende*.
- 74 1912, 1917 og 1953-54.
- 75 Tvangen blev dog sjældent iværksat i Danmark. Ifølge den svenske *proposition* fra 1939 skete det 5-6 gange årligt. Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939, Forslag til tuberkuloseforordning. *Riksdagens protokoll* s. 31.

- 76 Denne meldepligt havde ifølge en betænkning fra 1929 ikke ført til nogen anmeldelser. *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929, s. 18. Paragraf 2 i Lagen den 4 september 1914 (nr 200) angående vissa åtgärder mot utbredning av lungshot.
- 77 *Lag angående vissa åtgärder mot utbredning av lungshot*, 1914:200
- 78 *Kungl Maj:ts nådiga kungörelse angående statsbidrag til understödjande av dispensärverksamhet*, 1914:400.
- 79 *Tuberkulosförordning*, 1939, s.113.
- 80 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll*, s. 31, 32.
- 81 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll*, s. 21.
- 82 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929, s. 148.
- 83 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929.
- 84 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929.
- 85 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929, s. 174-92.
- 86 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll*, s. 25.
- 87 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll*, s. 3.
- 88 Kungl Maj:ts proposition nr. 20 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll*, s. 48.
- 89 Gustav Möller, 15/3 1939, Första bandet nr 1-18, 1939, andra kammaren. *Riksdagens protokoll*, s.48.
- 90 Andra kammaren 15 mars 1939. Herr Olovson, Västerås. *Riksdagens protokoll*, s. 45 og 46.
- 91 Andra kammaren 15 mars 1939. Herr Pettersson. Bondeförbundet. *Riksdagens protokoll*, s. 53
- 92 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. *Riksdagens protokoll*.
- 93 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. *Riksdagens protokoll*, s. 22.
- 94 Björkman, 2001, s. 274 ff.
- 95 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll* s. 52
- 96 *Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige*, 1929, s. 78 ff.
- 97 Kungl. Maj:ts proposition nr 85. Bihang till riksdagens protokoll 1937. Första samlingen, sjunde bandet. *Riksdagens protokoll* s. 11.
- 98 Gustav Möller. 15/3 1939. Riksdagen protokoll, 1939, andra kammaren Första bandet nr 1-18. *Riksdagens protokoll* s. 47.
- 99 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll* s. 46-47.

- 100 *Råd till den lungsjuke*, 1929. Se også *Råd till lungsjuka*, 1936. *Råd till lungsiktiga*, 1926, Tørning, 1945, s. 95.
- 101 „Oplysning og Isolation“. Faber & Ostenfeldt, 1926.
- 102 De første sanatorier blev åbnet i 1900 og 1901. En lov fra 1905 gav mere statsstøtte til sanatorier.
- 103 I 1914 blev der bevilget statsstøtte til opførelse af tuberkulosebehandlingssteder og til diagnosestationer. Fra 1939 kom der også tilskud til driften. *K. Kung. den 27 juni 1914 angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m.m.* (1914): 292. *K. kung. den 22 juni 1939 angående statsbidrag till driftskostnaderna vid anstalter för lungtuberkulos. Svensk författningssamling 1939*: nr. 480.
- 104 Forebyggelse og Sundhedsvæsen, 1941. Tuberkuloseafdelinger på sygehuse, tuberkuloseanstalter, 14 sanatorier, 3 kysthospitaller, 13 kystsanatorier, 7 plejehjem, 3 rekreationshjem.
- 105 Historisk Statistik för Sverige, 1960, s. 161.
- 106 *Medicinalberetning för Kongeriget Danmark i Aaret 1939*, 1941, s. 104-7.
- 107 *Kungörelse 18/6 1937 nr 400 om statsbidrag till dispensärverksamhet*.
- 108 Første station eller dispensär i Sverige i Uppsala 1905, næste i Sundsvall 1906 ved private midler. Puranen, 1984. 1937 blev der lovgivet om, at det var landstingens ansvar at sørge for dispensärer. Thylin, 1944, s. 324. Kungl. Maj:ts proposition nr 85. Bihang till riksdagens protokoll 1937. Första samlingen, sjunde bandet.
- 109 Kungl Maj:ts proposition nr. 213 år 1930. *Riksdagens protokoll*, s. 9.
- 110 Normalinstruktion för dispensärsköterskas respektive distriktsköterskas dispensärbete. *Tuberkulosförfattningar utgivna av svenska nationalföreningen mot tuberkulos*. 1945, s. 78-79.
- 111 Kungl. Maj:ts proposition nr 85. Bihang till riksdagens protokoll 1937. Förste samlingen sjunde bandet. *Riksdagens protokoll*.
- 112 Kungl Maj:ts propositionen 1939. *Riksdagens protokoll*, s. 30.
- 113 *Instruktion för sjuksköterskorna vid Västernorrlands läns dispensärer*, 1937.
- 114 Kungl Maj:ts proposition nr. 20, 1939. Förslag till tuberkulosförordning. *Riksdagens protokoll* s. 74.
- 115 Se f.eks. Göteborgs og Bohus läns dispensärer. *Råd till den lungsjuke*, 1929. *Råd till lungsjuka*, 1936. *Råd till lungsiktiga*, 1926.
- 116 Blom, 1999, s. 228.
- 117 Ostenfeldt, 1930, s. 13.
- 118 Faber & Ostenfeldt, 1926, s. 42.
- 119 I 1898 foranledigede lægeforeningen med statsstøtte en tuberkuloseplakat i et antal af 10.000 ophængt i offentlige lokaler, specielt på jernbanestationer. En pjece udsendt i 200.000 eks. forfattet af Sauyman og Schepelern og i lige så mange eks. udsendtes universitetets almanakker. Faber & Ostenfeldt, 1926, s. 42.
- 120 Faber & Ostenfeldt, 1926, s. 43.
- 121 Neander, 1928, s. 112.
- 122 15/12 1917 Første behandling i *Folketinget*, sp. 2030, og Forebyggelse og Sundhedsvæsen, 1941. Rigsdagstidende.
- 123 Ostenfeldt, 1930, s. 10.

- 124 Statsutskottets utlåtande nr. 5. *Riksdagens protokoll 1946*, s. 69.
- 125 *Bekæmp Tuberkulosen*, 1946. Se også Blomquist, 2000, s. 141.
- 126 *Fremtiden kræver Deres Sundhed*, 1947. Pauseprikker i originalen.
- 127 I en dansk bog blev der dog fremført argumenter: „Tuberkulosebekæmpelsen er en Folkeopgave. Tuberkulosen rammer Mennesket i dets blomstrende Alder og rammer oftest de stærkeste og værdifuldeste“... „faar man netop det Indtryk, at det er den bedste Del af dansk Ungdom, der rammes af Tuberkulose ...“ „Tuberkulosen koster store Summer af Sorg og Savn baade for dem, der bliver syge, og for dem, der i lang Tid maa undvære deres kære. Og Sygdommen koster tillige Masser af Penge“. Isager, 1937, s. 19–20.

FOLKESUNDHED**– PROBLEMER OG POLITIK**

Fra dette kapitel springer fremstillingen tyve år frem i tid, og det handler nu om de sidste tre årtier af 1900-tallet. Fra 1970'erne kom der igen politisk fokus på forebyggelse. Sundhedspolitikken i 1950'erne og 1960'erne rettede sig hovedsagelig mod sygehusene.¹ Den sundhedspolitiske debat blev mere omfattende og begyndte at fylde mere i de politiske partiers programmer. De politiske lejre markerede i højere grad deres ideologiske positioner på området, hvor i det mindste i Danmark sundhedspolitikken tidligere havde været præget af konsensus.² Politikformuleringen i denne periode adskilte sig fra den i 1930'erne og 1940'erne ved, at forebyggelses- eller folkesundhedspolitikken for første gang blev taget op som et samlet område i betænkninger og programmer. Samtidig udarbejdedes betænkninger og love på forskellige delområder, f.eks. helbredsundersøgelser af børn og gravide og initiativer over for tobaksbrug. Nogle af disse tiltag behandles i senere kapitler. Forskellene mellem Danmark og Sverige blev mere udtalte end tidligere, når man ser på betænkninger og programmer. Det kan skyldes, at politikken blev mere artikuleret og fik en mere overordnet karakter, hvor grundlæggende ideologiske opfattelser fik større gennemslag. Dette kapitel handler om begrundelser for overhovedet at prioritere folkesundhed og om den magtudøvelse, der består i at definere, hvori sundhedsproblemerne består, og hvilke deres årsager er. Det bygger på betænkninger, programmer, lovforslag med bemærkninger, partiprogrammer og debatter i Folketing og *riksdag* fra 1970 og frem.

UDVIKLINGEN I SYGELIGHED OG DØDELIGHED

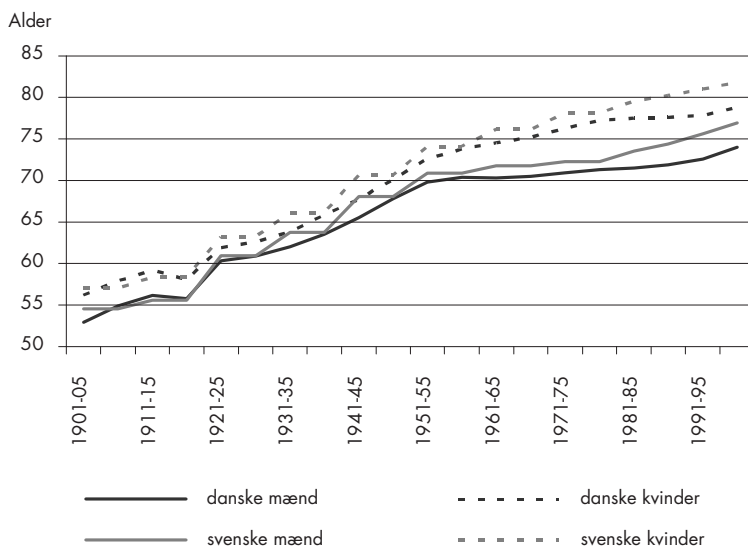
Diskussionen fra 1970 og frem fandt sted på baggrund af en høj vækst i aktiviteter og udgiftsniveau i sundhedsvæsenet i de to lande, især i sygehusvæsenet. Væksten var størst fra 1960'erne og frem til midten af 1970'erne.³ Den gav anledning til overvejelser om, hvorvidt væksten kunne begrænses

ved hjælp af mere forebyggelse. Politikken blev således ikke udformet på baggrund af forringelser i befolkningernes sundhedstilstand (se figur 5.1). Tilsyneladende var der ingen sammenhæng mellem omfanget af dødelighed og sygelighed og politikeres og myndigheders ønske om at gøre noget ved dem. Fra 1945 til 1970 faldt f.eks. spædbørnsdødeligheden i Danmark fra 4,8 til 1,4 pct. og i Sverige fra 3,0 til 1,1 pct. Af en dansk fødselsårgang var 16 pct. af mændene døde, før de blev 40 år, i 1930-35 mod kun 5,5 pct. i 1970. I Sverige var tilsvarende tal 15 pct. og ca. 3 pct.⁴ Dødeligheden var faldet markant, især blandt de yngre, i de årtier, der gik forud for den voksende interesse for forebyggelse.

Dødeligheden er det mest pålidelige mål, vi har på en befolknings sundhedstilstand, men det siger selvfølgelig ikke alt. Det siger f.eks. ikke noget

FIGUR 5.1.

Udviklingen i danske og svenske mænds og kvinders middellevetid 1900-2000



Note: Middellevetiden udregnes ved at tage dødeligheden i forskellige aldersgrupper et givet år og regne ud, hvor længe en fødselsårgang gennemsnitlig ville leve, hvis deres dødeligheds mønster svarede til det pågældende års. Stiger middellevetiden, er der sket en reduktion af dødeligheden i en eller flere aldersgrupper. Den store stigning i middellevetiden i første halvdel af 1900-tallet skyldtes især faldet i spædbørnsdødeligheden. Bjerregaard & Juel, 1993.

Kilder: Tallene for Danmark er beregnet med 5 års intervaller for hele perioden. 1900-95: *Statistisk årbog*. 1995-2000: www.dst.dk

Tallene for Sverige er beregnet med 10 års intervaller i perioden 1900-1980 og med 5 års intervaller i perioden 1981-2000. 1900-2000: www.scb.se

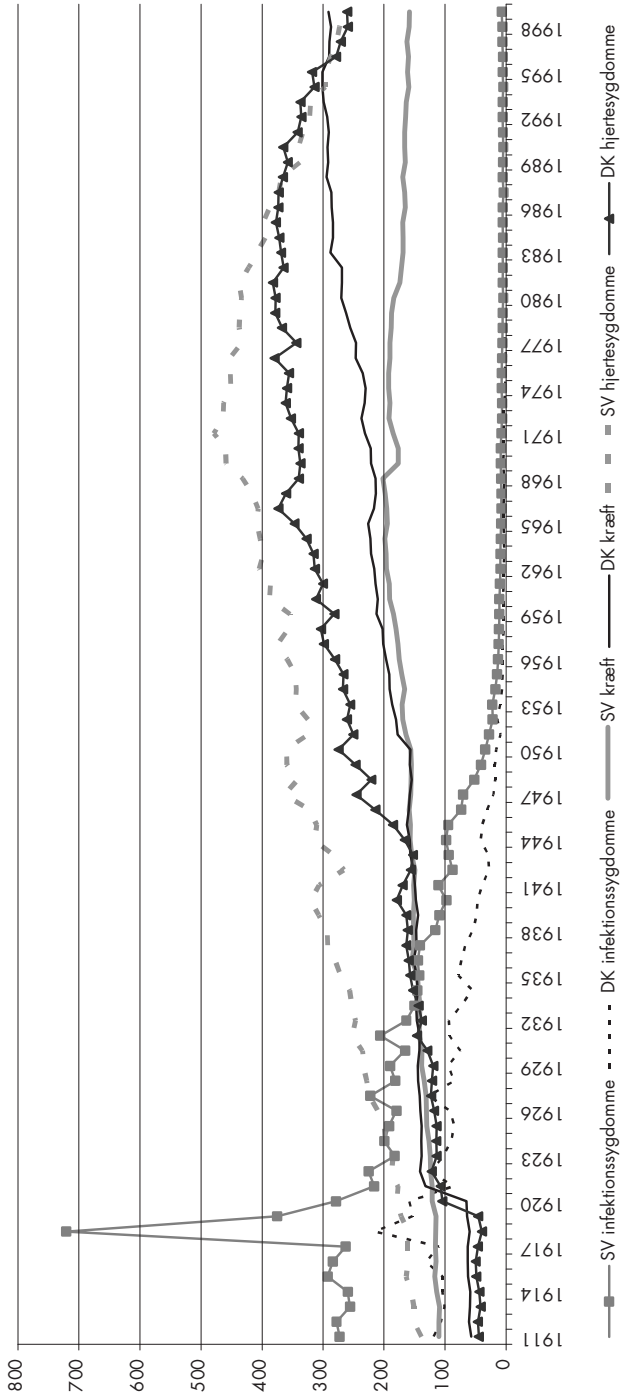
om, hvorvidt den sygelighed, som ikke medfører dødelighed, var blevet større eller mindre. Det er ikke muligt at afgøre, om den generelle sundhedstilstand er blevet bedre, da den ikke registreres systematisk. Det var med andre ord en viden, som hverken politikere eller forskere var i besiddelse af. Sikkert er, at alvorlige infektions- og mangelsygdomme og sygdomme, betinget af hårdt fysisk slid, var blevet sjældnere. Til gengæld var sygdomme og tilstande, som kan hænge sammen med lav fysisk aktivitet, f.eks. knogle-skørhed og svær overvægt, blevet mere udbredte. Endelig var der mere opmærksomhed på psykiske, psykosomatiske og stressbetingede sygdomme. Hvorvidt de sidstnævnte var blevet mere almindelige, eller bare var blevet mere synlige, kan være svært at afgøre. Hjertekarsygdomme og kræft blev hyppigere som dødsårsager. Det skyldtes frem for alt, at mange flere nåede at blive gamle, efter at dødeligheden som følge af tuberkulose og andre infektionssygdomme faldt. Det var især de unge, der døde af infektionssygdomme. De gamle døde oftest af kroniske sygdomme – også dengang de alvorlige infektionssygdomme var almindelige. De ældres sundhed blev sandsynligvis forbedret,⁵ samtidig med at mange flere blev meget gamle og i slutningen af livet syge. I absolutte tal voksede derfor antallet af syge gamle, selv om de måske relativt set blev færre. Den store vækst i andelen af gamle skyldtes især, at de tilhørte større fødselsårsgange end de yngre, men også, at mennesker levede længere. Mod slutningen af århundredet faldt dødeligheden på grund af hjerte-karsygdomme⁶ (se figur 5.2). Der er således ikke et entydigt billede af sundhedstilstandens udvikling, selv om de fleste tal tyder på en forbedring.

Når politikere og andre forstærkede initiativerne på forebyggelsesområdet fra 1970'erne, skete det således på baggrund af en generel forbedring i sundhedstilstanden, i hvert fald målt med dødeligheden, ikke en forringelse. De ønskede og forventede tilsyneladende en vedvarende forbedring. I Sverige, hvis befolkning med disse mål havde den bedste sundhedstilstand af de to lande, gjorde politikerne, som det vil fremgå, mest ud af at formulere en politik på folkesundhedsområdet.

BETÆNKNINGER, UDVALG, RÅD OG ANDRE INSTITUTIONER

Perioden efter 1970 var de store programmers og betænkningers tid. Den første større danske publikation, som også behandlede forebyggelse, var Prioriteringsudvalgets betænkning fra 1977. I 1989 kom den borgerlige

FIGUR 5.2.
Dødelighed efter dødsårsager Danmark og Sverige 1911-1999. Døde per 100.000



Note: Den markante stigning i dødeligheden i infektionssygdomme i 1918 skyldes den store influenæpidemi, kaldet den spanske syge.

Danmark: *Dødsårsager i Kongeriget Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen, diverse år. *Befolkningsudvikling og sundhedsforhold 1901-1960*. København: Det statistiske departement, *Statistisk årsoversigt*. København: Danmarks Statistik, diverse år.

Sverige: *Dödsorsaker*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, diverse år. WHO/Europe, HFA Database, January 2003

regering med et forebyggelsesprogram, som blev fulgt op med sundhedspolitiske redegørelser i 1989, 1991 og i 1998. I 1994 nedsattes det såkaldte middellevetidsudvalg med den opgave at undersøge, hvorfor den danske middellevetid ikke var steget lige så meget som andre vesteuropæiske landes. Udvalget publicerede hele 14 rapporter. Den socialdemokratisk-radikale regering publicerede et folkesundhedsprogram i 1999, som i 2002 blev erstattet af et nyt program fra den borgerlige regering, der tiltrådte i 2001. De sundhedspolitiske udspil var i Danmark af nogenlunde samme omfang, uanset om det var socialdemokrater eller borgerlige, der havde regeringsmagten.

I Sverige udkom i 1979 og 1984 to betænkninger om sundhedsvæsenet, som begge indeholdt en del om forebyggelse og i 1990 en proposition om folkesundhedsspørgsmål.⁷ Der blev i 1988 nedsat en *Folkhälsogrupp* med embedsmænd på generaldirektør-niveau, som udsendte i alt 11 rapporter. Det største initiativ med hensyn til politikformulering på folkesundhedsområdet var nedsættelsen af *folkhälsokommittén* i 1997. Den var et parlamentarisk udvalg med medlemmer fra alle *riksdagens* partier. Komiteen udgav tre betænkninger 1998, 1999 og 2000.⁸ Hver betænkning baseredes på en række ekspertundersøgelser og blev fulgt af en høringsrunde. Begrundelsen for denne omfattende proces var, at regeringen regnede med, at når mange blev taget med på råd, ville de i højere grad føle sig forpligtet af målene – også efter at komitéarbejdet og høringsrunden var forbi. Bl.a. på baggrund af komiteens arbejde fremsatte den socialdemokratiske regering forslag om mål for folkesundheden i december 2002. De sundhedspolitiske aktiviteter var generelt størst under socialdemokratiske regeringer, hvilket ikke nødvendigvis siger så meget, da socialdemokraterne havde regeringsmagten i 24 år i perioden 1970–2003 (se figur 5.3).

Der var i begge lande en omfattende udrednings- og programmatisk aktivitet, og begge lande tilsluttede sig WHO's Europaregions program *Health for All 2000* i 1984. I Sverige blev der i 1997 udarbejdet en vurdering af, i hvilket omfang de opstillede mål var nået.⁹ I Danmark kom ingen samlede evalueringer, men i 1997 kommenterede DIKE i en rapport,¹⁰ hvordan det var gået med WHO's fire overordnede mål.

Danmark og Sverige var ingenlunde alene om denne programmatiske virksomhed. I 1974 publicerede det canadiske sundhedsministerium *The Lalonde Report*, som fik stor indflydelse på debatten i mange lande. En del af dens tanker genfindes i den danske prioriteringsbetænkning, bl.a. om den manglende effekt af sundhedsvæsenet på dødeligheden.¹¹ I 1976 og 1991

FIGUR 5.3.

Regeringer i de to lande

DANMARK		SVERIGE	
1968-71	VKR	1957-76	S
1971-73	S	1976-82	Skiftende borgerlige
1973-73	V	1972-91	S
1975-78	S	1991-94	Borgerlig
1978-79	SV	1994-	S
1979-82	S		
1982-93	KV med skiftende støttepartier		
1993-2001	SR med skiftende støttepartier		
2001-	VK		

Forkortelser. S = Socialdemokratiet, V = Venstre, K = konservative, R = radikale.

Omtalte partier i de to lande:

Danmark: Konservative (nyliberale, konservative), Venstre (nyliberale, agrar baggrund), Radikale Venstre (socialliberale), Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti (venstresocialistisk), Dansk Folkeparti (højrepopulistisk).

Sverige: Moderata samlingspartiet (nyliberale, konservativ baggrund), Centerpartiet (socialliberale, agrar baggrund), Folkpartiet (socialliberale), Socialdemokratiet, Vänsterpartiet (ligner SF, eurokommunistisk).

lancerede det engelske sundhedsministerium tilsvarende programmer, fulgt af den irske og australske regering.¹² Mod slutningen af århundredet kom – ligesom i Danmark og Sverige – nye sundhedspolitiske udspil og betænkninger i bl.a. England, Norge, Finland og USA og fra WHO og EU.¹³

Den voksende interesse for forebyggelse gav sig også organisatoriske udslag. I Danmark blev et *Forebyggelsesråd* oprettet i 1980, på basis af prioriteringsudvalgets forslag fra 1977.¹⁴ *Forebyggelsesrådet* afveg en del i sine udtalelser fra den borgerlige regering ved at lægge større vægt på levekårenes betydning og ved at omtale social ulighed i sundhed. Rådet blev med en lov fra 1990 erstattet af *Forebyggelsespolitisk råd*. Dette havde – til forskel fra *Forebyggelsesrådet* – ikke til opgave at være udførende, men skulle koordinere og overvåge det forebyggende arbejde. Rådet havde stor repræsentation af foreninger, som arbejdede med sygdomsbekæmpelse. Begrundelsen for ændringen var ifølge ministeren, at *Forebyggelsesrådets* opgaver nu var blevet overtaget af Sundhedsministeriet.¹⁵ I 2001 blev det forebyggelsespolitiske råd erstattet af et *Nationalt råd for folkesundhed*, hvis opgave var at „sikre en åben debat og dialog om sundhedsfremme og forebyggelse, særligt på livs-tilsomsområdet“.¹⁶

I Sverige oprettedes i 1958 „en särskild delegation, Hälsovårdsupplysningsdelegationen“. Den blev i 1973 erstattet af et nævn for sundhedsoplysning *h-nämnden*.¹⁷ Begge havde sundhedsoplysning som deres opgave. I 1992 genoprettedes *folkhälsoinstitutet* af den borgerlige regering. Det blev i 2000 erstattet af *Statens folkhälsoinstitut*, som fik delvis andre opgaver, mere overvågende og koordinerende og mindre kampagneorienterede.¹⁸ I 2002 foreslog regeringen nedsættelse af en styregruppe til at koordinere folkesundhedsarbejdet på de forskellige niveauer. Organisatorisk havde forebyggelsen i Sverige noget større synlighed i årtierne før 1980 end i Danmark. I begge lande var der høj aktivitet i 1900-tallets sidste årtier.

Amterne (*landstingen*) blev givet særligt ansvar for forebyggelsen. I Sverige skete det med en lov, der trådte i kraft 1. januar 1983. Med den blev *landstingen* pålagt at forebygge sygdomme og skader med tiltag rettede mod individer, grupper og samfundet.¹⁹ Det handlede om, at amterne skulle sørge for helbredsundersøgelser og sundhedsoplysning, og om at de skulle bruge den viden, som opsamledes i sundhedsvæsenet i samfundsplanlægningen for at reducere sundhedsrisici. I Danmark kom regler om amternes forebyggelsesansvar først godt ti år senere.²⁰ De indebar, at amter og kommuner i fællesskab skulle udarbejde planer for en styrkelse af forebyggelse og sundhedsfremme.²¹ Tilsvarende planlægningskrav fandtes ikke i Sverige. I 2002 skrev den svenske regering, at planer kunne være nyttige, men at det skulle være frivilligt for amter og kommuner at lave dem.²² Ansvarsplaceringen var den samme, men planlægningskravet mindre stærkt formuleret i Sverige.

Videngrundlaget for forebyggelsespolitikken ændredes. Forskningen på universiteter og sektorforskningsinstitutter om sygelighed og dødelighed i befolkningen og om deres årsager – det som efterhånden blev betegnet folkesundhedsvidenskab (*folkhälsovetenskap*) – voksede betragteligt i omfang. Samme tendens kunne ses i andre vestlige lande. Emnevalget i forskningen var ikke helt ens i Danmark og Sverige.²³ Psykosociale forhold, især på arbejdspladsen, stress, social kapital, social ulighed i sundhed mv., fyldte mere i den svenske forskning, mens kost, tobak- og alkoholbrug blev studeret mere i Danmark. Forskningens indhold kan muligvis have haft betydning for den politik, der blev ført, sådan at de emner, som forskerne arbejdede med, blev dem, politikerne fokuserede på. Omvendt kunne valget af forskningsspørgsmål være påvirket af de politiske normer i samfundet. Forskningsresultater anvendtes stadig hyppigere som begrundelser for tiltag i de politiske udmeldinger. Det blev fremhævet, at politikken byggede på videnskab: „Målen bygger på vetenskapliga underlag“,²⁴ „hvert af programmets

mål hviler således på sikker dokumentation for viden om sygdomsårsager“,²⁵ og „regeringens prioritering er imidlertid bevidst og baseret på en solid videnskabelig dokumentation“. ²⁶ Udsagn som „undersøgelser har vist“ og „ett stort antal studier har belyst“ blev almindeligt forekommende mod slutningen af århundredet. Om den skabte viden påvirkede valgene, eller om valgene kun begrundedes med en viden, der kunne understøtte dem, ville være værd at undersøge. Klart er, at videnskabelig dokumentation var blevet et gangbart argument for et standpunkt.

Kortlægningen af befolkningens sundhedstilstand og årsagerne til den var mere omfattende og begyndte lidt tidligere i Sverige. Sundhedstilstanden blev undersøgt bl.a. gennem interviewundersøgelser, *Undersökningar om levnadsförhållanden* (ULF), fra 1975, og beskrevet i *Folkhälsorapporter* fra 1987 og frem. I Danmark udarbejdede *Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi*, DIKE, senere SIF, *Statens Institut for Folkesundhed*,²⁷ rapporter om danskernes sundhedstilstand baseret på spørgeskemaundersøgelser i 1987, 1994 og 2000.²⁸ Danmarks Statistik publicerede undersøgelser om sammenhængen mellem dødelighed og erhverv. DIKE udgav en mindre rapport i 1989 om sundhedstilstanden og en større i 1997.²⁹

Det er bemærkelsesværdigt, at man i Sverige, hvor man i det store og hele opfattede udviklingen i befolkningens sundhedstilstand som god, se nedenfor, udarbejdede meget grundigere undersøgelser og betænkninger end i Danmark. Dette på trods af at man i Danmark, i det mindste siden 1992, havde været opmærksom på og anset det for at være et problem, at sundhedstilstanden målt i dødelighed ikke udviklede sig så gunstigt som i andre lande.

I det følgende vil jeg først behandle politikeres og myndigheders begrundelser for at tage forebyggelse op som politisk problem og derefter se på identifikationen af folkesundhedsproblemerne og deres årsager. I kapitel 6 analyseres de tiltag, der blev foreslået for at forbedre folkesundheden. Spørgsmålet om social ulighed i sundhed blev sat på den politiske dagsorden i disse år og behandles i kapitel 7. De seneste års folkesundhedsprogrammer er blevet undersøgt af flere andre forskere, nogle også med inspiration fra Foucault.³⁰

BEGRUNDELSER FOR AT SÆTTE FOLKESUNDHEDEN PÅ DAGSORDENEN

Søger man efter begrundelser for at intensivere forebyggelses- eller folkesundhedspolitik i den politiske debat, betænkninger mv., er det mest påfal-

dende, at de er så sjældne – især i Danmark. Det skyldes sandsynligvis, at enigheden blandt politikere, embedsmænd og sundhedsprofessionelle var stor. Næsten ingen satte spørgsmålstegn ved nytten af at forebygge, jo mere jo bedre. De begrundelser, der blev givet, lignede hinanden i de to lande, og de handlede især om den formodede mulighed for at spare udgifter til sundhedsvæsenet og om at skabe bedre liv for borgerne.

DANMARK: DET GODE LIV OG SPAREDE UDGIFTER

Der blev i Danmark, som sagt, næsten ikke fremført begrundelser for, at det var en politisk opgave at reducere sygeligheden. Prioriteringsudvalget blev nedsat i 1974 bl.a. på baggrund af den store vækst i sundhedsvæsenets udgifter og især udsigten til, at væksten ikke kunne fortsætte. I sin betænkning fra 1977 gav udvalget to begrundelser for en øget forebyggende indsats. Den ene var, at der ikke var noget alternativ, hvis man ønskede en bedre folkesundhed, da det „kun i begrænset omfang vil være muligt at behandle sig ud af de sygdomsproblemer mv., der karakteriserer vor tid“. ³¹ Den anden var en forhåbning om, at man ved forebyggelse kunne begrænse sundhedsudgifternes vækst. Også i 1989 var regeringens begrundelser, at sundhedsvæsenet ikke kunne løse alle problemer, og at man „ikke bare (vil) spare lidelser, men også ressourcer“. ³² Forhåbningen var således, at de økonomiske fordele for samfundet og gode liv for borgerne kunne gå op i en højere enhed. De danske socialdemokrater motiverede i deres arbejdsprogram fra 1992 indsatsen for befolkningens sundhed både med, at den var et middel til at opnå et bedre samfund og fremme demokratiet, og at det skabte gode liv for borgerne: „Et aktivt og demokratisk samfund er helt afhængigt af velfungerende mennesker“. ³³ I 1996 skrev de, at „til god livskvalitet hører et godt helbred“. ³⁴

Det socialdemokratisk-radikale folkesundhedsprogram fra 1999 var stort set blottet for begrundelser for en øget indsats for folkesundheden. Henvisninger til den relativt lave middellevetid var hyppige, men det blev ikke eksplicit sagt, hvorfor det var et problem, at den var lavere end i andre lande. Her kan man formode, at national prestige og måske også bekymring for en „svækkelse“ af nationen kan have spillet ind, foruden ønsket om at skabe en ydedygtig befolkning og gode liv for borgerne. De få steder, initiativer begrundedes, drejede det sig om at sikre den enkelte borger et godt liv: „Det handler snarere om, at alle skal have mest muligt ud af livet“, og om at få økonomisk udbytte, „der er store helbredsmæssige og økonomiske gevinster

ved rygestop – både for den enkelte og for samfundet“. Den konservative Henriette Kjær udtrykte i debatten om programmet i 2000 håb om, at indsatsen ville føre til både gode liv og store besparelser: „Det vil give den enkelte borger bedre livskvalitet og forhåbentlig et længere liv, og samtidig tror jeg, det vil spare samfundet for enorme summer i udgifter til hospitalsindlæggelser og medicin“. ³⁵ I 2002 skrev den borgerlige regering om de folkesygdomme, den ville forebygge: „Det er sygdomme der har store menneskelige omkostninger, og samtidig koster milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen“. ³⁶ Den regnede også med, at forebyggelse ville have den ekstra fordel, at den kunne gavne erhvervslivet. Et godt arbejdsmiljø ville kunne sikre „fastholdelse af kvalificeret arbejdskraft og konkurrencestærke virksomheder“. ³⁷

Forventningerne til et økonomisk udbytte af den forebyggende indsats var således store, især forventedes der, at udgifterne til sundhedsvæsenet blev mindre. Ingen lod til at tvivle på den effekt. Ingen så tilsyneladende heller nogen modsætning mellem at skabe „gode liv“ og spare penge, selv om man kunne tænke, at de gode liv kunne blive lange liv med en lang pensionisttid og i sidste ende alligevel også koste i sundhedsvæsenet. Der var heller ikke de store politiske modsætninger at spore, selv om socialdemokraterne var de eneste, der talte om, at raske mennesker var en forudsætning for et demokratisk samfund.

SVERIGE: DET GODE SAMFUND OG ØKONOMISK NYTTE

I Sverige formuleredes målene i en betænkning fra 1984 som en kombination af at skabe gode liv og at sikre samfundsøkonomien og den offentlige økonomi: „En hälsopolitik som syftar till en bättre folkhälsa, dvs. färre dödsfall i unga år, färre fall av nedsatt arbets- och funktionsförmåga, färre upplevda symptom och besvär och mindre behov av slutna sjukvård“. ³⁸ Det svenske centerparti håbede i sit program fra 1981, at forebyggelsen kunne bidrage til at mindske behovet for sundhedsydelse. ³⁹ Samme synspunkt fremførte Daniel Tarschys fra Folkpartiet i 1990: „Vi måste av såväl humanitära som ekonomiska skäl förebygga den ohälsa som är möjlig att förhindra“. ⁴⁰ Økonomiske begrundelser og forventninger spillede således også i Sverige en stor rolle.

Forbedret sundhed blev, som i Danmark, også set som et middel til at skabe gode liv for borgerne. Som det stod i *Folkhälsorapporten 1987*: „God hälsa är en av de allra viktigaste förutsättningarna för att människor ska kunna leva

ett aktivt socialt liv och tillfredsställa sina behov. God hälsa är av betydelse för att kunna delta i arbetslivet och utveckla sociala relationer. Hälsotillståndet och dess förändringar i befolkningen är ett avgörande kriterium på hur väl ett samhälle förmår tillgodose invånarnas behov. Därmed inte sagt att hälsa är alltings mål⁴¹. *Folkhälsogruppen* fremhævede flere gange i sit strategiforslag fra 1991, at: „Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet inte som målet i tillvaron“⁴². Der var en tæt sammenhæng mellem velfærdspolitikken og folkesundheden i den svenske politiske (socialdemokratiske) forestillingsverden. God sundhed var en del af velfærden, god velfærd skabte forudsætninger for god sundhed⁴³. Velfærdsstatens realisering var en motivering for folkesundhedspolitikken, fordi „människors hälsa är en av de allra viktigaste frågorna för en välfärdsstat“⁴⁴ og en god sundhedstilstand var et mål for, hvor godt velfærdspolitikken var lykkedes.

Folkhälsokommittén skrev i 2000, at politikens „främsta uppgift är att förebygga ohälsa som lägger hinder i vägen för människors frihet att själva forma sina liv“⁴⁵. Og at „det är individens frihet att medvetet kontrollere og styre sine levnadsvilkår, som är den avgörande välfärdsdimensionen“⁴⁶. Frihed var blevet en central komponent i det gode liv, og sundhed blev set som et middel til at nå dette mål. Frihed som mål for politik dukkede først op i den sundhedspolitiske debat i 1990'erne i Sverige. I Danmark begyndte man også at tale om frihed i forbindelse med folkesundhedspolitikken ved denne tid. Friheden blev ikke i Danmark formuleret som et mål, men som et middel til sundhed. Der blev også talt om, at politikken ikke skulle begrænse friheden.

I Sverige blev folkesundhedspolitikken derudover omtalt som et middel til at fastholde et humanistisk menneskesyn i samfundet. I 1998 skrev *Folkhälsokommittén*: „Alla människors lika värde måste också innebära att alla grupper ska ha samma möjligheter att leva ett långt och friskt liv“⁴⁷. I en betænkning fra 1994 stod, at „en god hälsa är av stor vikt både för oss som enskilda individer och för det samhälle vi tillhör. En god hälsa ger förutsætninger for ett aktivt liv med fullt deltagande i samhällsgemenskapen, medan en dålig hälsa medför begrænsninger og svårigheter att utnyttja den fulla livspotentialen. En god hälsa har således ett stort värde i sig“⁴⁸. Sundhed som middel til at nå det gode, demokratiske samfund blev stærkere fremhævet i Sverige end i Danmark.

Folkhälsogruppen vægtede i 1991 det gode liv så meget, at den tog afstand fra økonomiske betragtninger: „Hela frågeställningen är emellertid av begränsat värde eftersom varken behandling eller förebyggande arbete i för-

sta hand syftar till att spara pengar utan att erbjuda ett bättre liv“.⁴⁹ Og *Folkhälsokommittén* skrev i 1999, at „i och med att frihet från sjukdom och ohälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjligheter att forma sina liv, och inte en investering för samhällets ekonomiska utveckling i första hand“.⁵⁰ Men det generelle mønster var, som i Danmark, at man forventede, at den økonomiske nytte og de gode liv kunne opnås med samme midler. I Sverige blev der flere gange brugt en økonomisk metaforik. En skrivelse fra den borgerlige regering i 1994 hed ligefrem *Investera i hälsa – Prioritera för hälsa*.⁵¹ I forbindelse med *Folkhälsokommittén* benyttedes også investeringsmetaforen. I dets kommissorium fra 1995 hed det, at: „Insatser för att främja en god hälsa kan därför ses som en investering för framtiden, en investering som ger utdelning på flera sätt. För individen genom att år med hälsa och livskvalitet läggs till livet, för samhället genom att en befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefindande, exempelvis genom ökad tillväxt, minskad sjukfrånvaro och minskad utslagning från arbetslivet“.⁵² I 2002 skrev regeringen, at „insatserna för en bättre folkhälsa bör ingå som en viktig del i arbetet för en uthållig tillväxt, en god välfärd och ett ekologiskt hållbart Sverige“.⁵³ Selv miljømålene ville nu kunne forenes med folkesundhedspolitikken, eller måske var det snarere sådan, at bæredygtighed var blevet et så centralt politisk tema, at den kunne begrunde folkesundhedspolitikken.

Folkesundhedsarbejdet skulle således bidrage til et økonomisk stærkt samfund. Samtidig tog man som sagt afstand fra økonomiske begrundelser for indsatsen. Her var to forskellige logikker på spil, en økonomisk rationalitet og en omsorgsfuld, humanistisk tankegang. De to logikker blev ikke eksplicit konfronteret med hinanden, selv om de kunne være uforenelige. En høj prioritering, f.eks. af de gamles sundhed, ville være udtryk for omsorg, men ikke nødvendigvis det, der gav størst økonomisk udbytte.

Begrundelserne for folkesundhedspolitikken afveg ikke meget fra dem, der blev fremsat i 1930'erne og 1940'erne. I Sverige blev det ofte fremhævet, at sundheden ikke var et mål i sig selv, men et middel til at opnå andre goder, frihed, et godt liv, et retfærdigt, humant, demokratisk velfærdssamfund og en god økonomi. I Danmark blev sundhed formuleret som et mål i sig selv, men også som et middel til det gode liv og en bedre offentlig økonomi. Begrundelserne for at tage folkesundhedspolitikken op var således ikke meget forskellige i Danmark og Sverige. Større var forskellen, når det gjaldt definitionen af, hvilke problemer det var væsentligt at forholde sig til politisk, og hvad deres årsager var.

FOLKESUNDHEDSPROBLEMER

DANMARK: MIDDELLEVEPID OG DØDELIGHED

„Hvad er folkesundhed?“ spurgte man i det danske folkesundhedsprogram fra 1999 og svarede, at „arbejdet med folkesundheden handler om de muligheder og vilkår, som en befolkning har for at leve sundt – og hvorvidt dette lykkes“.⁵⁴ En egentlig definition, som kunne sige noget om den danske fortolkning af problemet, blev således ikke givet. Af den måde, folkesundheden blev omtalt på, kan man dog se, at middellevetiden var en central komponent.

Middellevetid og dødelighed kom fra begyndelsen af 1990'erne til at spille en stor rolle for opfattelsen af befolkningens sundhedstilstand. Middellevetiden blev kommenteret allerede i 1977 i prioriteringsudvalgets betænkning, hvor det hed, at „det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at middellevetiden for mænd i aldersgrupperne 10-70 år har været faldende siden midten af 1950'erne, altså parallelt med en stærk vækst i ydelser og ressourceforbrug på alle sundhedsvæsenets områder“.⁵⁵

I 1989 havde den borgerlige regering et meget positivt billede af forholdene: „Generelt må det konstateres, at vi er nået langt, og at sundhedstilstanden i Danmark er god“. „I dag er dødeligheden i Danmark blandt de laveste i verden“.⁵⁶ Dette billede skulle dog hurtigt ændres. Allerede i efteråret 1989 publicerede DIKE en undersøgelse for Sundhedsministeriet, hvori „det bemærkes, at alle lande i Vest-, Nord- og Sydeuropa har forbedret middellevetiden mere end Danmark. Det gælder både mænd og kvinder. Kun enkelte østeuropæiske lande har udvist et dårligere forløb“.⁵⁷ Nogle år efter, at tallene blev publiceret første gang, reagerede politikere og andre på disse oplysninger med handling. I 1992 nedsattes Middellevetidsudvalget, der skulle finde årsagerne til den knap så tilfredsstillende udvikling.⁵⁸

Middellevetiden blev et omdrejningspunkt i den sundhedspolitiske debat om behandling og forebyggelse i de følgende år. Den socialdemokratiske sundhedsminister sagde i sin redegørelse i 1994: „Den bekymrende udvikling i middellevetiden understreger, at der er behov for en forstærket indsats for sundheden i Danmark“.⁵⁹ Fra midten af 1990'erne begyndte middellevetiden at vokse mere i Danmark end i andre europæiske lande. Denne ændring blev dog først erkendt i 2001. Om den dannede baggrund for opprioritering af forebyggelse af ikke-dødelige sygdomme, som den borgerlige regering foretog i 2001, fremgår ikke af udmeldingerne.

Hvilke sygdomme blev af politikerne udpeget som de vigtigste, og hvordan begrundede de valget? I Prioriteringsudvalgets betænkning fra 1977

hed det, at „målet for den forebyggende indsats navnlig er at undgå dødsfald ‘i utide’, ikke mindst blandt unge og yngre, samt undgå varige invaliditeter“. ⁶⁰ Fokuseringen på dødelighed blev bl.a. begrundet med, at det er „det mest objektive mål for befolkningens sundhedstilstand“, ⁶¹ men den blev også kritiseret, fordi den ikke kunne sige noget om omfanget af den psykiske sygelighed. Kræft og hjertekarsygdomme, som var de almindeligste dødsårsager, blev prioriteret højt, og det har de været lige siden. Prioriteringsudvalget medtog også „psykiske og psykosomatiske lidelser, arbejds- og trafikulykker, arbejdsbetingede lidelser mv.“ ⁶²

Tolv år senere, da den borgerlige regering lancerede sit forebyggelsesprogram, blev arbejdsbetingede lidelser ikke nævnt, til gengæld var bevægeapparatlidelser, som også kan være arbejdsbetingede, kommet til. Sygdommene var valgt, fordi de var alvorlige, „målt ved deres økonomiske konsekvenser, dels i tab af velfærd – og af mulighederne for ved en målrettet indsats at opnå resultater“. ⁶³ Den borgerlige regering brugte således tre forskellige kriterier ved fastlæggelsen af, hvad man opfattede som store sundhedsproblemer: følgerne for den, der blev ramt af sygdommen, følgerne for samfundsøkonomien og mulighederne for at forebygge sygdommene.

I 1998 ville den nu socialdemokratiske-radikale regering prioritere stort set samme sygdomme i forebyggelsesarbejdet, som den borgerlige regering i 1989. Ulykkerne var dog gledet ud, mens astma og allergi var kommet ind. ⁶⁴ Omprioriteringen blev ikke begrundet. I Folkesundhedsprogrammet fra 1999 prioriterede regeringen at forebygge de sygdomme, der især påvirkede midlelleveiden. „De væsentligste sundhedsproblemer er de store folkesygdomme. Hjertekarsygdomme og kræft er de største folkesygdomme, både med hensyn til dødelighed og for tidlige dødsfald ... Ulykker og luftvejslidelser er også væsentlige folkesygdomme“. ⁶⁵ Ulykker blev både nævnt som sundhedsproblemer og som risikofaktorer. Derimod blev allergi, bevægeapparatlidelser og psykiske lidelser stort set ikke nævnt. De havde jo også forholdsvis lille indflydelse på dødeligheden.

Fokuseringen på midlelleveid og dødelige sygdomme fortsatte frem til regeringsskiftet i 2001. Fra da af blev forebyggelse af ikke-dødelige sygdomme igen prioriteret ved siden af de dødelige. Begrundelserne for valg af sygdomme var, at de havde store menneskelige og samfundsmæssige omkostninger. Hvordan beregningen var sket, fremgår ikke. ⁶⁶

I Danmark blev det i det hele taget sjældent angivet, hvordan vægtningen af de forskellige sundhedsproblemer foregik. Kun i 1990'erne, da sammenligningen med andre lande vedrørende dødelighed dominerede debatten,

var begrundelsen åbenbar, nemlig at Danmark ikke skulle have en ringere udvikling end andre lande. Uanset hvilke sygdomme, som i forskellige sammenhænge blev prioriteret, blev de kaldt folkesygdomme. Det kan være en tilfældighed, men ligner et politisk mønster, at borgerlige politikere lagde større vægt på sygdomme, som påvirkede folks funktionsevne og „livskvalitet“, mens socialdemokraterne hovedsagelig lagde vægt på dem, der påvirkede dødeligheden.

SVERIGE: TILFREDSHED MED UDVIKLINGEN OG DOG ...

De svenske betænkninger fra slutningen af 1990'erne gjorde mere ud af definitioner: „Folkhälsa är således inte bara summan av individernas hälsa utan omfattar även det mönster som råder mellan befolkningens olika grupper med större eller mindre olikheter i sjukdomsrisker och sjukdomskonsekvenser samt de förändringar som sker gradvis eller i form av t.ex. epidemier“.⁶⁷ Middellevetiden var, ifølge den svenske *folkhälsokommitté*, ikke et egentligt mål på folkesundheden, da den ikke siger noget om sygelighedens fordeling i befolkningen og heller ikke siger alt om sygeligheden, fordi ikke al sygelighed påvirker dødeligheden.⁶⁸

De svenske politikere havde i hele denne periode opfattelsen af, at den svenske udvikling var usædvanlig god, når det drejede sig om sygelighed og dødelighed. I 1979 hed det i en betænkning om dødelighed, at „uppgifterna från Sverige (ger) bilden av en från internationell jämförelsesynpunkt mycket god hälsosituation“.⁶⁹ I 1984 hed det, at „detta är siffror som ger Sverige en hälsomässig tätposition bland de utvecklade länderna“.⁷⁰ I 1999 skrev *folkhälsokommittén*, at „det svenska samhället har varit ovanligt framgångsrikt när det gäller att skapa och under många decennier upprätthålla bra förutsättningar för ett välstånd och en god hälsoutveckling“.⁷¹ Selvtillfredsheden er ikke til at tage fejl af. Der var dog enkelte mørke pletter på det lyse selvbillede. I 1979 kunne man konstatere, at mænds middellevetid var stagneret siden 1950'erne.⁷² Fra 1984 konstateredes, at den sociale ulighed i sundhed var stor, og at den var voksende (se kapitel 7), og i 2002 var det store og voksende antal sygemeldinger kommet på den politiske dagsorden, ikke mindst fordi de indebar store udgifter for det offentlige. Helt tilfreds med sundhedstilstanden var man ikke, ellers ville der jo ikke have været grund til at beskæftige sig så meget med den. Der blev, som sagt, lavet flere undersøgelser og skrevet flere og større betænkninger om forebyggelse og folkesundhed i Sverige end i Danmark.

De folkesundhedsproblemer, de svenske politikere prioriterede, var de samme som de danske. Der var dog den forskel, at ikke-dødelige sygdomme som psykiske sygdomme og bevægeapparatlidelser blev prioriteret højere gennem næsten hele perioden. I 1979 prioriteredes forebyggelse af sygdomme, som havde indflydelse på dødelighed, sygemeldinger og førtidspensioneringer, dvs. hjertekarsygdomme, kræft og voldsom død samt luftvejslidelser og bevægeapparatlidelser. Psykiske sygdomme blev ikke nævnt.⁷³ I betænkningen fra 1984 var psykiske lidelser og fordøjelsessygdomme føjet til. Prioriteringen skete på basis af en ubeskrevet sammenvejning af „direkta vårdkostnader och kostnader för produktionsbortfall förorsakat av sjukfrånvaro, förtidspension och dödsfall“,⁷⁴ det vil sige hovedsagelig økonomiske kriterier.

I regeringens proposition fra 1991⁷⁵ præsenteredes en ny prioritering. Den lignede den danske fra 1989 med den forskel, at psykiske sygdomme og bevægeapparatlidelser blev prioriteret på linje med de dødelige sygdomme, og at man også medtog allergi og seksuelt overførbare sygdomme. De sidste blev aldrig nævnt i Danmark i disse sammenhænge. Prioriteringen forklarede med en samfundsøkonomisk bedømmelse af omkostningerne ved sygdom, tidlig død og sygedagpenge, og med en vurdering af, hvilke sygdomme der medførte de største lidelser. Hvordan beregningerne af det ene og det andet konkret var udført fremgår ikke. Men få år efter i 1994 opstillede regeringen for første gang kriterier for, hvad der skulle regnes som et folkesundhedsproblem. Det var problemets betydning for dødeligheden; det omfang, i hvilket det belastede sundhedsvæsenet og forekomsten sammenlignet med andre lande.⁷⁶ Begrundelserne for prioritering af sygdomme skiftede således, men dødelighed og økonomi var med hele tiden.

I 1999 konstaterede *folkhälsokommittén*, at de vigtige træk i sundhedsudviklingen foruden den voksende mellelevetid, var at „psykiska och psykosomatiska besvär ökar, särskilt hos yngre kvinnor i arbeten med låga utbildningskrav och hos barn och ungdomar. ... (och) att sociala skillnader i hälsa mellan sociala klasser inte tycks ändra sig utan ligger kvar på nivåer som man också finner i många andra europeiska länder idag“. ⁷⁷ Det var åbenbart politikerne magtpåliggende at fremhæve, at udviklingen ikke var værre i Sverige end i andre lande. Desuden bemærkedes det faldende fødselstal, et emne der allerede i 1930'erne havde optaget svenske politikere mere end de danske.

Folkhälsokommittén præsenterede en kompliceret metode for prioritering af de sygdomme, man skulle beskæftige sig med, den såkaldte „sjukdoms-börda“. Denne bestod i en sammenvejning af tabte leveår og funktionsned-

sættelse, såkaldte DALYs. Oplysninger om en sygdoms indflydelse på funktionsevnen byggede især på interviewundersøgelser, hvor folk bl.a. blev spurgt om selvoplevet helbred. Til forskel fra WHO og Verdensbanken regnede den svenske komité alle tabte leveår med samme vægt, dvs. de gamles tabte leveår talte ikke mindre, og man vægtede tab i fremtiden lige så tungt som tab nu. I den svenske beregning valgte man også at medtage symptomer, der savnede entydige diagnoser, som smerter, allergier og psykiske lidelser, som de blev rapporteret i interviewundersøgelser.⁷⁸ Sygdomsbyrden tog således alene udgangspunkt i sygelighed og dødelighed, ikke i de økonomiske følger. Sygdomsbyrden blev omtalt som et problematisk mål, som rummede mange skøn, men det blev alligevel opfattet som det bedste.⁷⁹ „Måttet ska ... inte jämföras med någon svårsmätbar sanning utan med det underlag på vilket man i dag fattar en mängd hälsopolitiska beslut“. Beregningen af sygdomsbyrden førte frem til, at hjertekarsygdomme var de vigtigste sygdomme. De udgjorde 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde, psykisk sygdom 20 pct., kræft 15 pct. og skader 10 pct.; dertil føjedes diabetes, allergi, infektionssygdomme og bevægeapparatlidelser.⁸⁰ I 1999 valgte man altså at se bort fra de økonomiske aspekter, samtidig med at man prioriterede på baggrund af eksplicite kriterier og beregninger.

Denne linje fortsattes i *Folkhälsorapporten* fra 2001, hvor der var en tabel over, hvilke sygdomme der var de alvorligste, afhængigt af hvilket mål der blev brugt.⁸¹ Tabellen viste, at hjertekarsygdomme var de alvorligste sygdomme målt med den samlede dødelighed og død før 65 år. Hvis man så på antallet af tabte leveår før 65 år, kom kræft højest for kvinder og skader for mænd. Bevægeapparatlidelser var den mest almindelige årsag til kronisk sygdom og til førtidspensionering. I en sammenvejning i de såkaldte DALYs⁸² kom psykiske sygdomme ind på en førsteplads for begge køn, dvs. at de var „større“ end hjertekarsygdomme.⁸³ Fremstillingen viser, hvor meget valg af mål for sygelighed kan betyde for prioriteringer i folkesundhedsarbejdet. I 2000 konkluderede *folkhälsokommittén*, at: „den psykiska ohälsan är det mest angelägna hälsoproblemet att angripa, dels på grund av dess storlek, men också för att minst sammantagna insatser gjorts för att förebygga psykisk ohälsa“. ⁸⁴ I *propositionen* fra 2002 blev også den psykiske sygelighed fremhævet, især på baggrund af, at den bidrog meget til væksten i antallet af sygemeldinger. Bevægeapparatlidelser var stadig den almindeligste grund til sygemeldinger, men de fik ikke samme opmærksomhed. Sygemeldingernes fordobling mellem 1997 og 2002 gav anledning til stor politisk opmærksomhed, og to udredninger blev iværksat,⁸⁵ men tilsyneladende ikke til større initiativer.

De svenske embedsmænd og politikere var således mere eksplicitte med hensyn til, hvilke kriterier de brugte, når de skulle definere en sygdom som et folkesundhedsproblem. Beregningsmetoderne diskuteredes, ændredes og udvikledes i løbet af perioden. En sygdoms betydning for den offentlige økonomi og samfundsøkonomien, som blev nævnt i 1980'erne, gled i løbet af 1990'erne ud som prioriteringskriterium. I Sverige gjorde man generelt mere ud af, at valgene var baseret på videnskabelige undersøgelser end i Danmark. Beskrivelserne af sundhedsproblemerne og deres årsager var mere omfattende. Men også i Danmark forekom videnskabelige referencer hyppigere i 1990'erne end tidligere. Henvi-sning til dokumenteret viden havde tilsyneladende fået større vægt i den politiske argumentation.

I Sverige prioriterede man forebyggelse af ikke-dødelige sygdomme hø-jere end i Danmark. Mest markant er, at psykisk sygelighed spillede en større rolle i Sverige især i slutningen af perioden, og at seksuelt overførte sygdomme aldrig blev nævnt i Danmark. Som det fremgår af figur 5.2, var forskellen i dødelighedsmønstret ikke så stor, bortset fra at kræftdødeligheden var betydelig større i Danmark. Sundhedspolitikken, især i 1990'erne, blev formulert på baggrund af to meget forskellige opfattelser af sundhedstilstanden, et rystet selvbillede i Danmark og et overordentlig positivt i Sverige. I de seneste år er der blevet rokket ved det svenske selvbillede, især på grund af de stærkt stigende antal sygemeldinger.

FOLKESUNDHEDSPROBLEMERNES ÅRSAGER

DANMARK: LIVSSTIL

Det danske prioriteringsudvalg gjorde i 1977 ikke meget ud af at identificere mulige årsager til borgernes sygelighed. Udvalget konstaterede, at „dødeligheden i næsten alle aldersklasser begyndte at falde i slutningen af forrige århundrede og ved begyndelsen af dette. Årsagen til dette fald er ukendt ... den største del af faldet er sat ind, før den kraftige ekspansion i sundhedsvæsenets ressourceforbrug“. ⁸⁶ Betænkningens iagttagelser adskiller sig fra de samtidige svenske betænkninger, der, som det vil fremgå nedenfor, tillagde den økonomiske vækst og velfærdsstaten æren for faldet i dødelighed. Indirekte fremgik det dog, at både folks adfærd og deres omgivelser havde betydning for sygeligheden. Det kan man læse af de forslag, udvalget fremsatte om sundhedspædagogik mv.

Forebyggelsesprogrammet fra 1989 gjorde mere ud af årsagerne. „De syg-

domme, der *i dag* belaster befolkningen og behandlingssystemet er livsstils-sygdommene“, „sundhedstilstanden (bortset fra den enkeltes arvelige forudsætninger) ... påvirkes ... af, – hvilken livsstil den enkelte har: kost, tobak, alkohol mv., – hvor stabile den enkeltes menneskelige rammer er: familie, venner, arbejdsrelationer mv., – hvor sikre de fysiske omgivelser er for den enkelte: trafik, miljø, arbejdsmiljø, arbejdsforhold generelt“. ⁸⁷ Livsstilen blev således tillagt stor betydning, men var ikke den eneste forklaringsfaktor. Ved livsstil forstås i denne sammenhæng adfærdsformer, der har betydning for sundheden, og som det enkelte individ i princippet selv kan vælge. Med levekår menes de vilkår mennesker lever under, f.eks. boligforhold, arbejdsmiljø, arbejdsløshed, ydre miljø og sociale relationer i samfundet.

I 1999 pegede regeringen igen på livsstil som primær årsag til danskernes sundhedsproblemer. „Vores livsstil er årsagen – tobak, alkohol, ulykker samt fed kost og ingen eller for lidt motion. Alle disse risikofaktorer kan forebygges“. ⁸⁸ Kræft og hjertekarsygdomme blev kaldt livsstilssygdomme, dvs. at menneskers livsstil var årsag til dem. „Disse vaner er socialt og kulturelt betingede, men er også et resultat af individuelle valg“. ⁸⁹ Betonningen af livsstilens betydning var mere udtalt i 1999-programmet end i de tidligere dokumenter. Med programmet fra 2002 føjedes også arbejdsmiljø og miljøfaktorer til risikofaktorerne, men de såkaldte livsstilsfaktorer fyldte stadig mest. Der var frem for alt tale om rygning, alkoholforbrug, kost og fysisk aktivitet.

I Danmark var det således somatiske sygdomme, især de dødelige, som var højest prioriteret, og befolkningens adfærd eller livsstil, som blev fremhævet som deres vigtigste årsag. De danske folkesundhedspolitiske udmeldinger omhandlede sjældent emner uden for indenrigs- og/eller sundhedsministeriets område.

SVERIGE: LEVEKÅR OG LIVSSTIL

Forklaringerne på sygelighed var delvis de samme i Sverige. I 1984 var de vigtigste årsager til hjertekarsygdomme „riskfaktorerna rökning, kostsammansättning – blodfetter, förhöjt blodtryck och otillfredsställande psykosociala förhållanden“. ⁹⁰ De sidste spillede en beskedent rolle i de danske programmer og redegørelser. I begge lande lagde myndighederne stor vægt på rygningens betydning for sygeligheden. I 1994 skrev den svenske regering: „Tobaksbruk, framför allt cigarettökning, är en av de allra största enskilda, påverkbara hälsoriskerna när det gäller en rad sjukdomar“. ⁹¹ Rygningens

rolle som den største sundhedsfare blev efter århundredeskiftet i det nærmeste overtaget af fysisk inaktivitet (se kapitel 8).

I de svenske programmer blev der generelt lagt mindre vægt på adfærd som sygdomsårsag, og levevaner eller livsstil blev hovedsagelig forklaret med menneskers levetilstand. I propositionen fra 2002 hed det: „Levnadsvanor har i ett flertal undersökningar visat sig höra samman med kön, utbildningsnivå, ålder, social, etnisk och kulturell tillhörighet. Man talar allt mer om strukturellt betingade levnadsvanor som mer tar sikte på människors förutsättningar att leva hälsosamt“.⁹²

Levekårene spillede i det hele taget en større rolle i Sverige som årsagsforklaring og ikke kun som årsag til levevaner. I betænkningen fra 1984 hed det, at „fattigdom och dåliga levnadsförhållanden i ett historiskt perspektiv är grundläggande orsaker till hög sjuklighet och för tidig död“.⁹³ *Folkhälsokommittén* skrev i 1998: „Samhällets organisation och funktionssätt påverkar vilka hälsorisker vi utsätts för och har därmed stor betydelse för befolkningens hälsa“.⁹⁴ Forhold, der hovedsagelig lå uden for den enkeltes direkte indflydelse, blev med andre ord tillagt stor betydning. Som det vil fremgå af kapitel 9, ønskede de svenske politikere og myndigheder, at folk selv skulle handle for at ændre deres levestandard. De skulle tage et politisk og samfundsmæssigt ansvar. Samfundsforholdene var således også den enkeltes ansvar, samtidig med at den enkeltes adfærd ikke kun blev set som dennes eget ansvar.

Folkhälsokommittén præsenterede i 1999 en model over sygdommes årsager, hvor den sociale position, den enkeltes placering i samfundet – defineret ved stilling, indtægt, uddannelse mv., sundhedspolitikken og den sociale kontekst – spillede centrale roller for sygelighed og dødelighed. Disse havde betydning for de sundhedsrisici, man blev udsat for, for hvilken effekt disse risici havde for helbredet, og hvilken betydning sygeligheden havde for fortsat beskæftigelse mv.⁹⁵ Komiteen lagde stor vægt på, at alle sygdomme havde flere årsager. „Varje hälsoproblem har många olika bidragande orsaker som hänger ihop i ‘kausala nät’ på så sätt att de påverkar varandras förekomst och effekt“.⁹⁶ Herved adskiller forklaringerne sig fra tilsvarende danske fra 1999 og 2002, som pegede på enkeltstående risikofaktorer som rygning, alkoholforbrug, uhensigtsmæssig kost og manglende motion. I *propositionen* fra 2002 blev følgende faktorer betydningsfulde for sundhedsudviklingen fremhævet: den demografiske udvikling, dvs. flere gamle, ændrede forhold for børnefamilier, arbejdslivsudviklingen, velfærdsudviklingen, ændringer i miljøet, voksende alkoholforbrug, færre naturlige krav på fysisk aktivitet.

Der var tale om et sammensat billede af årsagsfaktorer, hvor livsstil udgjorde en mindre del.

Som noget nyt pegede *folkhälsokommittén* på den såkaldt sociale kapital betydning for sundheden. Den definerede social kapital som: „Existensen af sociala strukturer, normer och nätverk som skapar förutsättningar för kollektivt handlande i termer av förpliktande ömsesidighet och förtroende i relationerna mellan individer har bedömts ha stor betydelse för ekonomisk tillväxt och bekämpande av fattigdom“.⁹⁷ Med henvisning til udviklingen i Danmark skrev komiteen, at der ikke nødvendigvis var en sammenhæng mellem økonomisk vækst og god sundhedsudvikling.⁹⁸ I 1990'erne var den økonomiske udvikling betydelig bedre i Danmark end i Sverige. Den bedre svenske middellevetidsudvikling på trods af økonomisk modgang forklarede med, at der i Sverige fandtes megen social kapital, det kit som holdt samfundet sammen.⁹⁹ I et bilag til betænkningen hed det, at begrebet social kapital hverken var særlig veldefineret eller godt videnskabeligt undersøgt, men det hindrede ikke, at det fik en fremtrædende plads i programmet. Det forhold, at begrebet syntes at kunne forklare sammenhængen mellem velfærdsstat og folkesundhed, var sandsynligvis en grund til dets gennemslag i det svenske folkesundhedsprogram. Det passede med forestillingerne om, at det solidariske samfund og den omsorgsfulde stat skabte forudsætninger for sundhed. Kravene til videnskabelig dokumentation slækkes nemt over for det, som synes indlysende rigtigt. Allerede i 1984 talte man om, at „stärka sociala sambanden mellan individer och samhällsgrupper“,¹⁰⁰ med henblik på at forbedre sundheden. Som i 1930'erne og 1940'erne fremhævedes de folkelige bevægelser, når det handlede om at forklare den positive udvikling i folkesundheden.¹⁰¹ I 2002 skrev regeringen ikke så meget om social kapital, mere om delagtighed. Med dette begreb kunne mål for den almindelige samfundsudvikling ukompliceret kombineres med folkesundhedspolitikken: „Möjlighet till delaktighet och inflytande är kärnfrågor för ett demokratiskt samhälle och har visat sig även påverka folkhälsan“.¹⁰² Både demokrati og velfærdsstat styrkede folkesundheden, og en sund befolkning var en forudsætning for høj politisk deltagelse og for en stærk velfærdsstat. Det hele gik op i en højere enhed.

En teori om en sammenhæng mellem indkomstfordeling og dødelighed, som især blev fremført af den engelske socialepidemiolog Richard Wilkinson, blev nævnt flere gange af *folkhälsokommittén*. Den passede også godt med forestillingerne om velfærdspolitikens gavnlige indflydelse på sundheden. „En del studier visar t.ex. att samhällen med stora inkomstklyftor också upp-

visar svaga välfärdsinstitutioner och låga investeringar i s.k. socialt kapital, medan det omvända oftast gäller för samhällen med små inkomstklyftor“.¹⁰³ Endnu en videnskabelig bekräftelse på den socialdemokratiska lighedspolitikens fortræffelighed, som dog også er omdiskuteret.¹⁰⁴

Velfærdspolitikken blev således i Sverige set som en væsentlig sundheds-
skabende faktor: „Det faktum att fattigdom förefaller att ha mindre hälsoef-
fekter i Sverige än i många andra länder, har tolkats som en skyddande effekt
av den generella välfärdspolitiken“.¹⁰⁵ Tilsvarende tanker fremsattes i 1984,
hvor der i en betænkning stod, at „velfærdspolitikken har gett klara hälsopoli-
tiskt gynnsamma resultat“.¹⁰⁶ Og i 1987 stod i *folkhälsorapporten*: „Det förhål-
landet att Sverige sedan mycket länge har haft lägre dödlighet än andra län-
der med samma ekonomiska utveckling har ofta – inte minst av omvärlden
– tagits som uttryck för en positiv effekt av välfärdsstatens utbyggnad“.¹⁰⁷
Tilliden til velfærdsstatens velsignelser, især i dens svenske udformning, var
således stor. Som det hed i et socialdemokratisk program fra 1978: „Sverige
framstår internationellt som ett eftersträvansvärt exempel på hur social rätt-
visa och avancerad teknologi kunnat kombineras till människornas bäs-
ta“.¹⁰⁸ Der blev ikke her henvist til videnskabelige undersøgelser, som kun-
ne dokumentere påstandene.

I Sverige fremhævede man naturens indflydelse på folkesundheden, hvil-
ket jeg ikke har set i det danske materiale fra slutningen af århundredet. I
1991 skrev regeringen om betydningen af „trädgårdsskötsel och vistelse ute i
skog och mark“.¹⁰⁹ *Folkhälsokommittén* skrev om betydningen af grønne
områder og sammenhængen mellem, at små børn var ude og deres sund-
hedstilstand.¹¹⁰ Den henviste til et begreb, som stammer helt tilbage fra den
hippokratiske medicin, naturens lægende kraft, det var dog snarere den ydre
natur end menneskets natur, der var tale om. Befolkningen skulle beredes
adgang til naturen, fordi: „Man vet i dag att naturen är en särskilt läkande
kraft mot olika stresstillstånd“.¹¹¹ I 2002 føjedes til naturens betydning kultu-
rens: „Det har särskilt visat sig att möjlighet till rekreation och återhämtning
i t.ex. natur- och grönområden, kulturoplevelser och skapande verksamhet
påverkar människors förmåga att återhämta sig från stress“.¹¹²

De svenske politikere, embedsmænd og eksperter søgte således at forkla-
re sundhedsproblemer med mange flere forhold end de danske, foruden at
de som de danske omtaler livsstil, gjorde de en hel del ud af forhold som
levestil, velfærdsstaten, social kapital, delagtighed og natur- og kulturople-
velser.

SAMMENFATNING

Myndighedernes opfattelse af årsagerne til et givet sundhedsproblem har konsekvenser for placeringen af ansvaret for det og dermed for, hvilke styringsbestræbelser der udfoldes. Når det gælder livsstilen, kan ansvaret placeres hos den enkelte; det kan ansvaret for levkårene ikke i samme omfang. Ansvarsplaceringen hænger dog ikke entydigt sammen med årsagsforklaringen. I Sverige var man mere tilbøjelig til at forklare en given livsstil eller adfærd med levkår, og derfor var den ikke kun den enkeltes ansvar. Samtidig ønskede politikerne også at pålægge den enkelte ansvar for fællesskabet og for levkårene og udtrykte forventninger om, at borgeren skulle deltage i den politiske proces. Det forhold, at livsstilen fik en så central betydning i Danmark, kan ikke kun skyldes, at man prioriterede såkaldte livsstilssygdomme, for også disse forklarede i Sverige med andre forhold end adfærd, f.eks. stress og socialt netværk. I Danmark lagdes således vægten på den enkelte borgers adfærd og de forhold, der var knyttet til vedkommende, mens man i Sverige fæstede større opmærksomhed på den sociale sammenhæng, borgeren indgik i. Den styring eller magtudøvelse, der skulle til for at forbedre folkesundheden, kom dermed i Danmark i højere grad end i Sverige til at handle om at få folk til at styre sig selv i en anden retning. De sociale relationer spillede således en betydelig større rolle i de svenske forklaringer på sygelighed og et større ansvar for folkesundheden lå på politikernes skuldre.

Politikerne i de to lande præsenterede stort set samme begrundelser for at tage initiativer til at forbedre folkesundheden. Man ønskede at sikre borgerne „gode liv“ og styrke økonomien, både den offentlige og samfundets som helhed. I Sverige blev det derudover nævnt, at et godt helbred var en forudsætning for frihed og mulighed for at deltage i demokratiet. Folkesundhedspolitikken blev meget eksplicit koblet til velfærdsstaten, ved at god sundhed var et velfærdspolitisk mål, og ved at velfærdspolitikken generelt skabte forudsætninger for god sundhed.

Frihed blev omtalt som en central værdi, især fra 1990'erne og frem. I Danmark, lagde politikerne vægt på, at borgerne skulle have frihed til at vælge, hvordan de ville leve, og i Sverige blev friheden set som en effekt af politikken, i og med at frihed fra sygdom var en forudsætning for at kunne handle frit og forme sit liv. Frihed var blevet et begreb med stærk værdiladning, og et fænomen, som politikerne ønskede at styrke, men på forskellige måder. Når der eksplicit blev talt om frihed, dominerede således i Danmark det, som i indledningen er omtalt som en negativ definition af frihed, dvs.

frihed fra indblanding. I Sverige var der oftest tale om en positiv definition af frihed, som handlede om at give mennesker mulighed for at kunne handle. Der blev også i Danmark talt om at give folk handlekompetencer o.l., men det blev ikke direkte relateret til ønsket om at styrke friheden, således som det skete i Sverige.¹¹³

I vurderingen af, hvilke sygdomme der udgjorde de store folkesundhedsproblemer, var de væsentligste forskelle mellem Danmark og Sverige, at man i Sverige lagde mindre vægt på deres betydning for dødeligheden. Man så også på selvoplevet helbred, sygefravær, førtidspensioneringer mv. Psykiske sygdomme spillede som i 1930'erne og 1940'erne en større rolle i den svenske folkesundhedspolitiske debat. I Sverige var man mere eksplicit om de kriterier, der lå til grund for den prioritering, man ønskede at foretage. I begyndelsen af perioden spillede økonomiske beregninger en rolle, men i *folkhälsokommitténs* prioriteringer var de gledet ud.

Fælles for de to lande var, at videnskabelig dokumentation spillede en stadig større rolle i argumentationen. Dels iværksatte politikerne flere undersøgelser, flest i Sverige, dels henviste de i stigende omfang til videnskabelige undersøgelser foretaget i andet regi. Når en teori passede godt ind i det generelle billede, f.eks. den om social kapital, var kravene til videnskabelig validitet dog knap så høje.

Sundheden kom især i 1990'erne til at spille forskellige roller i den nationale identitetsdannelse. I Sverige opfattede man befolkningens sundhed som usædvanlig god og som en bekræftelse på, at den svenske velfærdsstatspolitik var lykkedes. I Danmark fik selvbilledet nogle skrammer ved opdagelsen af, at den danske middellevetid ikke voksede så hurtigt som andre landes. I Danmark skulle folkesundhedspolitikken ved slutningen af århundredet være med til at rette op på et problem, som det måske var svært at acceptere eksistensen af. Det kan være en grund til, at folkesundhedspolitikken ikke fik så stor plads der som i Sverige.

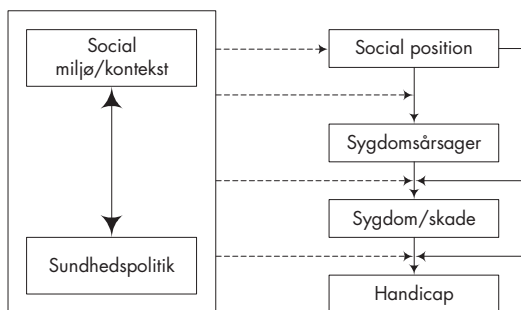
NOTER

- 1 Helt uden opmærksomhed var området dog ikke i de mellemliggende årtier. I Danmark blev f.eks. Komiteen for Sundhedsoplysning oprettet i 1964 af Dadl og De danske sygekasser med det formål, at „støtte enhver organisation eller institution i udarbejdelsen af sundhedsoplysning i videste forstand og distribution af sundhedsoplysende materialer“. Poulsen, 1985. I Sverige var der oprettet et statsligt organ med sundhedsoplysning som hovedopgave i 1958, se nedenfor.
- 2 Vallgård, 1992.
- 3 Vallgård, 1992; Anell & Claesson, 1995.
- 4 *Befolkningsudvikling og sundhedsforhold 1901-60, 1966, Befolkningsutvecklingen under 250 år, 1999.*
- 5 Kjølner, Rasmussen, Keiding, Petersen & Nielsen, 1995.
- 6 Fra 1997 begyndte sygemeldingerne at vokse meget i Sverige, hvilket der kom stor politisk opmærksomhed på fra 1999, ikke mindst på grund af de økonomiske konsekvenser. Personlig oplysning fra Finn Diderichsen. Tal kan findes på www.rfv.se/stat/socfakt/sjukh/. Det spillede dog ikke den store rolle i forbindelse med folkesundhedspolitikens formulering før i 2002, måske fordi sygemeldingerne betragtedes som en del af det socialpolitiske område.
- 7 *SOU 1979:78, SOU 1984:39, Regeringens proposition 1990/91: 175 om vissa folkhälsofrågor.*
- 8 *SOU 1998:43; SOU 1999:137; SOU 2000:91.*
- 9 Regeringskansliet, 1997.
- 10 *Danskernes sundhed mod år 2000, 1997.*
- 11 Hvorvidt der er tale om direkte inspiration er dog usikkert. Lalonde-rapporten findes ikke umiddelbart tilgængelig på noget dansk bibliotek. I Sverige blev den oversat og udgivet af Socialstyrelsen i mindst 10.500 eksemplarer. Lalonde, 1986.
- 12 Parish, 1995, s. 13-23.
- 13 *Government Resolution on the Health 2015 public health, 2001. Det er bruk for alle, 1998. Our Healthier Nation – A Contract for Health, 1998. Saving Lives: Our Healthier Nation, 1999. Health 21 – health for all in the 21th century, 1998.* For analyser af flere af disse programmer se Vallgård, 2001c; 2002a; 2002b.
- 14 *Prioritering i sundhsvæsenet, 1977, s. 29.*
- 15 Forslag til Lov om et forebyggelsespolitisk råd og et tobaksskaderåd fremsat af sundhedsminister Elsebeth Kock-Petersen. 6/12 1989. *Folketingstidende.*
- 16 Forslag til lov om ændring af lov om sundhsvæsenets centralstyrelse m.v. og lov om sygehusvæsenet m.m. (Oprettelse af et nationalt råd for folkesundhed samt styrkelse af Sundhedsstyrelsens opgaver vedrørende kvalitetsudvikling, evaluering m.v. inden for sundhsvæsenet). Skriftlig fremsættelse (10. november 2000). Sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen). *Folketingstidende.*
- 17 *SOU 1979:78, s. III.*
- 18 Regeringens proposition 2000/01:99. Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter. „Sektorövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området och ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena“.

- 19 *Att förebygga ohälsa*, 1986, s. 15.
- 20 Lov nr. 1024 af 19. december 1992.
- 21 *Sundhedsministerens redegørelse*, 1994, s. 20.
- 22 *Regeringens proposition 2002/03:35*, s.98.
- 23 En kortlægning af forskningen i de to lande ligger uden for rammerne af denne undersøgelse, så det følgende er en impressionistisk baseret fremstilling.
- 24 *SOU 1999:137*, s. 75.
- 25 Regeringen, 1999, s. 11.
- 26 Regeringen, 1999b s. 5.
- 27 DIKE, er et sektorforskningsinstitut, som oprindeligt blev oprettet for at følge udviklingen i tuberkulosesygeligheden og -dødeligheden. Institutet fik gradvis opgaven at følge udviklingen i sundhedstilstanden og sundhedsvæsenet. I 1999 skiftede instituttet navn til Statens Institut for Folkesundhed, SIF, som ikke skal forveksles med Institut for Folkesundhedsvidenskab, som hører hjemme på Københavns Universitet. Forvekslingen er dog næsten ikke til at undgå for andre end dem, der er ansat de to steder.
- 28 DIKE, 1988; Kjølner, 1995; 2002.
- 29 DIKE, 1989; 1997.
- 30 Lundqvist, 2001; Højlund & Thorup Larsen, 2001; Christiansen, 2000. Disse indeholder karakteristikker af folkesundhedspolitikken, som afviger noget fra det, jeg har fundet frem til.
- 31 Prioriteringsudvalget, 1977, s. 27.
- 32 Regeringen, 1989a. *Sundhedsministerens redegørelse af 3. maj 1989 vedrørende regeringens forebyggelsesprogram*. sp. 9619–71. Sundhedsministeren (Elsebeth Kock-Petersen), sp. 9658. Folketinget 10/5 1989.
- 33 *På menneskets vilkår*, 1992, s. 69.
- 34 *Fælles fremtid – fælles mål*, 1996, s. 23.
- 35 Forhandling om redegørelse nr. R 4: Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008. (Redegørelsen anmeldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99), Henriette Kjær (KF).
- 36 Regeringen, 2002, s.32.
- 37 Regeringen, 2002, s. 28.
- 38 *SOU 1984:39*, s. 26. „Hälso- och sjukvården måste härutöver ges en starkare förebyggande inriktning än tidigare. På detta sätt är det möjligt att anpassa verksamheterna till den mer återhållsamma utbyggnadstakt för hälso- och sjukvården, som från samhällsekonomisk synpunkt bedöms nödvändig“. s. 13.
- 39 Centerpartiet, 1981, s. 85.
- 40 *Motion till riksdagen 1989/90: So459 av Daniel Tarschys m.fl. (fp). Åtgärder för en bättre folkhälsa*.
- 41 *Folkhälsorapport*, 1987, s. 17.
- 42 *Hela folkets hälsa*, 1991, s. 19.
- 43 *Hela folkets hälsa*, 1991, s. 31.
- 44 *Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan*. 19 december 2002, s. 31.
- 45 *SOU 2000:91*, s. 65.

- 46 SOU 2000:91, s. 64.
- 47 SOU 1998:43, s. 206.
- 48 Regeringens skrivelse 1993/94:247. *Investera i hälsa – Prioritera för hälsa*. 19 maj 1994, s. 5.
- 49 *Hela folkets hälsa*, 1991, s. 21–22.
- 50 SOU 1999:137, s. 66.
- 51 Udtrycket „investera i hälsa“ var sandsynligvis hentet fra Verdensbankens publikation „Investment for health“.
- 52 SOU 1999:137, s. 578.
- 53 *Proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan*, s. 1.
- 54 *Regeringen 1999*, s. 110.
- 55 *Prioriteringsudvalget*, 1977, s. 257.
- 56 *Regeringen*, 1989b, s. 28 og s. 11.
- 57 DIKE, 1989, s. 10.
- 58 Nielsen, 1994, s. 5.
- 59 *Sundhedsministerens redegørelse 1994*, s. 19 og s. 20.
- 60 *Prioriteringsudvalget*, 1977, s. 28.
- 61 *Prioriteringsudvalget*, 1977, s. 245.
- 62 *Prioriteringsudvalget*, 1977, s. 264.
- 63 *Regeringen*, 1989a, s. 12 og s. 13.
- 64 *Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse*. (Redegørelse nr. R 9). Skriftlig redegørelse. Folketingsåret 1997/98, s. 3059.
- 65 *Regeringen*, 1999, s. 11.
- 66 Aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjertekarsygdom, knogleskørhed, muskelskeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser, rygerlunger. *Regeringen*, 2002, s. 32–33.
- 67 SOU 1998:43, s. 35.
- 68 SOU 1998:43, s. 147.
- 69 SOU 1979:78, s. 170.
- 70 SOU 1984:39, s. 11.
- 71 SOU 1999:137, s. 109. Se også *Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan*. 19. december 2002, s. 6: „I en internationell jämförelse ligger Sverige bland de länder som har den högsta medellivslängden“.
- 72 SOU 1979:78, s. 171.
- 73 SOU 1979:78, s. 171.
- 74 SOU 1984:39, s. 25.
- 75 Regeringens proposition 1990/91:175 om vissa folkhälsofrågor, s. 36 ff. *Riksdagsstryck*.
- 76 Regeringens skrivelse 1993/94:247. *Investera i hälsa – Prioritera för hälsa*. 19. maj 1994, s. 13. *Riksdagsstryck*.
- 77 SOU 1999:137, s. 16.
- 78 SOU 1999:137 s. 63–66.
- 79 SOU 1999:137, s. 67.
- 80 SOU 2000:91, s. 37ff.
- 81 En lignende tabel findes i Danmark i en lærebog i medicinsk sociologi, men er ikke lavet fra myndighedside. Juel, 1999, s. 45.

- 82 Et mål baseret på en kombination af tabte leveår og år med funktionsnedsættelse.
 83 Boström & Petersson, 2001, s. 26.
 84 *SOU 2000:91*, s. 77.
 85 *SOU 2002:5*. Den anden er ikke afsluttet.
 86 *Prioriteringsudvalget 1977*, s. 245.
 87 Regeringen, 1989a, s. 34.
 88 Regeringen, 1999, s. 5.
 89 Regeringen, 1999, s. 110-11.
 90 *SOU 1984:39*, s. 61.
 91 Regeringens skrivelse 1993/94:247. Investera i hälsa – Prioritera för hälsa. 19 maj 1994, s. 28. *Riksdagstryck*.
 92 Proposition 2002/03:35, s. 14. *Riksdagstryck*.
 93 *SOU 1984:39*, s. 11.
 94 *SOU 1998:43*, s. 131.
 95 *SOU 1999:137*, s. 84.



- 96 *SOU 1999:137*, s. 82-3.
 97 *SOU 2000:91*, s. 57.
 98 *SOU 2000:91*, s. 56.
 99 *SOU 1999:137*, s. 87.
 100 *SOU 1984:39*, s. 62.
 101 Ågren, 2002, s. 7; *SOU 2000:91*.
 102 Proposition 2002/03:35, s. 48. *Riksdagstryck*.
 103 *SOU 1999:137*, s. 19.
 104 Se f.eks. Lynch et al., 2001. Artiklen rummer også en kritik af teorien om den sociale kapitalers betydning for folkesundheden.
 105 *SOU 1999:137*, s. 87.
 106 *SOU 1984:39*, s. 52.
 107 *Folkhälsoberapport*, 1987, s. 17.
 108 Socialdemokraterna, 1978. Som den svenske historiker Alf W. Johansson skriver „... svensk nationell identitet har varit knuten till vår *modernitet*. Den har varit förbunden med nuet, med känslan av att tillhöra avantgardet, det mest moderna. ... eliten bland världens mest framstegsinriktade nationer: ... vi har sett oss som upplysningsprojektets älsklingsbarn, som andra stater haft att mäta sig med“. Johansson, 2001, s. 8.

- 109 *Regeringens proposition 1990/91: 175*, s. 23.
- 110 *SOU 1999:137*, s. 25 og 26.
- 111 *SOU 2000:91*, s. 15.
- 112 *Proposition 2002/03:35*, s. 13-14.
- 113 Heywood, 1998, s. 56 ff og Rose, 1999 s. 67.

STYRING GENNEM ANSVARLIGGØRELSE

Spørgsmålet om, hvem der havde ansvar for at forbedre folkesundheden, spillede en stor rolle i den politiske debat. Var det hovedsagelig den enkelte borger eller samfundets og politikernes opgave? Identifikationen af ansvarsrets placering kan ses som en del af myndighedernes styring, fordi den sætter rammer for de konkrete initiativer. I 1930'erne og 1940'erne var ansvarsfordelingen ikke til debat på samme måde, selv om der også dengang blev appelleret til pligt og ansvarlighed. De styringsteknikker, der blev foreslået med henblik på at få folk til at ændre adfærd, afspejlede den grad af ansvar, man ønskede at lægge på det enkelte individ.

HVEM KAN OG BØR TAGE ANSVAR?

DANMARK: ANSVAR FOR EGEN SUNDHED

Det udviklede sig nærmest til et mantra i den sundhedspolitiske debat i Danmark, at den enkelte selv måtte tage ansvar for sin sundhed. Den store politiske udfordring var at få borgerne til at erkende det. Prioriteringsudvalget skrev i 1977, at der burde „i hele befolkningen skabes en større forståelse for og bevidsthed om individets eget ansvar – og betydningen af egen indsats – for helbredstilstanden“.¹ Dette blev gentaget i forskellige parafraseringer. Sven Erik Hovmand, Venstre, sagde i 1978: „Vi må få folk til at forstå, at de selv har et ansvar for at leve et sundere liv“.² Den konservative Henning Grove mente samme år, at „det er det enkelte menneske, der først og fremmest er ansvarlig for sin egen sundhed“,³ og partifællen Karen Højte Jensen i 1989, at „det er positivt og centralt, at ansvaret ikke blot pålægges samfundet, de andre. Der må stilles krav til den enkelte“.⁴ Den borgerlige regering, der tiltrådte i 2001, betonede, at „sundheden først og fremmest er et individuelt ansvar“.⁵ Dette var imidlertid ikke kun et borgerligt synspunkt. Specialarbejderforbundet i Danmark skrev i 1988: „Vi er ansvarlige

for vort eget liv og helbred“.⁶ Også den socialdemokratiske sundhedsminister Birte Weiss talte i 1998 om „individets valgfrihed i forhold til egen sundhed“.⁷ Borgerne valgte selv, men de skulle helst vælge det sunde liv, dvs. tage ansvar for, at de var – eller blev – sunde. Politikerne forventede med andre ord, at borgerne ikke alene havde viljen til sundhed, men også, at de var ansvarlige nok til at efterstræbe den.

Det var dog ikke alle socialdemokrater, der mente, at den enkelte selv har hovedansvaret for sin sundhed. De fremhævede, at samfundsmæssige forhold, som lå uden for den enkeltes direkte indflydelse, havde størst betydning for sundheden, at det altså var „samfundets opgave at skabe leveforhold og udviklingsmuligheder for det enkelte menneske som på bedst mulig måde sikrer bevarelse af sundhed og trivsel og forebygger opståelse af sygdom“.⁸ Folketingsmedlem Torben Lund sagde i 1987/88, at „den enkeltes holdning og livsstil – vores vaner – (er) ikke et resultat af ingenting, men selvfølgelig et produkt af de påvirkninger den enkelte er udsat for hver dag, et produkt af vore livsbetingelser. Derfor kan man ikke bare løfte pegefingeren eller snakke om oplysningskampagner, der skal ændre folks livsstil; de grundlæggende forhold, som har skabt livsstilen, må også ændres“.⁹ I Folkesundhedsprogrammet fra 1999 hed det, at „det er således ikke alene et individuelt forårsaget problem, at der ryges mere i nogle socialgrupper end i andre. Der kan være tale om en tilpasning for eksempel til en presset arbejdssituation eller et kollegialt fællesskab og dets normer“.¹⁰ Livsstilen var central for sundheden, men den var ikke noget, folk valgte helt frit.

Mens de borgerlige lagde stor vægt på den individuelle ansvarlighed, hævdede socialdemokraterne både det individuelle ansvar og politikernes ansvar for vilkårene for menneskers valg og deres levekår i øvrigt.

SVERIGE: DELT ANSVAR

I Sverige skelnede *Folkhälsokommittén* i 1998 mellem ansvaret for den enkeltes sundhed og for folkesundheden, defineret som sygdomsmønsteret i befolkningen: „Ansvaret för individers hälsa är delat mellan individ och samhälle, men ansvaret för orättvisor i hälsans fördelning mellan grupper främst är ett ansvar för samhället“.¹¹ *Folkhälsokommittén* skelnede endvidere mellem forskellige former for adfærd og dermed forskellig ansvarsplacering: „Vid analysen av olika beteenden finns dock goda skäl att försöka särskilja individuellt relativt fritt valda beteenden och s.k. strukturellt betingade beteenden. I det förra fallet, som ofta karakteriserar mer privilegierade

gruppers livssituation, är möjligheterna ofta goda att genom en väl utformad hälsouppllysning nå fram och därmed skapa en god jordmån för ett hälsosammare val. I det andra fallet finns ett starkt samband mellan livsvillkor och levnadsvanor som gör att folkhälsoarbetet för att bli effektivt måste omfatta både samhälls- och individriktade insatser¹². Mulighederne for styring og ansvarlighed afhang af, hvilket socialt lag borgerne tilhørte. De privilegerede forventedes at kunne styres til at styre sig selv, når blot de var oplyst, mens andre grupper opfattedes som mere bundne i deres adfærd af de rammer, de levede under. De var derfor mere afhængige af, at samfundet skabte „stødjende strukturer och miljøer“¹³.

I Sverige blev der generelt skrevet meget mere om levkårenes betydning end i Danmark. Man var, hed det i en betænkning fra 1997, gået „från ett betraktelsesätt som understryker det individuella ansvaret till ett som i större utsträckning betonar de samhälleliga eller strukturella förhållandenas betydelse för individens möjligheter att nå och bibehålla god hälsa“¹⁴. Denne politik prægede også programforslaget fra *Folkhälsokommittén* og *propositionen* fra 2002, hvis forslag hovedsagelig drejede sig om at skabe forudsætninger for en god sundhedstilstand. De indebar, at ændringer i den enkeltes adfærd ikke var det vigtigste middel til forbedret sundhed¹⁵. I betænkningen fra år 2000 hed det, at målene bl.a. var at „Utveckla goda uppväxtvillkor. Förbättra villkoren i arbetslivet. Skapa en god fysisk miljö. Stimulera hälsofrämjande levnadsvanor. Utveckla en god infrastruktur för hälsofrågor“¹⁶.

Samme opfattelse lå bag, da *Folkhälsokommittén* omdefinerede rygning fra at være et valg af livsstil til et afhængighedsproblem: „Ny kunskap visar att bruket av tobak är inte följden av ett fritt konsumtionsval, utan tobak är i stället en drog med snabb tillvänjning. Nästan alla som börjat röka har gjort det innan de uppnått vuxen ålder. Tobaksbruk bör därför ses ur ett drogpolitiskt perspektiv och inte som vilken konsumtionsvara som helst“. Dermed flyttedes ansvar og styringsmetoder, sådan at det „också (var) ett ansvar för samhället att hjälpa dem som vill sluta röka“¹⁷.

De borgerlige partier i Sverige fremhævede derimod, som deres danske søstre, individets ansvar. Folkpartiet kritiserede en proposition fra 1991 for „den allt för svaga betoningen av individens eget ansvar för sin hälsa. ... Så viktiga bestämningsfaktorer som kostvanor, drogvänor och motionsvanor är emellertid omständigheter som den enskilde i stor utsträckning själv kan påverka. Vi anser det viktigt att understryka detta oberoende och att gradvis höja medborgarnas ansvar för den egna hälsan“¹⁸. De moderate skrev i en *motion* samme år: „Enligt vår uppfattning är det alltid individen som har det

yttersta ansvaret för den egna hälsan. Detta ansvar kan inte läggas på andra parter. ... Det avspeglar en bristande tilltro till individens intresse att bevara den egna hälsan“.¹⁹ De politiske holdninger i de to lande lignede hinanden, men både socialdemokrater og borgerlige i Sverige lagde større vægt på de samfundsmæssige forholds betydning for sundheden og dermed på politikernes ansvar end de danske. Der synes at være større forskelle på holdningerne mellem de to lande end mellem partierne i det enkelte land.

DANMARK: NOGET FOR NOGET OG ANSVAR FOR ANDRE

Selv om de danske politikere lagde vægt på den enkeltes ansvar for egen sundhed, ønskede de også at fremme ansvarsfølelsen over for andre. De ønskede at styre borgerne ved at appellere til dem som medmennesker og som medlemmer af et større fællesskab, især med ansvar for den offentlige sektors økonomi. Modydelsen mod at få hjælp, hvis de blev syge, var, at borgerne skulle vælge at bevare deres sundhed. Det danske prioriteringsudvalg skrev i 1977, at „det er med andre ord af fundamental betydning, at den enkelte person virkelig forstår, at han selv bærer et ansvar for sin sundhedstilstand, og at man ikke altid kan regne med, at sundhedsvæsenet vil være i stand til at genoprette helbredet, når sygdommen indtræder“. De skulle ikke kun handle ansvarligt som modydelse for de skattefinansierede sundhedsydelse, men også af hensyn til de offentlige udgifters størrelse. Den borgerlige danske regering skrev i sit forebyggelsesprogram i 1989, at den enkelte måtte acceptere begrænsninger i friheden: „Den enkelte må i et vist omfang acceptere regler og begrænsninger på områder, hvor konsekvenserne ikke blot rammer den enkelte, men også hviler tungt på fællesskabet“.²⁰ „Når adfærden belaster samfundets ressourcer uforholdsmæssigt meget“.²¹ Det betød, at handlinger, der belastede fællesskabet, skulle begrænses. Den vanskelige opgave var at definere „uforholdsmæssigt“, eftersom al sygelighed jo belaster samfundets ressourcer.

En tredje grund til, at borgerne burde opføre sig sundhedsgavnligt, var, at adfærden kunne have betydning for andre, dels ved direkte at påvirke andres sundhed, f. eks. gennem at udsætte dem for passiv rygning, dels ved, at det blev lettere at udvise sund adfærd, hvis alle gjorde det. Især socialdemokraterne talte for, at borgerne ikke kun skulle undlade at skade deres medmennesker, men også ligefrem tage medansvar for disses sundhed. Den danske socialdemokratiske indenrigsminister Egon Jensen mente i 1978, at man skulle arbejde for, „at der hos det enkelte menneske skabes forståelse for, at det selv har betydelige muligheder for at påvirke sin og andres sundhedstil-

stand og dermed medansvar for sin og andres sundhedstilstand“. ²² I Folkesundhedsprogrammet hed det, „at sundhedsundervisningen giver eleverne en bedre baggrund for at handle for at fremme egen og andres sundhed“. ²³ Den borgerlige regering var i 2002 inde på samme tankegang „Den enkelte har ansvar for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning“. ²⁴ Politikerne appellerede på den måde både til det autonome individ, som havde egen „velfærd“ som mål, og til et socialt ansvarligt individ.

SVERIGE: ANSVAR FOR ANDRE OG ANSVAR FOR FÆLLESSKABET

Ikke overraskende delte de svenske socialdemokrater den opfattelse, at mennesker har ansvar for hinanden. I 1991 skrev regeringen, at „individene har et stort ansvar för sin egen hälsa, men vi har också alla ett gemensamt ansvar att med hälsopolitiken motverka de mekanismer i hälsoutvecklingen som skapar en ojämlig hälsoutveckling“. ²⁵ Det samme gjorde flertallet i *Folkhälsokommittén*: „Individen ses som aktivt handlande och ansvarig social varelse. Samtidigt som hon strävar efter att forma sitt liv i enlighet med sina behov tar hon medansvar för helheten och andras bästa“. ²⁶ I slutningen af århundredet talte man ligefrem, ligesom i 1930'erne og 1940'erne, om, at alle havde ansvar for hele befolkningens sundhed. I en betænkning fra 1979 stod, at: „De möjligheter, som varje enskild människa besitter, måste utnyttjas för att sammantaget nå ett förbättrat hälsotillstånd för hela befolkningen“. ²⁷ Lignende tanker gav folkpartiet udtryk for i en *motion* fra 1990: „Vi anser att det är hög tid för en nationell samling inom detta område. Hela samhället måste engageras i kampen för en god hälsa“. ²⁸ Man havde forventninger om, at man med held kunne appellere til en ansvarsfølelse for fællesskabet, hele befolkningen, ikke kun de nærmeste medmennesker.

Modydelsestanken ses også i Sverige. Det stod i en betænkning fra 1979, at „mot de tämligen obegränsade rättigheter den enskilde har att utnyttja en vårdorganisation i samhället bör så att säga svara en skyldighet att sköta sin egen hälsa“. ²⁹ Den omsorgsfulde stat måtte kunne forvente loyale borgere.

Individet blev ofte omtalt som isoleret i Danmark og som en del af et fællesskab i Sverige. Man søgte dog også i Danmark at appellere til menneskers ønsker om at være gode samfundsborgere og at appellere til deres ansvarlighed for sig selv og andre.

RAMMER FOR OG STØTTE TIL DE SUNDE VALG

Mange politikere argumenterede for at styre borgernes adfærd ved at skabe rammer, som gjorde, at de valgte sundt, og ved at støtte dem, der valgte det sunde. Som Specialarbejderforbundet i Danmark skrev i 1988: „Der må skabes samfundsforhold, der giver den enkelte mulighed for at foretage de valg, der sikrer et sundere liv“.³⁰ Et slogan, som bl.a. WHO brugte, stod i forebyggelsesprogrammet fra 1989. Det lød: Gør „det sunde valg til det lette valg“.³¹ Sundhedsminister Birte Weiss sagde i sin sundhedspolitiske redegørelse i 1998: „Regeringen vil samtidig fastholde en solidarisk indsats for tilvejebringelse af ydre rammer og vilkår, som giver den enkelte reelle muligheder for at træffe sunde valg, der ikke bunder i en oplevelse af skyld eller pligt, men som styrker evnen til at tage ansvar for os selv og hinanden“. I 1990'erne var pligt åbenbart et ord med negativ ladning. *Folkesundhedsprogrammet* fra 1999 med sine mål om at gøre en indsats på forskellige arenaer: skolen, arbejdspladsen, lokalområdet og sundhedsvæsenet, byggede også på tanken om at skabe sådanne vilkår, at de bevirkede sunde adfærdsvælg. Det kunne handle om udbud af kantinemad, motionstilbud og ryge- og alkoholpolitikker på arbejdspladserne. Man søgte at styre folks handlinger på en måde, som ikke forudsatte selvstyring, nemlig ved at lægge deres valg til rette.

Samme forestillinger fandtes i Sverige. Der skrev regeringen i 1991: „Sammhällets roll är att skapa goda livsbetingelser för medborgarna och därmed erbjuda möjligheter att välja levnadsvanor som främjar en god hälsa“.³² En parlamentarisk komite i 1997 hævdede, at det havde „tett sig naturligt att studera de miljöer, eller arenor, som är gynnsamma för arbetet med att främja hälsa och där människor kan ges möjlighet att aktivt ta ansvar för sin egen hälsa“.³³

En anden måde at fremme den ønskede adfærd på var at støtte de valg, man fandt ønskelige. Svenske myndigheder skulle „stärka individen till att kunna göra bra val“,³⁴ og disse „gode valg“ var selvfølgelig dem, politikerne mente, var gode. Politikerne ville også give „erbjudanden om stöd för hälsosamma val“.³⁵ I de danske programmer spillede støtte også en central rolle. Der skulle udvikles „støttende miljøer“, og myndighederne skulle „styrke og støtte børn og unge i at udvikle sunde kost- og motionsvaner“.³⁶ Myndighederne stræbte efter at styre borgernes adfærd gennem at forme og fremme bestemte egenskaber og ønsker.

Prioritering af tiltag for at forbedre psykisk sundhed blev i Sverige fremhævet som et middel til en generel styrkelse af sundheden. *Folkhälsokommittén*

skrev i 2000: „Att bli stärkt i sin självkänsla och i viljan att överleva inte bara för stunden, utan också på sikt, är avgörande för människors val av levnadsvanor. Den psykiska hälsan är därmed en viktig faktor för att kunna påverka individuella levnadsvanor“.³⁷ Den danske regering skrev i 2002, at forebyggelsen skulle „støtte udvikling af selvverd“.³⁸ Ved at styrke menneskers selvfølelse regnede man således med at få dem til at vælge en sund livsstil.

Styring gennem at skabe rammer for en ønsket adfærd spillede en noget større rolle i den danske politiske debat end i den svenske og en større rolle for socialdemokraterne end for de borgerlige politikere.

STYRING Gennem Oplysning, Appel til Fornuften

For at borgerne kunne tage ansvar for eget helbred og ændre adfærd i den af myndighederne ønskede retning, måtte de have den rigtige viden. Det anså politikerne for deres opgave. Viden var ligefrem en forudsætning for frihed. I forebyggelsesprogrammet fra 1989 fandt den borgerlige danske regering, at der kunne sættes grænser for den enkeltes handlinger, „når adfærden skyldes uvidenhed om eller manglende forudsætninger for at vurdere konsekvensen af egen adfærd“.³⁹ Forældreuvidenhed var også det argument, som i sin tid blev brugt af danske politikere, for at det offentlige skulle påtage sig en del af ansvaret for børnene gennem helbredsundersøgelserne. Borgerne måtte have viden for at kunne slippe for myndighedernes indblanding.

„Sundhedspædagogik“ kaldte Prioriteringsudvalget i 1977 den oplysning, som skulle til. Dette dengang nye udtryk blev flittigt brugt i de følgende år. Siden blev sundhedsoplysning det mest brugte begreb. „Sundhedspædagogikken er af vital betydning for bestræbelserne på at ændre individets adfærd“. Den indebar mere end oplysning. Det var en „fælles betegnelse for sundhedsoplysning og sundhedsopdragelse“.⁴⁰ Vidensformidling var således ikke nok, den skulle kombineres med en formning af borgernes ønsker og egenskaber, altså med opdragelse.

Den svenske *folkhälsokommitté* betonedede betydningen af saglig oplysning. „Samhället måste också bidra med kunskap så att individens val blir medvetna och väl underbyggda“,⁴¹ man skulle „stärka konsumenternas beredskap och färdighet att göra hälsosamma val“.⁴²

I programmer og betænkninger søgte politikere og embedsmænd at lægge afstand til tidligere tiders sundhedsoplysning, som, hævdede man, havde været styrende og formynderisk. Nu handlede det om, at folk selv skulle

vælge. „Hälsoupplýsningin har í ett historískt perspektív oftá handlat om att övertala eller „tvinga“ människor att hålla sig friska, medan det i dag oftare handlar om att skapa förutsättningar och valmöjligheter för människor att leva ett hälsosamt liv“.⁴³ I Danmark skrev regeringen i 1999, at „udviklingen har også nedtonet tendenserne til en individualistisk og undertiden moraliserende tilgang til arbejdet for folkesundheden“.⁴⁴ Om forskellen i oplysningens karakter i 1930 og 1990 reelt var særlig stor, kan diskuteres, men politikere og andre havde åbenbart behov for at lægge afstand og sige, at de kom med noget nyt, som gav borgerne frihed til at vælge. Oplysning, sagde Preben Rudiengaard fra Venstre i 2000, medfører, at borgerne valgte en livsform, som politikerne fandt ønskelig, uden egentlig at reflektere over det: „Effekten skal ske ved en oplysning, således at man vælger naturligt, og det skal være det naturlige valg. Det er den sunde levevis“.⁴⁵ Han havde stor tillid til, at folk ville gøre, som han selv fandt rigtigt, hvis de blev „oplyst“.

Tilliden til, at oplysning ville føre til ændret adfærd, afspejlede en tro på, at man kunne styre ved at appellere til fornuften, samtidig med at man syntes at mene, at viden ikke var nok. Myndighederne måtte også ændre borgernes holdninger.

STYRING GENNEM HOLDNINGSÆNDRINGER, MOTIVATIONSSKABELSE

Borgernes værdier og mål skulle med andre ord også ændres. I Prioriteringsudvalgets betænkning hed det, at „et af de væsentlige problemer er derfor at få den foreliggende viden efterlevet, eller med andre ord at individet motiveres for ændring af holdning og adfærd“.⁴⁶ Forebyggelsesrådet skrev i 1981, at en sundhedspædagogisk „indsats vil være af afgørende betydning for at fremkalde de vidtgående holdningsændringer i forskellige dele af samfundet, som er afgørende for bestræbelserne på at begrænse aktuelle sygdomsproblemer“.⁴⁷ Sundhedsminister Carsten Koch sagde i 2000, at „det (er) utrolig vigtigt, at vi er os vores ansvar bevidst vedrørende påvirkning og mentalitet, det er det, der trods alt er den drivende kraft og bør være det“.⁴⁸ De svenske moderater ønskede i 1994, at folk skulle få „nya och ansvarsfulla värderingar“.⁴⁹ Hvis folk ikke havde forstand nok til at ønske det rigtige, var det politikernes opgave at få dem til at ændre holdning.

Forestillingerne om det frie individ, der selv valgte sin adfærd, var både en begrundelse for større frihed for den enkelte, og for at myndighederne skulle påvirke borgerne gennem oplysning. Som Forebyggelsespolitisk råd skrev

i 1998: „Respekten for selvbestemmelsesretten er stigende i befolkningen. ... For forebyggelse betyder det, at oplysning og tilbud til brugerne er blevet mere fremherskende og valg og fravalg en ret. Med selvbestemmelse følger nødvendigvis et vist individuelt ansvar“.⁵⁰ Og for myndighederne nødvendigheden af at sikre, at dette ansvar blev fornuftigt forvaltet.

Folkhälsokommittén erkendte dog, at ikke kun manglende viden førte til, at folk valgte en mindre sundhedsgavnlig adfærd. Også mangel på motivation spillede ind. Det kunne jo være, at andet end sundheden var vigtig for dem: „Människor väljer sällan livsstil främst av hälsoskäl“.⁵¹ „Våra val kan omöjligt styras enbart av en riskbedömning. Det riskfria livet är inte bara en utopi utan också urtrist. Vi gör alla avvägningar. Det är dess avvägningar som ibland kan påverkas av hälsouppllysning och ibland av samtidiga strukturella och individinriktade insatser“.⁵²

Der var en dobbelthed i politikernes udsagn. Samtidig med at de gik ind for, at folk skulle vælge frit, var de opsatte på at få dem til at vælge netop det, de selv anså for at være bedst for borgerne. De var, som vist, parate til at forsøge at ændre folks værdier og ønsker. Til disse hørte viljen til sundhed.

Ofte gik politikerne simpelthen ud fra, at ønsket om sundhed var til stede og grund nok til, at borgerne ville vælge en sundhedsgavnlig adfærd, men fra tid til anden udtrykte de behovet for, at man ligefrem måtte skabe vilje til sundhed. I prioriteringsudvalgets betænkning fra 1977 konstateredes, at „befolkningen mangler viden og motivation til egen indsats“,⁵³ og at „et af de væsentlige problemer er ... at individet motiveres for ændring af holdning og adfærd“.⁵⁴ Når den socialdemokratiske indenrigsminister, Egon Jensen, konstaterede, at oplysningen ikke havde virket og efterlyste „en forstærket sundhedsopdragelse af befolkningen“, handlede det givetvis også om at få folk til at ville sundheden.⁵⁵ Stadig i 1978 kunne man tale om, at voksne mennesker skulle opdrages.

De borgerlige partier i Danmark, Venstre og de konservative, gjorde en del ud af at fremhæve betydningen af at motivere folk til en bestemt livsstil, uanset at det kunne indebære, at man måtte ændre deres holdninger. Den konservative Karen Højte Jensen sagde f.eks. i Folketinget, at man skulle „øge befolkningens viden og bevidsthed, så den enkelte bliver interesseret i at gøre en aktiv indsats for at undgå at blive syg“.⁵⁶ Den borgerlige regering skrev i sit forebyggelsesprogram fra 1989 om behovet for at motivere befolkningen til at ønske sundheden.⁵⁷ I 1999 blev samme problem rejst i Folkesundhedsprogrammet. Den ønskede adfærdsændring kom ikke, fordi „den enkelte ikke kan omsætte viden til handling i sin hverdag på grund af

manglende færdigheder eller motivation“.⁵⁸ Styring gennem selvstyring forudsætter, at borgerne er motiverede til det rigtige. Bestræbelserne på at styre folks valg gennem påvirkning af deres værdier blev opfattet som en helt legitim form for magtudøvelse.

I Sverige pegede politikerne på det samme, dvs. på nødvendigheden af at skabe vilje til sundhed. I en betænkning fra 1979 hed det, at „den enskilde måste uppfatta hälsan som en viktig del av den egna välfärden och välbefinnandet“.⁵⁹ Og, at „det egna engagemanget kräver upplysning och utbildning om sambanden mellan livsföring och hälsa och stimulans till ett ökat intresse för hälsan“.⁶⁰ Ti år senere skrev en liberal politiker i en *motion*, at „kunskapen om hälsoskadliga livsstilar måste spridas till alla grupper i samhället och människor måste motiveras att använda denna kunskap“.⁶¹

Ansvar og oplysning hang sammen. For at kunne handle ansvarligt måtte folk være oplyst. I den danske politiske debat blev individets ansvar og behovet for oplysning, holdningsændringer og handlingsanvisninger fremhævet oftere end i Sverige. Der var et mere udtalt ønske hos myndighederne i Danmark om at styre individets adfærd gennem oplysning, holdningspåvirkning og handlingsanvisninger, dvs. gennem at forme dets mål.

GRÆNSER FOR MYNDIGHEDERNES STYRING?

Det er svært at konkludere, hvor politikerne selv satte grænsen for utidig indblanding og formynderi, når det gjaldt om at få borgerne til at handle ansvarligt gennem oplysning. Trods stærke borgerlige ønsker om at ændre folks holdninger og handlinger fremhævede de vigtigheden af netop ikke at optræde formynderisk. I 1989 skrev den danske borgerlige regering i sit program: „De fleste sætter nogle ret klare grænser for det offentliges indblanding i private forhold, og der er også grænser for, hvor langt man kan gå med holdningspåvirkning“.⁶² I 2000 sagde Preben Rudiengaard: „Vi vil ikke være med til tvang af nogen som helst art, og man skal frit kunne vælge som dansker, når man har fået sin orientering. Jeg vil ikke være formynder“.⁶³ De konservative skrev i et partiprogram fra 1990'erne, at de var „imod, at samfundet optræder som formynder over for den enkelte borger. ... En holdningsændring – og ikke tvang – er helt afgørende, således at den enkelte tager større ansvar for sin egen sundhed“.⁶⁴ At søge at ændre folks holdninger var åbenbart ikke formynderi.

Den borgerlige regering skrev i 1989: „Et dansk forebyggelsesprogram må betjene sig af midler, der er realistiske i et samfund med dybe traditioner for

solidaritet med de svage, men samtidig med respekt for de enkelte menneskers individuelle valg af livsform“.⁶⁵ Forbud kunne ikke bruges, fordi det ikke var dansk.⁶⁶ „Efter dansk tradition bearbejdes livsstil imidlertid kun sjældent via forbud og formynderi“.⁶⁷ Forebyggelsesrådet skrev tre år før: „Forbuddet som metode siges i almindelighed at ligge langt fra dansk mentalitet og er da også kun i ringe omfang anvendt i relation til f.eks. påvirkning af den personlige livsstil“.⁶⁸

Opsøgende virksomhed var et middel til at ændre borgernes adfærd, men den skulle også foregå på den rigtige måde. De konservative skrev i 1978: „Opsøgende socialmedicinsk virksomhed trænger sig ind på privatlivet, vil let få karakter af formynderskab fra det offentlige side og bør ikke finde sted. Der kan dog være situationer, hvor det er nødvendigt at gribe ind af hensyn til en svag parts tarv, f.eks. af hensyn til børnene“. De radikale udtalte, at „det er ikke foreneligt med liberale ønsker at foreslå en aggressivt opsøgende virksomhed med offentlig planlægning og kontrol med den enkeltes adfærd“.⁶⁹ Det var således ikke utidig indblanding at støtte adfærd, man fandt rigtig, og man måtte gerne være opsøgende, bare ikke aggressivt eller påtrængende. Socialdemokraterne var mindre fintfølende. I deres arbejdsprogram fra 1996 hed det: „Den enkelte borger skulle motiveres gennem individuel og gruppeorienteret oplysningsindsats til at tage bedre vare på sin egen sundhed. ... Rådgivnings- og oplysningsarbejdet skal starte tidligt og vare livet igennem“.⁷⁰ I 2002 skelnede den borgerlige regering mellem de ansvarlige og de svage og udsatte. Over for de sidste var det på sin plads med opsøgende arbejde, mens de første selv måtte tage ansvar for deres valg.

Folkesundhedsprogrammet fra 1999 foreslog opsøgende virksomhed over for svage og marginaliserede grupper, og det accepteredes tilsyneladende af alle. Der var i det mindste ingen, der tog afstand fra det. Tilbud om forebyggende hjemmebesøg hos ældre blev også vedtaget i 1995 med opbakning fra alle partier helt uden diskussion af, om det var rimeligt med en sådan virksomhed. Ordningen var et tilbud, men tilbuddet skulle gives uopfordret.⁷¹ Efter som der var tale om hjemmebesøg, dvs. en aktivitet i borgernes eget hjem, havde man måske kunnet forvente en vis debat om, hvor grænserne for det offentlige rolle gik. Børnene, de marginaliserede og de gamle under ét kunne åbenbart ikke forventes at være ansvarlige; derfor kunne andre styringsmidler accepteres.

Grænsen for indblanding diskuteredes også i Sverige. Leif Carlsson, der repræsenterede moderaterne i *folkhälsokommittén*, var i sin mindretalsudta-

lelse til dens programforslag anderledes konsekvent i sin afvisning af myndighedsstyring af borgernes adfærd. Han forlod sig helt på, at større frihed i sig selv ville give bedre sundhed og tog afstand fra påvirkning. Han kritiserede komiteens flertal for, at „med åberopande av hälsoskäl (ville) styra medborgarna i politisk „korrekt“ riktning ... kärnfrågan, i vilken utsträckning staten skall lägga sig i hur medborgarna lever, döljs på ett subtilt sätt“.⁷² Og videre „fokuserar kommittémajoriteten på livsstilsrisiker så att man därigenom i alltför hög utsträckning vill styra friska människors liv. Allt för lite hänsyn tas till den enskildes ansvar och integritet. Gränsen mellan å ena sidan befogad omtanke om medborgarnas hälsa och å andra sidan förmynderi och klåfingrighet överskrids alltför ofta“.⁷³ Mens de svenske moderater, til forskel fra de andre svenske borgerlige partier, helt afviste myndighedsindblanding, kunne de danske borgerlige politikere tilsyneladende acceptere den.

Ændringer af borgerens holdninger og adfærd bl.a. gennem opsøgende virksomhed blev især diskuteret i Danmark, dog kun over for marginaliserede grupper og børn og gamle. Det var ikke betimeligheden, men formen og intensiteten, der var til debat.

„EMPOWERMENT“

En ofte fremført forestilling var, at hvis folk havde magt, som de havde agt, ville de handle, som politikerne fandt rigtigt. Det vil sige, at hvis de fik større handlefrihed og forbedrede handlemuligheder, ville de vælge et sundere liv. Det var en af grundene til, at såkaldt *empowerment* eller *enablement*, eller på dansk handlekompetence, sås som en mulig metode til at styre folks adfærd i mere sundhedsgavnlig retning.⁷⁴ Det er en form for styring gennem ansvarliggørelse. Den magt over eget liv, som disse processer skulle give, regnede politikere og embedsmænd med, at folk ville bruge ansvarligt. Empowerment eller styrkelse af den enkelte var ikke et mål i sig selv, men et middel til at opnå en ændret adfærd. For at dette skulle lykkes, måtte borgerens mål og valg af midler formes. Ansvarligheden skulle både styrkes og styres.⁷⁵

Tove Lindbo Larsen (S) sagde i 1989, at „man skal sørge for, at folk har et beslutningsgrundlag og nogle livsvilkår, så de selv kan yde den indsats, der er nødvendig“.⁷⁶ Det radikale venstre skrev i 1997, at det handlede om „at give det enkelte menneske bedre mulighed for at tage vare på sin egen og sine børns sundhed“.⁷⁷ Samme tanker fandtes i den socialdemokratisk-radikale regerings program fra 1999: „Formålet med undervisningen er at udvikle en sund adfærd og handlekompetence i forhold til sundhed hos eleverne, såle-

des at de gennem viden, engagement og selvtillid bliver i stand til at forholde sig kritisk og handle for at fremme egen og andres sundhed“.⁷⁸ Det, eleverne skulle forholde sig kritisk til, må være det, der opfattedes som sundhedsskadeligt. Eleverne skulle ikke have handlekompetence i al almindelighed. De skulle blive kompetente til at gøre det, myndighederne fandt rigtigt.

Samme tanker fandtes i Sverige, men de fyldte ikke så meget i de svenske programmer som i de danske. Også i Sverige var forestillingerne, at hvis folk fik mulighed for og styrke til at vælge, ville de vælge det sunde. *Folkhälsokommittén* skrev om: „Att stärka individen så att hon blir mindre sårbar och lättare kan göra övervägda egna val är en viktig utmaning för ett hälsvänligt samhälle“.⁷⁹ Det ovenfor citerede moderate medlem af *folkhälsokommittén* skrev i en mindretalsudtalelse, at større frihed ville føre til en sundere livsstil. En bra folkhälsa „uppnås ...när besluten ligger hos den enskilde och det allmännas insats ligger i att ge individen möjlighet att ta besluten själv“.⁸⁰ Frihed og magt over eget liv blev i begge lande omtalt som et middel til at opnå større sundhed, fordi man forventede, at borgerne ville handle sundhedsgavnligt, når de selv fik mulighed for at bestemme.

APPELLER TIL LYDIGHED OG AUTORITETSTRO

Oplysning blev dog ikke anset for tilstrækkeligt til at opnå den ønskede adfærdsændring. Der skulle direkte påbud og anvisninger til, som mere appellerede til lydighed og autoritetstro end fornuft og ansvarlighed. Prioriteringsudvalget skrev, at „oplysningsvirksomheden inden for sundhedsområdet har ... et positivt sigte i form af anvisninger og anbefalinger af forskellige foranstaltninger“.⁸¹ Det danske program fra 1999 påpegede, at det var nødvendigt, at myndighederne fortalte folk, hvad de skulle gøre. „Selv om livsstilen er den enkeltes valg, bør det offentlige klart og tydeligt fortælle, hvad der gør folk syge, og hvordan sygdom kan undgås. Man bør også sende nogle klare signaler om sundhedsfremme“. Myndighederne skulle helst kunne komme med „enkle, gennemførlige og lettilgængelige løsninger“⁸² og „klare og enkle budskaber, der samtidig har været handlingsanvisende“.⁸³ Dorit Myltoft fra Det Radikale Venstre sagde i Folketinget i 2000: „Voksne afgør selv, om de vil følge de anbefalinger, der kommer fra den sundhedsfaglige ekspertise, men det er vigtigt, at samfundet sender et signal og presser på for at sikre en væsentlig forbedring i befolkningens sundhedstilstand“.⁸⁴

Sundhedspersonalet skulle spille en central rolle i rådgivningen, især i Danmark. Man regnede med, at borgerne var særligt lydhøre over for

påvirkning i de situationer, hvor de var i kontakt med sundhedsvæsenet. „Enhver behandlingssituation giver mulighed for et forebyggende arbejde i form af vejledning om nødvendigheden af at omlægge livsstilen“.⁸⁵ Personalegrupper i social- og sundhedsvæsenet skulle indgå i „en direkte sundhedsdialog med den enkelte borger om en etablering af sundere rammer om vores hverdag“. Selv om det kaldtes en dialog, skulle den ene part altså sende et klart budskab. Sundhedspersonalet skulle stå for „individuel orienteret vejledning og rådgivning“.⁸⁶ Det allerede eksisterende behandlingsapparat skulle udføre arbejdet i form af en individcentreret behandlingsstrategi i form af ryge- og alkoholafvænning. Man brugte de kanaler og metoder, der allerede fandtes i systemet, f.eks. taltes i regeringens redegørelse om, at man skulle „udarbejde kliniske vejledninger for god forebyggelsespraksis for de praktiserende læger og sygehusene“,⁸⁷ svarende til de vejledninger, der i stort antal blev udarbejdet for behandling af forskellige sygdomme.

Den svenske *folkhälsokommitté* så også mulighederne i sundhedsvæsenets mulige påvirkning: „Hälso- och sjukvården kan i större utsträckning använda sin auktoritet, sin kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i kontakt med patienter, anhöriga och allmänheten“. „Det finns också anledning att tro att budskap som förmedlas av sjukvårdspersonal i konsultationssituationen kan ha stor legitimitet och betydelse för den enskilde, eftersom man ofta är starkare motiverad att ta till sig information som är direkt relaterad till de hälsoproblem man har“.⁸⁸ Sundhedsvæsenet skulle således ikke kun styre gennem oplysning, men også gennem appeller til folks autoritetstro. Det blev dog ikke tildelt en nær så stor rolle i de svenske betænkninger som i de nyere danske udmeldinger.

Påbud skulle således spille en central rolle i folkesundhedsarbejdet. De blev oftere omtalt i de danske end i de svenske politiske udmeldinger.

LEVEKÅR OG SAMFUNDSANSVAR

Den mest markante forskel mellem de to landes politik er, at de svenske politikere lagde meget større vægt på levekårenes, f.eks. bolig- og arbejdsmarkedspolitik, og de sociale relationers betydning for sundheden end de danske. Følgelig spillede bestræbelserne på at ændre befolkningens livsstil en mindre rolle i de programmatisk udtalelser og betænkninger.⁸⁹

Den svenske regering skrev i propositionen fra 2002, at for at opnå en forbedring af folkesundheden var det nødvendigt med „insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från näringslivet, från folkrörelserna

och från individerna själva“.⁹⁰ Den danske skrev samme år, at folkesundheden skulle fremmes gennem at den enkelte og de såkaldte fællesskaber, arbejdspladser, skoler, foreninger mv. gjorde en indsats, gerne sammen i „partnerskaber“.⁹¹ Mens den danske regering i sit program fra 2002 stort set reducerede det offentliges rolle til oplysning, uddannelse af sundhedspersonale i forebyggelse og overvågning af sundhedstilstanden samt omsorg for de svage grupper, talte den svenske regering om et meget større samfundsansvar. Den svenske regering skrev, at den havde udvalgt sine målområder, fordi „det inom dessa områden finns vetenskapligt underlag som visar att avsaknaden av i första hand insatser från samhällets sida kan leda till ohälsa“.⁹² Områdene var valgt efter, hvor politikerne mente, at de kunne gøre en forskel: „samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen“.⁹³

Det er karakteristisk for den svenske politik, især fra 1990'erne og frem, at folkesundhedspolitikken ses som en integreret del af store politikområder, hvilket på samme tid kunne få folkesundheden som politisk mål til at blive meget fremtrædende og nærmest forsvinde. De store politikområder omfattede: delagtighed og indflydelse i samfundet, økonomisk og social tryghed, trygge opvækstvilkår, øget sundhed i arbejdslivet og sunde og sikre miljøer og produkter. Forskellen fra den danske politik var, at disse emner blev taget op som en del af folkesundhedspolitikken. I Danmark handlede denne hovedsagelig om det, som lå inden for Sundhedsministeriets område.

SAMMENFATNING

Diskussionerne om forebyggelse handlede meget om, hvor meget ansvar for og magt over eget liv, politikere og myndigheder mente, at folk kunne have og burde have. Som det er fremgået, mente de borgerlige politikere, at borgerne både kunne og burde tage et stort ansvar selv. Socialdemokraterne fandt, at de forhold, folk levede under, havde stor betydning både for deres muligheder for at vælge og for de valg, de traf. Der var udtalte forskelle mellem Danmark og Sverige. Den enkeltes ansvar for sig selv blev alt i alt stærkest betonet i Danmark, mens det samfundsmæssige ansvar blev fremhævet i Sverige. I Sverige hed det desuden oftere, at den enkelte havde ansvar for andre borgere og fællesskabet. Dette sidste ligner mønsteret fra 1930'erne og 1940'erne, hvor der også i Sverige blev lagt større vægt på den enkeltes samfundsmæssige ansvar.

Der var forskel på, hvor stor ansvarlighed man forventede af den enkelte,

og hvor stor handlefrihed man mente, at hun/han havde, og som en konsekvens deraf, hvilken rolle myndighederne burde spille i bestræbelserne på at få folk til at leve sundt. De, der lagde stor vægt på den enkeltes ansvar og valgmuligheder, betonede også nødvendigheden af at styre den enkeltes valg gennem oplysning, undertiden ligefrem via handlingsanvisninger. Et frit individ, dvs. et individ som blev tillagt ansvar og valgmuligheder, måtte styres mere aktivt. De, der lagde vægt på de sociale og samfundsmæssige forholds betydning for folks sundhed, lagde mindre vægt på den direkte styring af den enkeltes adfærd. Individets ansvar fremhævedes ofte i Danmark, og der blev også skrevet mere om nødvendigheden af holdningsændringer, dvs. af at forme borgernes ønsker og egenskaber. I begge lande havde politikerne mindre forventninger til de såkaldte svages evne til at styre sig selv, hvorfor større indgreb fra myndighedernes side ansås som påkrævede og berettigede.

De, der betonede individets ansvar, forsøgte også at få borgerne til at tage dette ansvar, bl.a. ved at styre gennem appel til ansvarlighed. Her er der tale om det, Nikolas Rose har kaldt „ansvarliggørelsesteknologier“.⁹⁴ Den stærke betoning af ansvar indebar forventninger til, at den enkelte skulle tage stilling til den måde, hun/han levede. Med Rose kan man sige, at individet ikke kun havde frihed til at vælge, men var forpligtet til det.⁹⁵

Var der med betoningen af den enkeltes ansvar og appeller til det autonome individ tale om nye måder at styre på i forhold til den tidligere behandlede periode?⁹⁶ I 1930'erne og 1940'erne gjorde de styrende en del ud af at få folk til at tage ansvar ved at fremhæve, hvad der var deres pligt. Dette at placere ansvar var således ikke nyt. Det nye, især i Danmark, var, at de sociale forpligtelser nedtonedes i forhold til det individuelle projekt. Troede de styrende, at de kunne forlade sig på, at folk vil styre sig selv? Ovenstående tyder ikke på det. Påbud og handlingsanvisninger var stadig nødvendige. Flere, ikke umiddelbart forenelige, styringsteknikker måtte tages i brug, både appel til ansvarlighed og til lydighed.

Staten blev i begge lande, i det mindste af politikerne, set som borgernes hjælper, som den gode hyrde, der sørgede for sine får. Som det hed i en publikation fra *Statens folkhälsoinstitut* fra 2002 om udviklingen i 1900-tallet: „Stat, kommun och landsting sågs inte som fiende till medborgarna, vilket de gjorde i många andra länder“.⁹⁷ Denne tillid til, at staten havde en opgave og et ansvar for borgerne, var måske mere udtalt i Sverige. Staten kunne beskytte individet mod kvælende fællesskaber og andre negative sider af det „civile samfund“.⁹⁸ Det er det, Lars Trägårdh betegner „statist individualism“.

De politiske diskurser i de to lande var forskellige. Med en lidt skarpt

optrukket karakteristik kan man sige, at man i Danmark, hvor individets ansvar tillagdes stor betydning, kan tale om en klassisk liberal diskurs med vægt på selvhjælp og individuelt ansvar. I Sverige blev det samfundsmæssige ansvar og borgernes ansvar for hinanden tillagt størst vægt – altså en mere socialliberal eller velfærdsstatslig diskurs,⁹⁹ hvor solidaritet og social ansvarlighed blev vægtet højere. Det var ikke kun et mønster, som beroede på, at det var forskellige partier, der havde regeringsmagten i de to lande. I Danmark talte også socialdemokrater om individets ansvar, og i Sverige tilsluttede de borgerlige partier sig en mere velfærdsstatslig tankegang, selv om det ikke gjaldt i alle henseender.

Var forskellene mere udtalte i de sundhedspolitiske programmer end i de besluttede initiativer? Det er et spørgsmål, som vil blive belyst i kapitel 8, 9 og 10.

NOTER

- 1 *Prioritering i sundhedsvæsenet*, 1977, s. 30.
- 2 *Redegørelse af 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet*. (Redegørelse nr.VI). Skriftlig redegørelse. Debatten i Folketinget. Sven Erik Hovmand. *Folketingstidende* 1977/1978, sp. 9813.
- 3 *Redegørelse af 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet*. (Redegørelse nr.VI). Skriftlig redegørelse. Debatten i Folketinget. Grove. *Folketingstidende* 1977/1978, sp. 9820.
- 4 Karen Højte Jensen. Folketinget 10/5 1989, *Folketingstidende* 1988/1989 sp. 9624.
- 5 Regeringen, 2002.
- 6 *Sundhed for hele folket*, 1988, s. 5.
- 7 *Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse*. (Redegørelse nr. R 9). Skriftlig redegørelse. *Folketingstidende* 1997/98, s. 3066.
- 8 *En socialdemokratisk sundhedspolitik*, 1979, s. 4.
- 9 Torben Lund i Folketinget. *Folketingstidende*, 1987/88, sp. 5167.
- 10 *Regeringens folkesundhedsprogram*, 1999, s. 111.
- 11 *SOU 2000:91*, s. 66.
- 12 *SOU 1998:43*, s. 202-3
- 13 *SOU 1999:137*, s. 15.

- 14 *SOU 1997:119*, s. 25.
- 15 Se note 89.
- 16 *SOU 2000:91*, s. 13.
- 17 *SOU 2000:91*, s. 133.
- 18 *Motion till riksdagen 1990/91:So83 av Daniel Tarschys m.fl. (fp) med anledning av prop. 1990/91: 175 Vissa folkhälsöfrågor*. Riksdagstryck 1990/1991.
- 19 *Motion till riksdagen 1990/91:So73 av Sten Svensson m.fl. (m) med anledning av prop. 1990/91: 175 Vissa folkhälsöfrågor*. Riksdagstryck 1990/1991.
- 20 *Regeringens forebyggelsesprogram*, 1989, s. 15.
- 21 *Regeringens forebyggelsesprogram*, 1989, s. 20.
- 22 *Redegørelse af 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet*. (Redegørelse nr.VI). Skriftlig redegørelse. Indenrigsminister Egon Jensen. *Folketingstidende* sp. 9481.
- 23 *Regeringens folkesundhedsprogram*, 1999, s. 77.
- 24 *Sund hele livet*, 2002, s. 6.
- 25 *Regeringens proposition 1990/91: 175 om vissa folkhälsöfrågor*. Riksdagstryck 1990/1991, s. 4.
- 26 *SOU 2000:91*, s. 64.
- 27 *SOU 1979:78*, s. 242.
- 28 *Motion till riksdagen 1989/90: So459 av Daniel Tarschys m.fl. (fp). Åtgärder för en bättre folkhälsa*. Riksdagstryck 1989/1990, s. 11.
- 29 *SOU 1979:78*, s. 243.
- 30 *Sundhed for hele folket*, 1988, s. 5.
- 31 *Regeringens forebyggelsesprogram*, 1989, s. 10.
- 32 *Regeringens proposition 1990/91: 175 om vissa folkhälsöfrågor*. Riksdagstryck s. 65.
- 33 *SOU 1997:119*, s. 25.
- 34 *SOU 2000:91*, s. 13.
- 35 *SOU 1999:137*, s. 15.
- 36 *Regeringens folkesundhedsprogram*, 1999, s. 78.
- 37 *SOU 2000:91*, s. 77.
- 38 *Regeringen*, 2002, s.47.
- 39 *Regeringens forebyggelsesprogram*, 1989, s. 20.
- 40 *Prioritering i sundhedsvæsenet*, 1977, s. 274.
- 41 *Regeringens proposition 1990/91: 175 om vissa folkhälsöfrågor*. Riksdagstryck 1990/91, s. 65.
- 42 *SOU 1999:137*, s. 27.
- 43 *SOU 1998:43*, s. 35.
- 44 *Regeringen*, 1999, s. 11.
- 45 *Forhandling om redegørelse nr. R 4: 19/1 2000. Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008*. (Redegørelsen anmeldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99), Preben Rudiengaard (V). *Folketingstidende*.
- 46 *Prioritering i sundhedsvæsenet*, 1977, s. 274, se også s. 23.
- 47 *Sundhedspædagogik i Danmark – Beskrivelse og handlingsplan*, 1981, s. 9.
- 48 *Forhandling om redegørelse nr. R 4: Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008*. (Redegørelsen an-

- meldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99). Sundhedsminister Carsten Koch. *Folketingstidende*.
- 49 *Det bästa för Sverige*, 1994, s. 52.
- 50 *Ulighed i sundhed og forebyggelse*, 1998.
- 51 *SOU 1999:137*, s. 90.
- 52 *SOU 1998:43*, s. 204.
- 53 *Prioritering i sundhedsvæsenet*, s. 273.
- 54 *Prioritering i sundhedsvæsenet*, s. 274.
- 55 Redegørelse af 3. maj 1978 om prioriteringen i sundhedsvæsenet. (Redegørelse nr. VI). Skriftlig redegørelse. Indenrigsminister Egon Jensen. *Folketingstidende*, sp. 9483.
- 56 Folketinget 1986-87. *Forslag til Lov om et forebyggelsesråd* fremsat af indenrigsminister Enggaard. 14. januar 1987. 1. behandling i Folketinget 21/1 1987. *Folketingstidende* 1986/87, sp. 5769.
- 57 Regeringen, 1989, s. 22.
- 58 Regeringen, 1999, s. 111.
- 59 *SOU 1979:78*, s. 242.
- 60 *SOU 1979:78*, s. 243.
- 61 *Motion till riksdagen 1989/90: So459 av Daniel Tarschys m.fl. (fp). Åtgärder för en bättre folkhälsa*. Riksdagstryck, s. 11.
- 62 Regeringen, 1989, s. 15.
- 63 Forhandling om redegørelse nr. R. 4: 19/1 2000. Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. (Redegørelsen anmeldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99), Preben Rudiengaard (V). *Folketingstidende*.
- 64 *Et sundt liv*. Konservativ sundhedspolitik. Uden år, s. 7.
- 65 Regeringen, 1989a, s. 15.
- 66 Som vist i kapitlerne om 1930'erne og 1940'erne fandtes i Danmark en forestilling om noget særligt dansk. Forestillingen fremførtes også i denne periode. Der fandtes, ligesom i 1940'erne, et billede af danskerne som meget omsorgsfulde over for de svage i samfundet samtidig med, at man i Danmark respekterede individet og hylde friheden. I Det Konservative Folkepartis program fra 1993 stod under overskriften „Den danske mentalitet“: „Vi skal vide hvilket Danmark vi vil give videre. Vi skal gøre os klart, hvad danskhed er. Vi skal være stolte af de generationer, der har sat deres præg på den danske mentalitet. Konservative grundholdninger skal omsættes i praktiske resultater. Ideerne om frihed, ansvar og fællesskab“. *Frihed i fællesskab*, 1993. I Sverige talte man ikke om svenskhed, men nok om den svenske velfærdsmodel. Den blev dog ikke præsenteret som noget særlig svensk, men som noget særligt fremragende.
- 67 Regeringen, 1989b, s. 21.
- 68 Forebyggelsesrådet, 1986, s. 30.
- 69 – *en liberal sundhedspolitik*. Uden år.
- 70 *Fælles fremtid – fælles mål*, s. 23.
- 71 Førstebehandling af lovforslag nr. L 107: Forslag til lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Forhandlinger i folketingsåret 1995-96, sp. 1931 ff. *Folketingstidende*.
- 72 *SOU 2000:91*, Reservation av ledamoten Leif Carlson (m), s. 215-6.

- 73 SOU 2000:91, Reservation av ledamoten Leif Carlson (m), s. 218.
- 74 I 1986 blev der i Ottawa vedtaget en resolution om sundhedsfremme, hvor empowerment og enablement blev nævnt. Fundet på WHO's hjemmeside www.who.org.
- 75 Friheden var, som Nikolas Rose skriver, „accompanied by the invention of a whole series of attempts to shape and manage the conduct within them in desirable ways“. Rose, 1999, s. 69.
- 76 Folketinget 10/5 1989. *Sundhedsministerens redegørelse af 3. maj 1989 vedrørende regeringens forebyggelsesprogram*. *Folketingstidende*, sp. 9619-71, sp. 9638. Tove Lindbo Larsen. *Folketingstidende*.
- 77 *Principper for radikal sundhedspolitik*, s. 3.
- 78 Regeringen, 1999, s. 79.
- 79 SOU 2000:91, s. 70.
- 80 SOU 2000:91, Reservation av ledamoten Leif Carlson (m), s. 227.
- 81 Prioriteringsudvalget, 1977, s. 135-6.
- 82 Regeringen, 1999, p. 22.
- 83 Regeringen, 1999, s. 48.
- 84 Forhandling om redegørelse nr. R 4: 19/1 2000. Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. (Redegørelsen anmeldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99), Dorit Myltoft (RV). *Folketingstidende*.
- 85 Regeringen, 1999, s. 26.
- 86 Regeringen, 1999b.
- 87 Regeringen, 1999, s. 9.
- 88 SOU 1997:119, s. 81.
- 89 MÅL FÖR FOLKHÄLSAN.
- Delaktighet och inflytande i samhället
 - Ekonomisk och social trygghet
 - Trygga uppväxtvillkor
 - Ökad hälsa i arbetslivet
 - Sunda och säkra miljöer och produkter
 - En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
 - Gott skydd mot smittspridning
 - Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
 - Ökad fysisk aktivitet
 - Goda matvanor och säkra livsmedel
 - Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt mindre skadeverkningar av överdrivet spelande. *Proposition 2002/03:35*, s. 24.
- 90 *Proposition 2002/03:35*, s. 26.
- 91 Regeringen, 2002, s. 4ff.
- 92 *Proposition 2002/03:35*, s. 28.
- 93 *Proposition 2002/03:35*, s. 26.
- 94 „Technologies of *responsibilization*“, Rose, 1999 s. 74.
- 95 „modern individuals are not merely 'free to choose', but *obliged to be free*, to understand and enact their lives in terms of choice“. Rose, 1999, s. 87. Kursiv i originalen.
- 96 Rose, 1999 s. 88.

- 97 Ågren, 2002 s. 7.
- 98 Trägårdh, 1997, s. 259. „Instead of seeing ‘civil society’ as a crucial repository of freedom and protection against the power of the state, the state was seen as having a legitimate and decisive role to play in eradicating inequalities and the remaining privileges of the upper classes“.
- 99 Heywood, 1998 s. 59.

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Dette kapitel handler i lighed med kapitel 5 om den magtudøvelse, som består i at definere, hvori et politisk problem består, hvilke dets årsager er, og hvordan det bør løses. Her handler det om social ulighed i sundhed.

I de folkesundhedsprogrammer, der blev fremlagt omkring år 2000, var et af de overordnede mål at reducere uligheden i sundhed mellem forskellige befolkningsgrupper. Enigheden herom var stor blandt de politiske partier, dog større i Danmark end i Sverige. Ulighed var på dette tidspunkt nyt som sundhedspolitisk tema i Danmark; i Sverige havde det været på den politiske dagsorden siden midten af 1980'erne. Forskellene mellem landene med hensyn til, hvordan problemet blev beskrevet, hvilke årsager der blev angivet, og hvilke initiativer der blev foreslået, var store. Når begrebet ulighed blev brugt i Danmark, kan det ses som en markering af, at der var tale om forskelle, som var uønskede eller uacceptable. I Sverige talte man om forskelle (*skillnader*) og nogle gange klasseforskelle, men ikke *ojämlikhet*. Måske skyldes det, at lighedsidealene var så stærke i Sverige, at forskelle var et tilstrækkeligt stærkt ord til at beskrive forhold som uønskede.

Det var selvfølgelig ikke sådan, at man ikke tidligere havde haft blik for, at visse grupper havde større sygelighed og dødelighed end andre. Den danske læge Th. Sørensen publicerede allerede i 1880'erne undersøgelser over dødelighedens, især børnedødelighedens, forekomst i forskellige samfundslag i København.¹ De viste en klar sammenhæng mellem velstand og dødelighed: stigende dødelighed med faldende velstand. I Sverige skrev Alva Myrdal i 1940'erne, at der ikke var grund til at acceptere de socialt bestemte forskelle i børnedødelighed.² Det var også allerede i 1800-tallet i begge lande dokumenteret, at børn af ugifte mødre havde meget større risiko for at dø, især som spæde, og at tuberkulose var en sygdom, som frem for alt ramte fattige. Det nye ved slutningen af det 20. århundrede var, at fænomenet social ulighed i sundhed blev formuleret som et samlet politisk problem.³ I 1984 vedtog den europæiske region i WHO programmet „Sundhed for alle i år

2000“, som både Danmark og Sverige tilsluttede sig. Det første mål i programmet var, at forskelle i sygelighed og dødelighed mellem lande og mellem grupper inden for landene skulle reduceres.⁴

Forekomsten af social lighed på andre områder, f.eks. i adgangen til de videregående uddannelser, havde været på den politiske dagsorden i hvert fald siden 1940'erne.⁵ Lighed i adgang til sundhedsvæsenet blev formuleret som mål i den første danske sygehuslov fra 1946. I Sverige havde ligheden været et centralt tema i hvert fald fra 1960'erne i den socialdemokratiske politik.⁶ Det kan på denne baggrund undre, at ulighed i sundhed blev formuleret som politisk problem så sent.

BEGRUNDELSER FOR AT DEFINERE SOCIAL ULIGHED I SUNDHED SOM ET POLITISK PROBLEM

DANMARK: INGEN EGENTLIGE BEGRUNDELSER

I Danmark blev social ulighed i sundhed som sagt først sat på den politiske dagsorden i slutningen af 1990'erne. Før den tid rummede f.eks. henvisninger til WHO's strategi fra 1984, „Sundhed for alle år 2000“, ikke omtale af dens første mål om reduktion af ulighed.⁷

En grund til, at problemet slet ikke omtaltes, kunne være, at 1989-programmet blev udformet af en borgerlig regering, som ikke vægtede lighed så højt som socialdemokraterne. Men heller ikke Socialdemokratiet havde, at dømme efter deres parti- og arbejdsprogrammer, emnet som en væsentlig del af sin politik. Ulighed i sundhed blev f.eks. kun kort omtalt, da det i 1979 hed, at man skulle føre en politik, så „de klare sociale skævheder i sundhedstilstanden i den danske befolkning påvirkes“. ⁸ I 1992 hed det i partiets arbejdsprogram, at man i overensstemmelse med WHO's strategi skulle „sikre lighed til sundhed“, men ikke noget om hvordan.⁹ Fra regeringsside kom de første tilløb til en formulering af problemet i den sundhedspolitiske redegørelse fra januar 1994, hvor den radikale-socialdemokratiske regering skrev om udsatte grupper.¹⁰ Med sundhedsminister Birte Weiss' redegørelse til Folketinget om forebyggelse i 1998 og igen med Folkesundhedsprogrammet i 1999 kom de første klare udmeldinger om, at social ulighed i sundhed var et politisk problem.

Den sparsomme politiske opmærksomhed på problemet før slutningen af 1990'erne kunne skyldes, at der ikke var fremkommet nyere dokumentation om den.¹¹ En sådan dokumentation kom imidlertid allerede i 1979 og i 1985

med publikationerne *Dødelighed og erhverv*.¹² Lavindkomstkommissionen viste i 1981 i sin undersøgelse, at der var en klar social gradient i sygeligheden med flere symptomer blandt arbejdere end funktionærer.¹³ Med gradient forstås her, at sygeligheden og dødeligheden blev gradvis mere omfattende, jo kortere uddannelse personerne havde, eller jo lavere stilling de havde. En undersøgelse fra 1988 viste, at kvinder med kort skoleuddannelse havde dobbelt så stor risiko for at føde for små børn som kvinder med en lang uddannelse, og at andelen af lavvægtige nyfødte steg, jo kortere uddannelse moderen havde.¹⁴ Disse undersøgelser blev brugt i DIKE's publikation fra 1989 om sundhedstilstanden i Danmark. I den konstateredes det, at „forskellen i dødelighed er vokset de sidste 30 år. Social baggrund og erhverv har stor indflydelse på sygeligheden“. Lignende oplysninger kom også i 1991,¹⁵ uden at de foranledigede synlig opmærksomhed fra politisk side. I 1997 udgav DIKE yderligere en publikation om sundhedstilstanden i Danmark.¹⁶ Der omtaltes den sociale ulighed i sundhed i et særligt kapitel, og det konstateredes, at den syntes at vokse. Længe før politikerne satte det på dagsordenen, fandtes der således let tilgængelig viden om, at der var social ulighed i sundhed, og at uligheden var voksende.

Da emnet blev taget op af politikerne, blev der til gengæld stort set ikke givet begrundelser for, at det var et problem, politikerne skulle beskæftige sig med. DIKE gav én grund i en rapport fra 1997. Der var, skrev man, fare for, at de sociale forskelle i sundhed kunne „blive så store, at de strider mod de almindelige forestillinger om, hvad der er retfærdigt og rimeligt“.¹⁷ Forebyggelsespolitisk råd skrev i 1998 om forhold, som opleves som uacceptable af det øvrige samfund.¹⁸ Uligheden var ikke foreneligt med et godt samfund.

Det var sandsynligvis dette standpunkt, politikerne var nået til i 1998 og 1999, selv om det ikke blev sagt eksplicit. Det var åbenbart ikke nødvendigt. Der var jo heller ikke uenighed mellem partierne om, at det var en politisk opgave at gøre noget ved uligheden. Partierne var overraskende tavse – i betragtning af at et nyt politisk emne blev taget op. I Folkesundhedsprogrammet fra 1999 hed det, at social ulighed ikke var acceptabel,¹⁹ og at målet var at skabe „et bedre liv“ for de dårligst stillede. Den klareste begrundelse blev givet af den borgerlige regering, der tiltrådte i 2001. I programmet fra 2002 erklæredes det, at samfundet havde et ansvar for de svageste borgere,²⁰ og da uligheden blev defineret som et problem, der stort set kun vedrørte dem (se nedenfor), var det en politisk opgave at gøre noget ved den. Det er således ikke muligt at sige meget om, hvorfor problemet

blev taget op, og hvorfor det skete så sent sammenlignet med f.eks. WHO og Sverige.

SVERIGE: ULIGHEDEN EN TRUSSEL MOD VELFÆRDSSAMFUNDET

I Sverige blev social ulighed i sundhed formuleret som et politisk problem i 1984,²¹ samme år som WHO's program *Sundhed for alle i år 2000* blev vedtaget. Om der var en sammenhæng, skal jeg lade være usagt. Som i Danmark havde dokumentation af uligheden været tilgængelig længe før den politiske problematisering af emnet. „Redan i låginkomstutredningen från 1968 framkom data som visade på skillnader i ohälsa mellan olika samhällsklasser“.²² Der gik således mange år fra fremkomsten af dokumentation i offentlige betænkninger med ret stor gennemslagskraft, til der fandt politikformulering sted. Dokumentation af social ulighed i sundhed publiceredes løbende af Socialforskningsinstitutet fra 1968 på baggrund af de såkaldte *levnadsnivåundersökningar*. Disse viste også klasseforskelle i sygelighed.²³ Fra 1975 indsamlede *Statistiska centralbyrån* i *Undersökning av levnadsförhållanden* gennem interviews oplysninger om bl.a. sundhed,²⁴ som viste store og voksende forskelle i sundhed.

Den første eksplicite tematisering af problemet, jeg har fundet, står i betænkningen *Hälsa- och sjukvård inför 90-talet* fra 1984, hvor man undrede sig over, at det ikke var kommet på dagsordenen tidligere: „En god hälsa är – enligt de flestas bedömning – det viktigaste målet för vår totala välfärdspolitik. Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att så lite uppmärksamhet ägnats åt skillnader i hälsoförhållanden mellan olika befolkningsgrupper“.²⁵ Ønsket om realisering af velfærdspolitikken var således en begrundelse. Den gode sundhedstilstand blev både set som et mål for og som et resultat af velfærdspolitikken som vist i kapitel 5. Fortsat og voksende social ulighed i sundhed var derfor et tegn på, at politikken ikke var lykkedes så godt, som den socialdemokratiske regering ønskede.

I betænkningen fra 1984 fandt man, at forskellene var et resultat af samfundsmæssige forhold, og at det derfor var en politisk opgave at gøre noget ved dem. „Det är de stora sociala klyftorna i sjuklighet och dödlighet mellan människor i olika sociala positioner som uppfattas som särskilt problematiska därför att de är skapade av de mekanismer i samhället som genererar och fördelar makt och välstånd till olika sociala positioner“.²⁶ Denne tankegang,

der fremhæver den sociale positions betydning for sundheden, blev udfoldet i senere betænkninger, især af *folkhälsokommittén*.

Et andet argument for at gøre noget ved uligheden på dette område var, at det ville få gavnlige effekter på folkesundheden generelt, ifølge formuleringen i en betænkning fra 1984: „Den största positiva effekten på folkhälsan kan uppnås genom förbättringar för de grupper, som idag utsätts för de största hälsoriskerna och därmed har den högsta sjukligheten och dödligheten“.²⁷ Et tredje argument, som blev fremført i 1997, var, at det ville give accept i befolkningen for folkesundhedspolitikken: „Att folkhälsoarbetet bedrivs med målsättningen att minska ojämlikheten i hälsa torde vara en förutsättning för att det skall ha legitimitet bland medborgarna“.²⁸ For det fjerde blev det hævdet, at uligheden kunne være med til at svække sammenhængskraften i samfundet, det sociale kit eller den sociale kapital (jf. kapitel 5), hvilket, ifølge *folkhälsokommittén*, kunne forringe den samlede folkesundhed. Grundene til, at uligheden skulle bekæmpes, var dermed også, at det kunne give folkesundhedspolitikken som helhed både større effekt og større legitimitet.

Endelig stred, ifølge *folkhälsokommittén*, uligheden mod grundlæggende værdier i samfundet. Værdier som et „humanistisk människosyn“ og forestillingen om „alla människors lika värde“ var ikke forenelige med social ulighed i sundhed. Lighed, som var et overordnet mål, indebar, at alle skulle „ha likvärdiga möjligheter att förverkliga sina strävanden. För att detta skall vara möjligt krävs att de stora skillnaderna mellan olika gruppers hälsa minskar“.²⁹ *Folkhälsokommittén* præciserede også, at de uligheder, som man fra politisk side skulle gøre noget ved, var dem, der var uretfærdige: „Olikheter i hälsa (är) orättvisa, om de ... går att påverka och de inte uppenbart är individens eget val“.³⁰ Målet var at skabe et godt samfund. „I ett gott samhälle skall inte medborgarna ha så olika villkor att konsekvenserna blir stora skillnader i livslängd eller sjuklighet“.³¹ Det gode samfund uden store uligheder „blir också bättre och tryggare att leva i för alla människor“.³²

De socialdemokratiske lighedsideal prægede således i høj grad de svenske politiske udmeldinger på området. Vigtigheden af at gøre noget ved problemet blev fremhævet i alle betænkninger og regeringsforslag, som omhandlede folkesundheden fra 1984 og frem, også dem, der publiceredes af den borgerlige regering. Den store betydning, emnet blev tillagt, fremgår også af, at to af *folkhälsokommitténs* betænkninger hed *Hälsa på lika villkor*.

Der var dog ikke i Sverige total enighed om, at social ulighed i sundhed

var et væsentligt politisk problem. I en rigsdagsdebat i 1991 gav både folkpartiet og de moderate udtryk for en anden opfattelse. Folkpartiet mente, at lighedsmålet indebar, at man „med jænmod eller t.o.m. tillfredsställelse kunna åse en försämring av hälsoförhållandena hos den friskare delen av befolkningen“, derfor var „målet i stället ... att motverka ohälsa varhelst den än förekommer“. ³³ Det samme mente en moderat politiker i 2000. Han skrev, at det var forkert at sætte reduktionen af uligheden over målet om at forbedre den enkeltes sundhed. Disse synspunkter havde dog ikke flertallet bag sig.

Den svenske politik adskilte sig fra den danske, dels ved at social ulighed i sundhed formuleredes som et problem væsentligt tidligere, og dels ved at det blev eksplicit begrundet. Motiveringerne var forankrede i grundlæggende politiske idealer om velfærdsstaten og synet på mennesket.

ÅRSAGER TIL SOCIAL ULIGHED I SUNDHED?

DANMARK: UDSATTE GRUPPERS LIVSSTIL

Den måde, man inddeler sociale grupper på, har betydning for, hvilke forskelle der bliver synlige, og hvordan de forklares. I danske undersøgelser var erhverv og stillingskategorier de mest brugte inddelinger frem til midten af 1990'erne. Desuden skelnede man mellem, om personer var i eller ude af erhverv. Fra 1988 publicerede *DIKE* resultater af spørgeskemaundersøgelser om befolkningens helbred. I den første undersøgelse konkluderede man, at „blandt de erhvervsaktive er det et gennemgående træk, at de manuelt arbejdende stillingsgrupper har dårligere helbred end funktionærgrupperne“. ³⁴ I 1994 kunne man derimod ikke finde det samme mønster. „Det generelle billede fra denne undersøgelse er de markante forskelle mellem erhvervsaktive og ikke-erhvervsaktive“. ³⁵ I undersøgelsen brugte man to inddelingskriterier, dels stilling (selvstændig, funktionær i forskellige grupper, faglærte, ufaglærte og pensionerede) og dels uddannelse. Undersøgelserne fra begyndelsen af 1990'erne viste således ingen tydelige sociale forskelle, især ikke når stilling blev brugt som inddelingsgrund. Til gengæld var forskellen stor, når man sammenlignede personer i og ude af erhverv. Denne dikotomisering kom til at spille en stor rolle i den danske debat.

I Middellevetidsudvalgets sammenfattende rapport omtaltes uligheden mellem forskellige grupper af mænd. Der stod, at den var vokset siden 1970.

For kvinder var mønsteret mindre entydigt, hvilket blev forklaret med den store vækst i kvinders erhvervsbeskæftigelse, der skete i netop de år, dvs. at mange nye personer var kommet ind i de forskellige stillingsgrupper.³⁶ Om mændene hed det, at der var „formentlig tale om en marginalisering af en mindre del af befolkningen“.³⁷ Uligheden bestod i, at nogle få havde det dårligere end resten. I de følgende år blev ulighedsproblemet oftest omtalt som koncentreret til særlige, såkaldt udsatte grupper, f.eks. ufaglærte og især marginaliserede. Man fokuserede dermed mindre på forekomsten af stigende dødelighed og sygelighed med faldende social klasse eller uddannelsesniveau. Forskellen var, som sagt, heller ikke særlig udtalt i de undersøgelser, der blev lavet i 1990'erne. Dikotomiseringen omtaltes i Middellevetidsudvalgets rapporter, og den blev fulgt op af DIKE i 1997: „Den nye sociale ulighed i sundhed' findes mellem de, der er på arbejdsmarkedet og de, der er udenfor“.³⁸ Risikoen for helbredsbetaget udstødning var større i lavere socioøkonomiske grupper, skrev DIKE. Det var således uklart, om man blev syg, fordi man tilhørte en udsat social gruppe med særlige vilkår, dvs. at de sociale kår var årsagen til sygeligheden. Eller om man havnede i den gruppe, fordi man blev syg, dvs. at sygeligheden var årsag til ens sociale placering. Blev man f.eks. syg, fordi man var arbejdsløs, eller blev man arbejdsløs, fordi man blev syg?³⁹

Opfattelsen af, at den sociale ulighed i sundhed bestod i, at en mindre del af befolkningen, ofte angivet til 20 pct., havde store sundhedsproblemer, blev taget op af politikerne. De udsatte grupper blev her både karakteriseret ved deres tilknytning til arbejdsmarkedet, som i rapporterne, og ved deres sundhedstilstand. I den sundhedspolitiske redegørelse fra 1994 stod, at der skulle gøres en særlig indsats for disse grupper. De såkaldt 20 pct. blev af Socialministeriet beskrevet som dem, „der har dårlige levekår og en dårlig sundhedstilstand“.⁴⁰ I 1998 talte sundhedsminister Birte Weiss om „en sundhedskløft – det såkaldt 80/20-problem“. De udsatte grupper beskrev hun således: „Mennesker, der befinder sig i en social risikogruppe og også har dårlig helbredstilstand, og som derfor kan have behov for hjælp fra både socialvæsenet og sundhedsvæsenet, vil ofte være at finde blandt modtagere af langvarig kontanthjælp, dagpengemodtagere, førtidspensionister, ufaglærte arbejdere med ustabile beskæftigelsesforhold, unge arbejdsløse uden uddannelse, gamle mennesker præget af sygdom og forvirring, alkoholiserede familier, sindslidende, stofmisbrugere, senil demente, langtidsmotagere af sygedagpenge samt blandt mennesker med hyppig kontakt til socialforvaltning, praktiserende læger og sygehus“.⁴¹ Det var således en broget skare.

I afgrænsningen af personer i de såkaldte udsatte grupper tog ministeren både udgangspunkt i menneskers sundhedstilstand, f.eks. langtidssygemeldte og senil demente, og i deres sociale placering, f.eks. ufaglærte og bistandsklienter. En meget stor del af disse 20 pct. var afhængige af offentlige ydelser. Måske var det en af grundene til, at politikerne valgte at beskæftige sig med deres problemer. En lignende beskrivelse af social ulighed og af de særlig udsatte grupper blev præsenteret i 2002 i en status over Folkesundhedsprogrammet. Der var også her tale om en sammensat gruppe af syge, f.eks. indgik alle sindslidende, folk med kort uddannelse, og folk på overførselsindkomster som dagpenge, kontanthjælp og sygedagpenge.⁴² De udsatte grupper omfattede, ifølge sundhedsprogrammet fra 2002, „bl.a. alkoholmisbrugere, narkomaner og de mest udsatte blandt de sindslidende“, de er både „socialt og sundhedsmæssigt udsatte“.⁴³ Politikere og embedsmænd valgte, som det fremgår, ofte at kombinere sociale og helbredsmæssige karakteristika i afgrænsningen af de udsatte grupper. Dette gør det vanskeligt at identificere, hvordan myndighederne opfattede årsager til forskelle i sygelighed mellem forskellige grupper. De sociale forhold kunne både være årsag til og følge af sygelighed.

I folketingsdebatten om folkesundhedsprogrammet i 2000 tog den socialdemokratiske ordfører, Lone Møller, afstand fra at begrænse ulighedsproblemet til „særlig udsatte borgere som alkoholikere, narkomaner og posedamer. ... den sociale ulighed i sundhed rammer langt bredere“. Dette er det eneste eksempel, jeg har fundet, på en politisk stillingtagen til den måde, problemerne blev beskrevet på i de danske betænkninger og programmer. Grunden til, at Lone Møller tog afstand fra 80/20-modellen, var sandsynligvis, at den ulighed, som prægede resten af befolkningen, forsvandt ud af det politiske billede med den model, f.eks. forskellen mellem arbejdere og lavere funktionærer på den ene side og de højere funktionærer på den anden eller mellem grupper med forskelligt uddannelsesniveau. Samtidig sagde hun imidlertid, at det vigtige var, „at vi får rettet op på uligheden i sundhed og målretter tilbud til de 20 pct. af befolkningen, som har svære trivsels- og sundhedsproblemer“. Hun brugte således dikotomiseringen, da hun skulle angive løsninger på ulighedsproblemet.

Fra omkring år 2000 synes de forskere, som skrev på opdrag af ministerierne, at have forladt 80/20-inddelingen.⁴⁴ Sundhedsministeriet udgav en publikation om social ulighed i sundhed; den skulle dokumentere det arbejde med de sociale forskelle, Folkesundhedsprogrammet lagde op til. I den stod det indledningsvis, at uddannelse var at foretrække som inddelingskri-

terium, fordi den var relativt upåvirkelig for „eksterne faktorer“; f.eks. ændres uddannelsesstatus ikke af langvarig sygdom.⁴⁵ Det gjorde den socioøkonomiske status, målt ved stilling, til gengæld ligesom tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor kunne man ikke vide, om den lave status skyldtes sygdom eller omvendt. Her søgte man således at skelne mellem, om sociale forhold var årsag til øget sygelighed, eller sygelighed var årsag til social placering. I rapporten brugtes både stilling og uddannelse som inddelingskriterier. Der sås en gennemgående tendens til øget sygelighed og dødelighed både med faldende uddannelsestid og med lavere socioøkonomisk placering. I opfølgningen på *Dødelighed og erhverv* i 2001 brugte man også stilling og uddannelse som inddelingskriterier, og man kunne konstatere en voksende social ulighed især mellem ufaglærte mænd og øvrige, og man kunne se en tydelig forskel i dødelighed mellem forskellige uddannelsesgrupper. Forskellene var betydelig mere udtalte for mænd end for kvinder.⁴⁶

I 2002 konstaterede Statens Institut for Folkesundhed, SIF (tidligere DIKE), at forekomsten af langvarig sygdom var større hos personer med korterevarende uddannelse.⁴⁷ I undersøgelsen blev forekomsten af sygelighed præsenteret både efter stilling og uddannelse. Den borgerlige regering præsenterede i 2002 et indikatorprogram, som skulle bruges til at følge, om programmets mål blev opfyldt. Indikatorerne for social ulighed skulle skiftevis måles efter stilling, erhvervsgruppe, socioøkonomisk gruppe og uddannelse. De initiativer, man foreslog for at reducere uligheden, tog dog entydigt udgangspunkt i forståelsen af social ulighed som et problem, der vedrørte en mindre del af befolkningen, de svage og udsatte grupper. Forskernes ændrede måde at beskrive problemet på fik, som det vil fremgå, ikke gennemslag i politikken. Forskningen blev brugt, når den bekræftede det billede, politikerne har i forvejen, ikke da den afkræftede det.

Der blev generelt ikke skrevet meget i Danmark om årsagerne til social ulighed i sundhed. Da det endelig skete, blev tre forhold nævnt: forskelle i arbejdsmiljø, risiko for arbejdsløshed og i levevaner med størst vægt på det sidste. DIKE skrev i 1996: „Der er ingen tvivl om, at en stor del af forskellen i sygdom og sygelighed mellem forskellige grupper i samfundet kan tilskrives forskelle i levevaner“.⁴⁸ I Folkesundhedsprogrammet fra 1999 stod, at „når vi taler om social ulighed i sundhed handler det ikke om traditionel økonomisk fordelingspolitik – den sociale ulighed er meget bredere sammensat. En væsentlig del af de sociale forskelle i sundhed skyldes tilsvarende forskelle i livsstil og sundhedsadfærd. Visse svage grupper ryger fx mere og derfor rammes de også oftere af tobaksrelaterede sygdomme“.⁴⁹

Det er interessant at se ordvalget i Folkesundhedsprogrammets beskrivelse af årsagerne: „Forskellene i sundhed *skyldes* forskelle i livsstil og sundhedsadfærd“, og den „*kan også skyldes* forskelle i levekår“. ⁵⁰ Dvs. at livsstilens betydning, ifølge denne formulering, var mere veldokumenteret end levekårenes. I programmet blev det påpeget, at de negative følger af brug og misbrug var større blandt de ressourcetsvage grupper, dvs. at rygere i lavere socialgrupper havde større risiko for at få hjertekarsygdomme end rygere i højere socialgrupper. ⁵¹ Det fik dog ikke politikerne til at se på forhold, der kunne forklare disse forskelle i virkningen af livsstilen. I publikationen fra Sundhedsministeriet fra 2000 om social ulighed hed det, at kun en del af den sociale ulighed i dødelighed kunne forklares med forskelle i livsstil. Heller ikke det påvirkede tilsyneladende politikernes opfattelse af, hvad der skulle gøres for at løse problemet.

Sammenfattende kan man sige, at i Danmark blev ulighedsproblemet, da det omsider blev taget op af politikerne i slutningen af 1990'erne, oftest af politikerne beskrevet som et problem, der var knyttet til en mindre del af befolkningen, de svage og udsatte, og disse gruppers livsstil blev set som den væsentligste årsag.

SVERIGE: ULIGHED SOM GRADIENT FORÅRSAGET AF STRUKTURELLE FORHOLD

I Sverige omfattede beskrivelsen af forskellene dem, der fandtes mellem erhvervsgrupper, socialgrupper, etniske grupper og forskellige dele af landet. Forskelle i sygelighed mellem kønnene blev også til dels set som socialt betingede. De geografiske forskelle i sygelighed var et emne, der, som vist i tidligere kapitler, allerede i 1930'erne tiltrak sig opmærksomhed i Sverige. Dengang som ved slutningen af 1900-tallet var det de nordligste dele af landet, der havde den største sygelighed.

Man talte også i Sverige om udsatte grupper, f.eks. i 1984: „Hälsopolitiska riskgrupper: riskyrken, utbildade, arbetslösa, ensamboende, utländska medborgare“. ⁵² Denne opremsning ligner den danske afgrænsning, men med den forskel, at det kun er sociale forhold, ikke sygelighed, der placerer folk i grupperne. Sygeligheden sås her som en følge af social placering. I 1994 skrev regeringen om grupper med mange helbredsrisici: „Personer med kort utbildning och dålig ekonomi exponeras i större utsträckning för risker av såväl livsstilskaraktär som strukturell karaktär än personer med längre utbildning och god ekonomi“. Grupperne blev karakteriseret ved

deres vilkår, men også deres adfærd: „ensamboende, människor som saknar nära vänner, inte har någon kontantmarginal, ..., inte motionerar, har ett enformigt och jäktigt arbete eller är arbetslösa“.⁵³ Dvs. at den dikotome forståelse af problemet også fandtes i Sverige, og livsstilen blev set som en del af forklaringen på det.

Det gennemgående var dog, at forskelle i sundhed i befolkningen handlede om dem, der fandtes mellem grupper i befolkningen, ikke kun helbredsforholdene hos de mest udsatte. Social ulighed blev beskrevet som en gradient med stigende sygelighed ved faldende uddannelsestid og socioøkonomisk status.

Et resultat af den politiske diskussion i 1984 var en beslutning om, at der skulle udarbejdes beskrivelser af sundhedstilstanden i den svenske befolkning, herunder af sygelighedens forekomst i forskellige sociale grupper. I den første *Folkhälso rapport* fra 1987 konstateredes en højere sygelighed og dødelighed i lavere socialgrupper og ligefrem en stigning i dødeligheden i årene 1965-79 for midaldrende mænd, som var industriarbejdere eller uden for arbejdsmarkedet. I rapporten blev der hovedsagelig brugt to inddelingskriterier: stilling (arbejdere, højere og lavere funktionær) og arbejdets art (teknisk, administrativt, kontor; industri; transport, service; jord- og skovbrug; ej erhvervsaktive).⁵⁴ I de følgende år brugte man de samme inddelinger.⁵⁵ Selvstændige, som oftest var med i Danmark, figurerede ikke i de svenske undersøgelser. Uanset hvilken inddeling, der blev brugt, kunne der påvises en betydelig social ulighed i sygelighed og dødelighed. Forskellen var større blandt mænd end blandt kvinder, ligesom i Danmark. Mønsteret var tydeligere i Sverige end i Danmark. I 2001 kunne man konstatere, at selv om dødeligheden var meget lavere i Sverige, også for de dårligst stillede, var forskellen mellem arbejdere og funktionærer større i Sverige end i Danmark.⁵⁶ Dette, at forskellen i sundhed fremtrådte tydeligere i de svenske undersøgelser, kan være én grund til, at problemet fik større opmærksomhed på et tidligt tidspunkt i Sverige.

Alle var dog ikke enige i, at sundhedsproblemer kunne forårsages af sociale forhold. De moderate mente i 1991, at talen om „att hälsofrågor är klassfrågor“ var udtryk for en sammenblanding af årsag og virkning.⁵⁷ Samme synspunkter blev fremført af det moderate medlem af *folkhälsokommittén*, Leif Carlsson, som i betænkningen fra 2000 lavede en mindretalsudtalelse, hvor han bl.a. skrev: „Det finns i stället ett statistiskt signifikant samband mellan att vara socialbidragstagare och ett upplevt dåligt hälsotillstånd“.⁵⁸ Det var med andre ord sundhedstilstanden, der skabte afhængigheden af

offentlige ydelser, ikke omvendt den sociale position, der skabte sygeligheden.

Ulighedens årsager blev i de svenske betænkninger og rapporter søgt både i strukturelle forhold og i den enkeltes adfærd. Der blev lagt betydelig større vægt på årsager, det lå uden for den enkeltes mulighed at påvirke, og der blev skrevet mere om, i hvor høj grad usunde vaner skyldtes levekår, end tilfældet var i Danmark. Livsstilen blev ikke set som en udelukkende selvvalgt adfærd: „Eftersom skillnaderna följer mycket tydliga sociala mönster, så beror inte olikheterna i hälsa främst på individernas medvetna val av livsstil“.⁵⁹ I *Folkhälso rapporten* fra 1991 stod, at „dålig fysisk arbetsmiljö“ var den vigtigste årsag til klasseforskelle i fysisk sundhed. Andre forhold af betydning var ifølge rapporten: forskelle i opvækstforhold og alkohol- og tobaksforbrug. For den psykiske sundhed var opvækstforholdene den vigtigste selvstændige faktor. Den usunde livsstil, som var mere almindelig i de lavere sociale lag, blev ikke set som et resultat af et uafhængigt selvstændigt valg. „Eftersom skillnaderna följer mycket tydliga sociala mönster, så beror inte olikheterna i hälsan främst på individernas medvetna val av livsstil“.⁶⁰ Om børn hed det i 2002: „En stor del av de variationer i hälsa som finns hos barn och ungdomar kan förklaras av sociala faktorer, faktorer som i princip är möjliga att påverka. Genom att ge barn och ungdomar en bättre uppväxtmiljö, bättre kvalitet på förskola, skola och fritidsverksamhet samt genom indirekt stöd till föräldrarna, kan skillnaderna minskas“ . „Goda sociala och ekonomiska förhållanden främjar hälsa“.⁶¹

De sygdomme, som ofte kaldes velfærdssygdomme, især hjertekarsygdomme, valgte man i flere svenske betænkninger at kalde „ofærdssjukdomar“, fordi de især ramte dem, der havde ringest andel i velfærden og dermed var tegn på, at velfærdspolitikken ikke helt var lykkedes.

Undersøgelsen og beskrivelsen af social ulighed i sundhed skete i Sverige hovedsagelig med kategorier, som kunne afdække en sammenhæng mellem gradvis større sygelighed og dødelighed i forbindelse med lavere social placering og uddannelse, og det fandt man også. Der blev talt om marginaliserede og udsatte grupper, men det spillede ikke en nær så stor rolle som i Danmark. Uligheden blev i højere grad formuleret som et problem, der vedrørte hele befolkningen, end som et problem, der især gjaldt de udsatte grupper, og mere som forårsaget af levekår end af livsstil.

Der blev i de to lande spurgt efter og undersøgt forskellige forhold, når man ledte efter årsager til den sociale ulighed, og som man spørger, får man svar. I Sverige undersøgte man levekår, i Danmark livsstil.

HVAD VILLE POLITIKERNE GØRE VED ULIGHEDEN I SUNDHED?

DANMARK: LIVSSTILSÆNDRINGER OG BEHANDLERINDSAT

Når social ulighed af de danske politikere blev opfattet som et problem, der var koncentreret til en mindre del af befolkningen, kunne indsatsen følgelig koncentreres her. Eftersom problemerne især skyldtes personernes livsstil, blev forsøg på at ændre denne afgørende i den førte politik.

I 1994 skrev sundhedsministeren, at man skulle „se på de levekår, der sætter grænser for den enkeltes muligheder for at vælge at leve sundt“. Levekårene var især betydningsfulde, fordi de havde indflydelse på livsstilen.

Sundhedsvæsenets forebyggelsesindsats blev ofte fremhævet, og den kunne nå „udsatte grupper og mennesker i udsatte situationer“.⁶² Da sundhedsminister Birte Weiss i 1998 tog spørgsmålet op, talte hun om, at der var „behov for en anderledes og sammenhængende indsats fra sundhedsområdets og socialområdets side for både at fremme trivselen og styrke forebyggelse for denne gruppe“, altså de 20 pct. Det handlede bl.a. om at „styrke den individorienterede indsats“. Ministeren omtalte således forebyggelsen som ydelser fra myndighederne og som hjælp og støtte til de svage og udsatte og påvirkning af den enkelte. „De enkelte forebyggelsesinitiativer må tage udgangspunkt i det enkelte menneske set i et bredere socialt perspektiv. Indsatsen vil typisk bygge på en stærkere inddragelse af brugere“.⁶³ De, der var brugere af de offentlige systemer og systemernes tilbud, var i fokus for indsatsen.

Samme ideer blev ført videre året efter i Folkesundhedsprogrammet. I dette program var det andet overordnede mål at opnå „social lighed i sundhed“. Dette skulle ske ved, at der fra social- og sundhedsvæsenets side „gøres en særlig indsats for de marginaliserede, de svage og udsatte“.⁶⁴ De udsatte grupper var bl.a. gravide stofmisbrugere, unge arbejdsløse, mis- og storforbrugere af alkohol, unge med „helbredstruende risikoadfærd“ og ensomme gamle. Strategien for at reducere social ulighed var, som i de tidligere programmer, individrettede tiltag for at opnå ændret adfærd og en særlig aktiv indsats over for de „mest udsatte“. Det handlede bl.a. om at „målrette forebyggelsestilbud til de helbredsmæssigt truede og dårligst stillede grupper i befolkningen“. De ansatte i social- og sundhedsvæsenet skulle „opsøre (begyndende) sociale og sundhedsmæssige problemer samt yde en tidlig og målrettet indsats“; samtidig skulle det „ske på de svage gruppers præmisser“.⁶⁵ Det var en aktivt styrende indsats, der blev lagt op til. Den

betydning, sundhedsvæsenet blev tillagt, fremgår også af konstateringen, at „den praktiserende læge er en nøgleperson, når det gælder en forstærket indsats for at nedbringe den sociale ulighed i sundheden“.⁶⁶ Man regnede således med at kunne bruge behandlingssystemet til at fjerne de sociale forskelle.

Andre politikområder, som kunne tænkes at påvirke den sociale ulighed, omtaltes næsten ikke i forbindelse med folkesundhedspolitikken i Danmark. Selv om Folkesundhedsprogrammet fra 1999 var resultatet af et samarbejde mellem ti ministerier, var det især Sundhedsministeriets område, som blev beskrevet i programmet. Miljø-, social-, bolig- og uddannelsespolitik var, hed det, dækket af andre politikker og blev derfor ikke nærmere omtalt. Det samme gjaldt programmet fra 2002.

Den socialdemokratisk-radikale regerings udspil mødte stort set bifald fra partierne ved debatten i Folketinget i januar 2000. Der var enighed om, at der skulle gøres noget ved ulighedsproblemet. Hvad var man dog ikke helt enige om. Venstre og konservative bakkede ikke uforbeholdent op om regeringens forslag. Preben Rudiengaard sagde, at „Venstre går ind for, at der er social lighed i sundhed, og social lighed opnås bedst ved, at alle borgere får den maksimale frihed til selv at vælge, hvorledes man ønsker at tilrettelægge sit liv“. Han forventede med andre ord, at folk ville handle, så de blev mere raske, hvis de fik større frihed. Dette gjaldt, må man gå ud fra, især de dårligst stillede, hvis ligheden skulle øges ved hjælp af større frihed. Hvordan friheden kunne øges, kom han ikke ind på. Mere konkret i sine forslag var Henriette Kjær fra de konservative: „Jeg synes, det er uhyggeligt, at de dårligst stillede grupper i Danmark også er mere syge og lever mere usundt end de bedrestillede, og jeg mener, der skal gøres en indsats. Man kan lave fælles spising, hvor man sammen laver maden og lærer at lave den billigt og sundt. Gulerødder, hvidkål og kartofler er jo billige råvarer, og man kan lave en masse spændende ud af det“.⁶⁷ Hendes forslag havde karakter af øget filantropisk indsats og tillagde staten en paternalistisk rolle svarende til klassisk konservativ tænkning.

I programmet fra 2002 blev fokuseringen på de svage fastholdt, når det gjaldt reduktionen af den sociale ulighed i sundhed. Mens programmet i øvrigt (se kapitel 5) lagde stor vægt på den enkeltes ansvar, hed det, at „samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper. Regeringen fremhæver derfor i programmet behovet for en speciel opmærksomhed og indsats i forhold til en række risikogrupper“.⁶⁸ Politikken var på dette område den samme som i 1999-programmet med en opsøgende indsats fra myn-

dighedernes side over for de svage grupper. Som vist i kapitel 6 var politikerne meget mere tilbøjelige til at gribe aktivt ind over for svage grupper end over for andre. Et problem i denne styring var, at det ikke var muligt at appellere til de samme værdier som ellers: „Udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre gængse normer og værdier i samfundet“. ⁶⁹ Hvordan denne indsigt skulle forenes med målsætningen om, at indsatsen for at forbedre de svage gruppers sundhed skulle ske på deres egne præmisser, fremgik ikke.

Den form for styring for at løse ulighedsproblemet, regeringerne foreslog, var alt i alt temmelig indgribende. Den rettede sig mod dem, der ikke evnede at styre sig selv i ønsket retning. De skulle derfor hjælpes af eksperterne til at leve et liv, som gav dem bedre sundhed. Reduktionen af ulighed blev gjort til en behandlingsopgave, og de, der skulle hjælpes, blev set som klienter eller patienter, som ofte karakteriseredes af en afhængighed af de myndigheder, der søgte at hjælpe dem og forme deres liv. Eftersom uligheden især blev forklaret med uhensigtsmæssig adfærd, bestod den centrale opgave i at hjælpe dem til at ændre denne. Vi har her et eksempel på det, som Nikolas Rose har beskrevet som „at identificere de patologiske mænd, kvinder og børn, klassificere og dømme dem, og ikke kun foreskrive individuelle ændringer, men at underlægge dem socialarbejderen og andres aktiviteter, og inddrage dem i et net af sociale relationer, hvor de kan blive synlige og genstand for normaliserende intervention“. ⁷⁰ Styringsbestræbelserne fik en helt anden karakter over for dem, som ikke opførte sig, som myndighederne fandt bedst.

SVERIGE: ÆNDREDE LEVEKÅR, SOCIAL KAPITAL OG DELAGTIGHED

En aktiv indsats fra sundhedsvæsenets og andre myndigheders side var også en del af den svenske folkesundhedspolitik. F.eks. blev der i 1984 foreslået initiativer over for arbejdsløse, langtidssygemeldte, misbrugere, visse indvandrergupper, enlige pensionister, førtidspensionister. Initiativerne blev ikke formuleret som et middel til at reducere social ulighed, ⁷¹ men som et led i den generelle folkesundhedspolitik. I 2002 skrev regeringen, at der for at sikre, at alle kunne få den for dem bedst mulige sundhed, „krävs en samhällsmiljö och en samhällsstruktur som är hälsovänlig för alla, men också ett särskilt stöd åt vissa individer och grupper i samhället. Samhället bör agera för att kompensera de individer som har fått en sämre start i livet“. ⁷² Som i Dan-

mark skulle der gøres en målrettet indsats over for dem, der havde de ringeste forudsætninger.

Initiativerne til at reducere uligheden handlede dog i Sverige mere om at ændre de samfundsmæssige vilkår end om øget rådgivning og behandling af de svage grupper. Dette var i tråd med, at de årsager til ulighed, der blev peget på, var levkår snarere end livsstil. Det hang også sammen med, at ansvaret for sundhedens fordeling i befolkningen opfattedes som et politisk, ikke et individuelt, ansvar. I 1984 hed det i en betænkning, at midlet til en reduktion af ulighed var at sørge for et bedre psykosocialt arbejdsmiljø, styrke de sociale bånd mellem individer og samfundsgrupper og modarbejde udstødning og arbejdsløshed.⁷³ En kombination af strukturelle og socialpolitiske tiltag var nødvendig. Hvordan båndene skulle styrkes, blev ikke nærmere beskrevet.

I 1991 beskrev regeringen tre områder, som man skulle sætte ind på for at reducere uligheden: „*På strukturell nivå* är den ekonomiska utvecklingen och fördelningspolitiken av strategisk betydelse“ . „*Utifrån ett sektorperspektiv* ... arbetsmiljön, begränsa långtidsarbetslösheten ... stödjande miljöer för barn och ungdomar ...“ „*På individuell nivå* ... utforma hälsoupplýsningen på ett sådant sätt att den når och upplevs som relevant av – i första hand de grupper vilkas vardagsliv präglas av påtvingade eller frivilligt valda ohälsosamma levnadsvanor“ .⁷⁴ Det handlede således, som i Danmark, både om en målrettet indsats for at få dem, der levede mest usundt, til at vælge en anden adfærd og om at ændre de levkår, der påvirkede sundheden i negativ retning. Levkårene blev ikke kun set som rammer for folks valg, men som forhold, der havde selvstændig betydning for sundheden. Det blev ligefrem i en betænkning fremhævet, at den vigtigste indsats ikke var den, der rettedes specifikt mod svage grupper: „För att minska socialt betingade skillnader räcker det inte med insatser för de allra sämst ställda barnen och ungdomarna. Den viktigaste åtgärden är i stället en hälsofrämjande välfärds- och hälsopolitik för barn och ungdomar i stort“ .⁷⁵

I en af *folkhälsokommitténs* betænkninger hed det, at lighedspolitikken havde sine grænser: „Samtidigt är det uppenbart att kravet på jämlikhet inte kan ske på bekostnad av grundläggande demokratiska fri- och rättigheter ens för ett fåtal i samhället“ .⁷⁶ Denne udtalelse står i markant kontrast til den svenske medicinaldirektør Axel Höjers udtalelse fra 1941 om, at nogle måske måtte dø tidligt, for at folket kunne overleve (se kapitel 2). Höjer var formentlig ret alene om sine synspunkter; også dengang blev de dog fremført. Det havde været utænkeligt, at en centralt placeret embedsmand i slutningen af 1900-tallet udtalte, at den enkelte skulle ofres for fællesskabets skyld.

Der var dog ikke enighed om initiativerne i Sverige. Det moderate medlem af *folkhälsokommittén*, Leif Carlsson, kom med løsningsforslag, der lignede dem, Preben Rudiengaard havde fremført i Danmark. Han mente, at man ville opnå „en bra folkhälsa när besluten ligger hos den enskilde och det allmännas insats ligger i att ge individen möjlighet att ta besluten själv“.⁷⁷ Hvad der lå i at give denne mulighed, er ikke klart; dvs. om argumentet var for ikke-indblanding eller for at give den enkelte øgede ressourcer til selv at handle. Forventningen var tilsyneladende, at folk ville træffe „sunde“ valg, hvis de havde mulighed for at vælge. Carlsson var, til forskel fra Rudiengaard, ikke specielt optaget af at reducere ulighed, men af at forbedre folkesundheden generelt. Carlsson kritiserede endvidere forestillingen om velfærdsstatens betydning for folkesundheden: „Den socialdemokratiska modellen ses underförstått i betänkandet närmast som en förutsättning för god folkhälsa, varför den bör permanentas“.⁷⁸

De fleste foranstaltninger, der blev foreslået i Sverige for at reducere uligheden i sundhed, adskilte sig således markant fra de danske. De svenske var i højere grad rettet mod levekårene end mod adfærden og sigtede på hele befolkningen, ikke kun de dårligst stillede.

SAMMENFATNING

Analysen har vist, at den sundhedspolitiske dagsorden i de sidste årtier af 1900-tallet blev sat forskelligt i Danmark og Sverige. Det gælder både med hensyn til den måde, social ulighed i sundhed blev beskrevet og forklaret på, og ved karakteren af de initiativer, der blev foreslået.

Da den sociale ulighed i sundhed blev formuleret som et politisk problem i Danmark, skete det stort set uden begrundelser. Det kunne, som sagt, skyldes enighed blandt de politiske partier. Det kunne også skyldes, at den politiske kultur er anderledes end i Sverige, dvs. mindre omfattende betænkninger og bemærkninger til lovforslag, som ikke indbyder til samme udfoldede argumentation. I Sverige, hvor ulighedsbekæmpelsen mødte nogen modstand, var begrundelserne ganske omfattende. Uligheden blev set som et problem, ikke kun for de dårligt stillede, men for hele befolkningen. Alle havde glæde af at leve i et demokratisk, retfærdigt samfund med et humanistisk menneskesyn og med god sammenhængskraft, eftersom uligheden ansås for at være en trussel mod sammenhængskraften og kunne skade alles sundhed.

Social ulighed i sundhed blev defineret forskelligt i de to lande. I Danmark

talte politikere og en del forskere, især i 1990'erne, om problemet som noget, der vedrørte særligt udsatte og svage grupper, og om 80/20-problemet. I Sverige talte man mere om gradienten, dvs. om de forskelle, der fandtes mellem grupper i hele befolkningen, og man talte om flere former for ulighed: geografisk, etnisk, mellem kønnene og i 2002 mellem grupper med forskellig seksualitet. Årsagerne til uligheden var ifølge danske forskere og politikere især de udsatte befolkningsgruppers livsstil. I Sverige blev levekårene fremhævet. Måden at fortolke problemet og dets årsager på havde stor betydning, både for hvem tiltagene skulle rettes mod, og hvilke der blev foreslået. Måden at fortolke problemet på var også styrende for den viden, der blev produceret om forekomst og årsager, dvs. hvilke spørgsmål der overhovedet blev undersøgt.

I Danmark var det især de allersvageste, som skulle påvirkes til en ændret adfærd for at reducere uligheden. Det var grupper, som ikke evnede at styre sig selv, og som derfor skulle hjælpes. Det gjorde det legitimt og nødvendigt med en mere direkte og indgribende styring. Den deraf følgende stærke fokusering på sundhedsvæsenet og socialvæsenet indebar en ekspertstyring af de svage gruppers adfærd. Dette valg kan hænge sammen med, at problemet præsenteredes som isoleret til marginaliserede grupper. En anden grund kan være den generelt mere individfokuserede forebyggelsespolitik i Danmark, se kapitel 6. Den individrettede forebyggelse kunne forenes med den individuelle behandlingsindsats, som social- og sundhedsvæsenet var indrettet til. De udsatte grupper var desuden allerede ofte i kontakt med disse væsener.

I Sverige begrundedes indsatsen med ønsket om at realisere velfærdsstatens idealer, samtidig var dens realisering det vigtigste middel til at nå målet om en reduktion af uligheden. Man kan også på dette område se den store betydning, opfattelsen af velfærdsstaten og velfærdspolitikken havde for formuleringen af problemer, årsager og løsninger i Sverige.

NOTER

- 1 Sørensen, Th. *Børnedødeligheden i forskellige Samfundslag i Danmark*. København: C.A. Reitzels Forlag, 1883. *De økonomiske Forholds og Beskæftigelsens Indflydelse på Dødeligheden*. København: C.A. Reitzels Forlag, 1884. Genoptrykt i 1984 i Sørensen, 1984.
- 2 Alva Myrdal. Folk och familj, 1944. Citeret efter *SOU 1998:43*, s. 64.
- 3 I England havde man en betydelig længere tradition for at publicere dødelighedsstatistik opdelt på sociale klasser. Der findes den fra 1911. Vågerø, 1991, s. 19-31. I 1980 vakte en kommissionsrapport om store sociale forskelle i sundhed i Storbritannien megen opmærksomhed. Opmærksomheden blev forstærket af, at den konservative engelske regering søgte at gøre publikationen så ukendt som muligt ved kun at mangfoldiggøre den i 260 eksemplarer og publicere den på en fridag (bank holiday). I 1982 blev den udgivet som billigbog. Townsend & Davidson, 1982. Rapporten kan have medvirket til, at den sociale ulighed i sundhed kom på dagsordenen også uden for Storbritannien.
- 4 WHO. *Targets for health for all*, 1985, s. 24.
- 5 Sode-Madsen, 2003.
- 6 Stråth, 1990, s. 245.
- 7 Der stod dog i 1989 i forebyggelsesprogrammets dokumentationsdel en sætning om social ulighed i sundhed. „Social baggrund og erhverv har stor indflydelse på sygeligheden“ *Regeringens forebyggelsesprogram*, 1989, s. 37.
- 8 *En socialdemokratisk sundhedspolitik*, 1979.
- 9 *På menneskets vilkår. Socialdemokratiets arbejdsprogram 1992-96*, 1992, s. 69. Det er i øvrigt det tidligste eksempel, jeg har fundet, på en henvisning til WHO's mål om lighed i en dansk politisk sammenhæng.
- 10 *Sundhedsministerens redegørelse 1994. Samarbejde om sundhed 1994-97*, 1994, s. 20. I 1996 afholdtes en konference om „Velfærd og trivsel for svage grupper“ arrangeret af Sundhedsministeriet og Socialministeriet. *Social ulighed, sundhed og sygdom. Illustration af sammenhænge*, 1996.
- 11 Allerede i sygdomsundersøgelsen fra 1960 blev der påvist visse sociale forskelle i sygelighed, f.eks. mellem dem, der havde løn under sygdom, især funktionærer, og dem, der ikke havde det, arbejdere, og mellem dem, der boede i henholdsvis usunde og andre boliger. *Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-1954*, 1960.
- 12 Lynge, 1979; Andersen, 1985.
- 13 *Lavindkomstkommissionens betænkning*. Betænkning 946. København, 1981, s. 94 ff.
- 14 Knudsen, 1988.
- 15 *Sundhedstilstand. Sundhedsadfærd. Forebyggelsesprogram*, 1991, s. 73 ff.
- 16 *Danskernes sundhed mod år 2000. Sundhedsadfærd. Sundhedstilstand. Sygelighed. Dødelighed. Levekår*, 1997.
- 17 *Danskernes sundhed mod år 2000. Sundhedsadfærd. Sundhedstilstand. Sygelighed. Dødelighed. Levekår*, 1997, s. 135.
- 18 *Ulighed i sundhed og forebyggelse*, 1998.
- 19 Regeringen, 1999, s. 6.
- 20 Regeringen, 2002, s.6.

- 21 Social ulighed i sundhed som politisk problem er behandlet i en mindre ph.d.-afhandling fra Linköpings universitet, Boman, 2002, ud fra en lidt anden problemstilling end min. Gennem den er jeg blevet opmærksom på en del litteratur.
- 22 *Hela folkets hälsa. En nationell strategi*. Folkhälsogruppen Nr. 8 1991. Stockholm, s. 87. I de fra 1975 årligt gennemførte undersøgelser af befolkningens leveforhold (ULF) blev der også spurgt til helbredsrelaterede forhold, og også i dem kunne sociale forskelle påvises.
- 23 *Folkhälsorapport 1991*, 1991, s. 44.
- 24 Oplysningen fundet på Statistiska centralbyråns hjemmeside: www.scb.se/statistik/leio101/leio101_mer.asp
- 25 *SOU 1984:39*, s. 33.
- 26 *SOU 1999:137*, s. 86.
- 27 *SOU 1984:39*, s. 33.
- 28 *SOU 1997:119*, s. 48.
- 29 *SOU 2000:91*, s. 12.
- 30 Regeringen beskrev, hvad den mente folk kunne vælge. Bjergbestigning var et valg, voksne mennesker selv foretog, mens rygning ikke så entydigt var et valg, både fordi rygning var afhængighedsskabende, og fordi mennesker med dårlige levekår ryger mere. *SOU 2000:91*, s. 66.
- 31 *SOU 2000:91*, s. 69.
- 32 Regeringens proposition 2002/03:35, s. 31. *Riksdagstryck*.
- 33 Motion till riksdagen 1990/91:So83 av Daniel Tarschys m.fl. (fp) med anledning av prop. 1990/91: 175 Vissa folkhälsofrågor. *Riksdagstryck*.
- 34 Rasmussen, Groth, Bredkjær & Kamper-Jørgensen, 1988, s. 19.
- 35 Kjølner, Rasmussen, Keiding, Petersen & Nielsen, 1995.
- 36 De sociale forskelle mellem kvinder vedblev dog at være mindre end blandt mænd, se nedenfor.
- 37 *Levetiden i Danmark*, 1994, s. 72.
- 38 *Danskernes sundhed mod år 2000. Sundhedsadfærd. Sundhedstilstand. Sygelighed. Dødelighed. Levekår*, 1997.
- 39 Det er det problem, som i epidemiologien omtales som, at det skal afgøres, om der er tale om årsag og selektion, når man skal finde forklaringer på en sammenhæng.
- 40 *Ulighed i sundhed og forebyggelse*, 1998, s. 6.
- 41 Sundhedsminister Birte Weiss. Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse. (Redegørelse nr. R 9). Skriftlig redegørelse. *Folketingstidende* 1997/98, s. 3062.
- 42 Sårbare gravide, sårbare grupper af unge, børn og unge i psykiatrien, børn i misbrugsfamilier, unge arbejdsløse uden uddannelse, indvandrergupper med særlige behov, hyppige/faste kunder hos praktiserende læger, personer med hyppige og/eller langvarige hospitalsindlæggelser, ufaglærte med ustabile beskæftigelsesforhold, modtagere af langvarig kontanthjælp og dagpengemodtagere, langtidsmotagere af sygedagpenge, førtidspensionister, skrøbelige gamle, gamle mennesker, forvirrede og præget af sygdom, senil demente med særlige behov, pårørende til senil demente, alkoholiserede familier, narkomaner, sindslidende. *Status 2001 for folkesundhedsarbejdet*, 2002, s.20.
- 43 Regeringen, 2002, s. 54.
- 44 *DIKE* skrev dog allerede i 1996: „Det kan være svært rent statistisk at udpege præ-

- cist hvilke grupper, der er specielt svage og som kræver en særlig hjælpende indsats“. *Social ulighed, sundhed og sygdom. Illustration af sammenhænge*, 1996, s. 1.
- 45 *Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet*, 2000, s. 13.
- 46 Andersen, Laursen & Petersen, 2001.
- 47 Kjølner & Rasmussen, 2002, s. 15.
- 48 *Social ulighed, sundhed og sygdom. Illustration af sammenhænge*, 1996, s. 20.
- 49 Regeringen 1999b, se også Regeringen, 1999, s. 18
- 50 Regeringen, 1999, s. 32. Mine kursiveringer.
- 51 Regeringen, 1999, s. 19.
- 52 *SOU 1984:39*, s. 33
- 53 *Regeringens skrivelse 1993/94:247. Investera i hälsa – Prioritera för hälsa*. 19 maj 1994, s. 12.
- 54 *Folkhälsorapport*, 1987, s. 15.
- 55 I Folkhälsorapporten fra 1991 skelnedes mellem arbejdere og funktionærer, nogle gange opdelt i undergrupper. *Folkhälsorapport 1991*, 1991, s. 43 ff.
- 56 *SOU 1999:137*. og Ringbäck-Weitof, 2001, s. 199-218.
- 57 Motion till riksdagen 1990/91:5073 av Sten Svensson m.fl. (m) med anledning av prop. 1990/91: 175 Vissa folkhälsofrågor, s. 7.
- 58 *SOU 2000: 91*. Reservation av ledamoten Leif Carlsson (m). *SOU 2000: 91*, s. 216.
- 59 Regeringens proposition 2002/03:35, s. 31.
- 60 *SOU 2000:91*, s. 69.
- 61 Bremberg, 2002, s. 5.
- 62 *Sundhedsministerens redegørelse 1994. Samarbejde om sundhed 1994-97*, 1994, s. 20.
- 63 Sundhedsminister Birte Weiss. Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse. (Redegørelse nr. R 9). Skriftlig redegørelse. Folketingsåret 1997/98, s. 3063 og 3064. Folketingstidende.
- 64 Regeringen, 1999, s. 6.
- 65 Regeringen, 1999, s. 33.
- 66 Regeringen, 1999, s. 95.
- 67 Forhandling om redegørelse nr. R 4: Sundhedsministerens redegørelse af 28. oktober 1999 om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. (Redegørelsen anmeldt 28/10 99. Redegørelsen givet 28/10 99. Meddelelse om forhandling 28/10 99).
- 68 Regeringen, 2002, s. 6. Opfølgningen, det såkaldte indikatorprogram, skulle dog ikke specielt se på de svageste grupper, men undersøge ændringer i den sociale gradient.
- 69 Regeringen, 2002, s. 55.
- 70 Rose, 1999, s. 131. Han omtaler disse grupper som „the usual suspects“. Min oversættelse.
- 71 *SOU 1984:39*, s. 77.
- 72 Regeringens proposition 2002/03:35, s. 35.
- 73 *SOU 1984:39*, s. 62.
- 74 Regeringens proposition 1990/91: 175 om vissa folkhälsofrågor. *Riksdagstryck* s. 6-7.
- 75 *SOU 1999:137*, s. 37-8.
- 76 *SOU 1999:137*, s. 77.
- 77 *SOU 2000: 91*. Reservation av ledamoten Leif Carlsson (m), s.227.
- 78 *SOU 2000: 91*. Reservation av ledamoten Leif Carlsson (m), s. 215.

„ET BEDRE LIV“

Sundhedsoplysning blev, som det er fremgået af de foregående kapitler, set som et vigtigt middel til at forme folks adfærd og vække deres ansvarlighed. *Ottawa Charteret*, vedtaget i 1986 på en konference bl.a. arrangeret af WHO, hævdes ofte at være det dokument, som satte sundhedsfremme på dagsordenen.¹ I det beskrives målet med sundhedsoplysning og sundhedsfremme som at give folk magt over deres eget liv – som en forudsætning for eller et middel til at opnå sundhed. Sundhedsoplysningen er samtidig myndighedernes middel til at opnå magt over eller forme befolkningens liv,² ved at de søger at styre dem til en ændret adfærd.

Dette kapitel handler om, hvordan myndighederne via oplysning søgte at forme borgernes adfærd. Det er fortrinsvis det materiale, som retter sig mod de voksne borgere bl.a. med henblik på at finde ud af, hvordan myndighederne har fundet det acceptabelt og hensigtsmæssigt at påvirke og forme selvstændige, myndige personers adfærd, som analyseres. Jeg fokuserer på tre områder: kost, fysisk aktivitet og rygning. De var både i Danmark og Sverige emner, som havde stor bevågenhed i sundhedsoplysningen, og man kan forvente, at alle eller i det mindste de fleste af de forskellige styringsteknikker, der blev brugt i periodens oplysningsmateriale, vil være at finde der.³ Der blev lavet oplysningskampagner om mange andre sundhedsrelaterede emner end dem, der behandles her, f.eks. seksuelt overførte sygdomme, især AIDS, faren ved at være meget i solen, alkoholbrug og tandhygiejne. Disse områder vælger jeg ikke at behandle her.

Det oplysningsmateriale, der her analyseres, blev udformet af offentlige myndigheder, ofte sammen med andre. Mange forskellige statslige myndigheder har været involveret i sundhedsoplysningen, i Danmark f.eks. Sundhedsstyrelsen, Forbrugerstyrelsen, Tobaksskaderådet, Forum for motion, Levnedsmiddelstyrelsen,⁴ og i Sverige *socialstyrelsen*, fra 1991 *folkhälsainstitutet*, *livsmedelsverket*, *konsumentverket* m.fl. Samarbejde med private organisationer forekom hyppigt, ligesom mange foreninger og brancheorganisatio-

ner førte deres egne kampagner. En skarp skelnen mellem offentlig og privat er derfor ikke mulig. Den er heller ikke ønskelig. Især i Sverige synes samarbejdet med private organisationer og erhvervslivet at have været omfattende. Et eksempel: En kampagne for brødspisning blev i 1970'erne gennemført af en brancheorganisation, Brödinstitutet, med sloganet: „Socialstyrelsen vill att vi äter 6-8 brödsivor om dagen“. I hvilken grad kampagnen var velsignet af *socialstyrelsen*, er der modstridende oplysninger om. En kampagne for morgenmad „Börja dagen bättre“ blev gennemført i samarbejde mellem *socialstyrelsen* og erhvervslivet. Den danske kampagne „6 om dagen – spis mere frugt og grønt“ gennemførtes i samarbejde mellem myndigheder, patient- og brancheorganisationer, især inden for fødevarerbranchen.

I de sidste tre årtier af 1900-tallet voksede antallet af kampagner og mængden af oplysningsmateriale voldsomt i begge lande. Det er ikke lykkedes mig at få et fuldstændigt overblik over alle de offentligt initierede kampagner i perioden.⁵ Det er mit indtryk, at det svenske oplysningsmateriale er betydelig mere omfattende end det danske, dvs. styringsambitionerne, eller den statslige omsorg om man vil, var større. Alene fra 1967/68 til 1974/75 voksede *socialstyrelsens* bevillinger til sundhedsoplysning fra 900.000 til 5.500.000.⁶ Omfanget af det svenske oplysningsmateriale kan eksemplificeres med tobaksområdet, hvor der tilsyneladende blev produceret mest oplysningsmateriale. I 2003 blev der udgivet en pjece på 35 sider med en fortegnelse over et udvalg af det tilgængelige informationsmateriale om tobak.⁷ Opfattelsen af, at den svenske oplysningsaktivitet generelt var mere omfattende, styrkes bl.a. af, at *folkhälsoinstitutet* i 2001 gennemførte en kampagne, som strakte sig over hele året, „Sätt Sverige i rörelse“,⁸ og stadig følges op i 2003. Den tilsvarende danske kampagne i foråret 2003 „30 minutter“ var mindre ambitiøs målt i antallet af aktiviteter, publikationer og tidsmæssig udstrækning.

Indholdsmæssigt var forskellene til gengæld små; budskaber og råd var stort set de samme. Budskaberne blev endnu mere ens i de to lande mod slutningen af 1900-tallet, hvilket dels skyldes, at der kom EU-direktiv på tobaksområdet, dels at der fremkom stadig mere forskning, som landenes myndigheder fortolkede og brugte på samme måde, f.eks. ved at komme med anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet og 500 gram/6 stykker frugt og grønt om dagen. Udmeldinger fra WHO spillede også en voksende rolle. Der skete alt i alt en vis ensretning af sundhedsoplysningen i kraft af det internationale samarbejde og af, at de internationale organisationer – især EU – fik større indflydelse på politikfastlæggelsen i de to lande.

Udgangspunktet for enhver styring er identifikationen af problemer, deres årsager og mulige løsninger, dvs. af hvad der bliver betragtet som gyldig viden. Myndighedernes opfattelse af kostens betydning for sundheden har stort set været uforandret i perioden fra 1970 og frem til i dag. Mindre fedt og sukker, mere grønt, frugt og brød var og er hovedbudskaberne. Med hensyn til rygning var der blandt forskere og embedsmænd enighed om rygningens helbredsskadelige virkninger allerede i 1970, både i forhold til lungekræft, andre lungesygdomme og hjertekarsygdomme. Passiv rygning blev dog først set som et større problem for sundheden i løbet af 1980'erne; før da blev den mest omtalt som en gene uden helbredsmæssige konsekvenser.

Overvægt, som kom til at spille en meget stor rolle i folkesundhedspolitikken fra slutningen af 1990'erne, blev ikke anset for at være særlig sundhedsskadelig tyve år tidligere. I 1984 hed det i en svensk betænkning, at sammenhængen mellem overvægt og hjertekardødelighed ikke var sikker.⁹ Motion eller fysisk aktivitet mente man i begyndelsen af 1970'erne ikke havde veldokumenteret betydning for at forebygge sygdomme, men nok for at fremme sundheden. „Fysisk träning ger för många ett ökat välbefinnande. Det är emellertid osäkert i vilken grad det förebygger sjukdom. Bra kost och livsföring kan ha båda effekterna“,¹⁰ hed det i en svensk udmelding fra 1986. Ved slutningen af perioden blev fysisk aktivitet tillagt lige så stor betydning som rygning.¹¹ Den ændrede prioritering hang givetvis såvel sammen med en ændret opfattelse af overvægtens betydning som med, at rygning blev mindre udbredt, og overvægt mere almindelig.¹²

Opfattelsen af, hvad der var den rigtige mængde motion, ændredes en del i løbet af perioden. Da den svenske socialstyrelse i 1970'erne lancerede kampagnen „Börja dagen bättre“ handlede det om et ti-minutters opvarmingsprogram. Siden kom beskeden, at man skulle dyrke fire timers motion om ugen, fulgt af en opfordring om en halv times fysisk aktivitet hver dag. Betegnelsen fysisk aktivitet blev brugt i stedet for motion for at angive, at der ikke behøvede at være tale om organiserede motionsaktiviteter, men at det kunne indgå som bevægelse i forbindelse med andre aktiviteter, f.eks. transport eller havearbejde. Det, der blev set som gyldig viden på disse områder, var stort set det samme i begge lande.

Den daværende danske indenrigsminister Egon Jensen sagde i 1973: „Der er én ting man skal være meget varsom med, og det er at stille sig op som staten, der har pegefingern ud mod borgeren, er borgerens barnepige, hvis det i virkeligheden ikke virker“.¹³ Problemet var her ikke, at staten var formynderisk, men at det ikke virkede efter hensigten. Det var styringsteknikkens effektivitet, der var afgørende for, om den skulle bruges. Myndighederne i begge lande gjorde sig en del overvejelser over, hvordan de skulle oplyse befolkningen med henblik på at opnå de ønskede adfærdsændringer. Midlet var at påvirke motivation og holdninger. Viden, „saklig och opartisk information“, blev fremhævet som et vigtigt middel. I en plan mod svær overvægt fra Danmark fra 2003 hed det: „Det er en offentlig opgave, at motivere befolkningen til en fysisk aktiv livsstil, blandt andet ved at sikre, at der er tilstrækkelig viden om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed“.¹⁴ Når blot borgerne lærte, at noget var sundhedsskadeligt, ville de justere deres adfærd. Der blev dog, især i de svenske udmeldinger, ofte givet udtryk for, at oplysning og information havde begrænset effekt med hensyn til at ændre folks adfærd. „Endast ett fåtal av de faktorer som styr individens kost- och motionsbeteende kan påverkas genom hälsouppllysning riktad till den enskilda människan“.¹⁵ Den erkendelse forhindrede ikke, at man i samme tekst foreslog yderligere oplysningsindsats. I den svenske tobaksudredning fra 1990 blev information om tobakkens skadevirkninger fremhævet som nødvendig og effektiv, men informationen skulle støttes af andre initiativer som reklameforbud og røgfri miljøer etc. Den svenske tobakskomite fra 1981 fremhævede betydningen af, at man ikke kun talte om de alvorlige sundhedsskader, men også om de mange fordele ved ikke at bruge tobak, såsom bedre kondition, lugtesans og udseende.¹⁶

En etableret sandhed har været, at kost og motionsvaner bliver grundlagt i barndommen, hvilket har gjort børn til en yndet målgruppe for sundhedsoplysningen. Denne sandhed satte en svensk publikation fra 1999 imidlertid spørgsmålstegn ved. „Att vara fysiskt aktiv i unga år är inte någon väsentlig förklaringsfaktor för om man är fysiskt aktiv i vuxen ålder“.¹⁷ En viden, som dog ikke lader til at have påvirket intensiteten i indsatsen over for børnene, som selvfølgelig også kan gavne dem, mens de er børn.

Der er sandsynligvis to grunde til, at myndighederne lagde så stor vægt på at formidle viden, på trods af at der somme tider blev udtrykt tvivl om effekten på folks adfærd. Den ene er myndighedernes opfattelse af en forpligtelse til at formidle den viden, man havde, således at folk kunne handle på et kva-

lificeret grundlag. Den anden er, at de trods tvivl ud fra en logisk betragtning mente, at folk da måtte kunne indse, at de skulle handle anderledes, hvis de fik at vide, at de kunne skade eller gavne deres sundhed ved en given adfærd. Myndighederne forventede med andre ord, at borgerne handlede efter den rationalitet, de selv havde. Samlet set var det ikke ofte, at der blev fremført overvejelser over eller præsenteret forskning om, hvordan påvirkningen kunne foregå mest effektivt. Overvejelserne over valg af styringsteknikker handlede stort set kun om deres effektivitet, ikke om, hvorvidt de f.eks. også krænkede den enkeltes integritet, skabte skyldfølelse, stigmatisering mv. Der var ingen etisk selvrefleksion.

Sundhedsoplysningen blev mere nærværende eller, om man vil, påtrængende, dels på grund af mængden af materiale, dels fordi den fulgte med i købet, f.eks. på tobaksprodukter. Med de nye regler fra 2002 blev advarsels-teksterne meget synlige, sort tekst med sort ramme, som fyldte mere end halvdelen af pakkens største sider, hvor de i Danmark tidligere havde været trykt med finere bogstaver og med guld. Oplysningen fik også form af „reklamer“ i aviser og i gademiljøet, ligesom anden reklame. Den var dermed ikke noget, borgerne selv kunne vælge til eller fra. Selv om man allerede i den tidligere periode havde skævet til reklamens virkemidler,¹⁸ fik disse nu en meget større betydning. Man talte også i denne periode om nødvendigheden af at skabe viljen til sundhed. I 1974 hed det i en svensk publikation: „Hälsan måste uppfattas som ett värde, som måste vårdas för att inte gå förlo-
rat och för att ge valuta. Idén om hälsan som ett värde borde inympas redan i barndomen för att göras till en naturlig del av vår föreställningsvärld“.¹⁹ Almindeligvis forudsatte man dog, at viljen var til stede, og at det derfor primært handlede om at oplyse om, hvordan sundheden kunne opnås.

FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

Begreberne forebyggelse og sundhedsfremme bruges begge i forbindelse med sundhedsoplysningsarbejdet. I en nyere dansk lærebog defineres de: „Forebyggelsen har til formål at fjerne sygdom og ubehag og er således rettet mod den negative side af sundhedsbegrebet. Sundhedsfremme er rettet mod den positive side. Den omfatter også forebyggelsen, men den har et langt mere ambitiøst sigte, idet den også vil øge den positive sundhed“.²⁰ Sundhedsfremme er således en omfattende aktivitet. Senere i samme bog står, at „sundhedsfremme kan defineres som en proces, der har til formål at gøre personer individuelt og kollektivt i stand til at udøve kontrol over for-

hold, der betyder noget for deres sundhed, og derigennem at forbedre deres sundhed“.²¹ Det kan både være helbredsrelateret adfærd og brug af sundhedsvæsenet. Dvs. at sundhedsadfærd også kobles til *empowerment*- eller *enablement*-strategier, helt i tråd med *Ottawa Charteret*. I en svensk betænkning om fedme fra 2002 blev de to begreber karakteriseret på følgende måde:

FIGUR 8.1.

Sundhedsfremme og forebyggelse

HÄLSOFRÅMJANDE	SJUKDOMSFÖREBYGGANDE
Utanför sjukhus	Inom sjukvården
Motståndskraft	Orsaker undanröjs
Förbättra hälsan	Förhindra sjukdom
Befolkningen	Riskgrupper
Stödjande miljöer	Läkemedelsbehandling

Kilde: *Åtgärder mot fetma*, 2002, s. 20.

Sundhedsfremme kan siges at have et utopisk mål, især hvis udgangspunktet er WHO's definition af sundhed som „en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse“.²² Både forebyggelse og sundhedsfremme er normative projekter, da de handler om at definere, hvad henholdsvis det onde og det gode er. Sundhedsfremme er dog normativ på et større område, da det jo indebærer en definition af, hvad velbefindende, dvs. det gode liv, er. Det måske i denne sammenhæng mest interessante er, at sundhedsfremme er grænseløs. Sundhedsfremme indebærer en mere eksplicit stillingtagen til, hvad det gode liv er, og det er et uendeligt projekt. Sundheden kan altid blive bedre. Forebyggelsen kan siges at være fuldendt, når en given sygdom ikke mere eksisterer, som det f.eks. er sket med kopper. Det er næppe sandsynligt, at mange andre sygdomme vil blive udryddet helt, men i princippet er forebyggelsesprojektet endeligt; det er slut, når sygdommene er afskaffet.

Ved at lægge vægt på sundhedsfremme frem for forebyggelse gav man ord til den udvidelse af folkesundhedsarbejdet, som skete i løbet af 1900-tallets sidste årtier. I den svenske definition fremgår også tydeligt, at sigtet med sundhedsfremme er meget bredt, og at målgruppen er hele befolkningen. Forskellen er således definatorisk stor mellem sundhedsfremme og forebyggelse. I praksis er forskellen mindre tydelig. Det er ofte ikke indlysende, om

en given aktivitet skal betegnes som sundhedsfremme eller forebyggelse. Rygeophør, ændret kost og fysisk aktivitet kan have begge formål og effekter, dvs. både forhindre, at man bliver syg, og medføre, at man får en bedre sundhed.

WHO's definition af sundhed er fra 1948, og det var, som det er fremgået af kapitel 2, også i 1930'erne og 1940'erne en ambition at forbedre folks sundhed. Alligevel møder man ofte i litteraturen fra slutningen af 1900-tallet den forestilling, at sundhedsfremme er en helt ny måde at drive folkesundhedsaktiviteter på, som adskiller sig fra tidligere tiders forebyggelse. Sundhedsfremme er dog ikke et barn hverken af de seneste årtier eller af 1900-tallet. Dele af dets tankegods har rødder hos de gamle grækere. Sundhedsfremme, som mere uspecifikt retter sig mod en forbedring af velværet, svarer til den humoralpatologiske tænkning, hvor målet var at skabe balance i krop og sjæl, mens forebyggelse, hvis den er sygdoms- eller risikofaktorspecifik, svarer til den moderne medicinske tænkning med dens opfattelse af sygdomme som afgrænsede helheder og monokausale syn på sygdommes årsager.²³ Det, der var nyt i begrebet om sundhedsfremme, som det blev brugt i slutningen af århundredet, var, at der blev talt mere om at inddrage borgerne og om, at der skulle magt til selv at vælge en sundhedsgavnlig adfærd. Sundhedsfremme indebærer mere omfattende styringsambitioner end forebyggelse, og den omfatter større områder af menneskers liv og adfærd.

Rygning

Rygning kan illustrere de voksende styringsambitioner. Det blev fra 1970'erne anset som et meget stort sundhedsproblem. Det blev det ikke i 1930'erne og 1940'erne. I dag er det en almindelig forestilling, at det var med den viden, der blev skabt om sammenhængen mellem lungekræft og rygning, som kom frem i 1950'erne, at det blev et centralt sundhedspolitisk emne.²⁴ Går man tilbage til begyndelsen af 1900-tallet, var rygning imidlertid et stort tema i den politiske debat og i oplysningen om sundhedsfarer. Det gælder i hvert fald Sverige og England.²⁵ Den svenske historiker Lars I. Andersson identificerer seks måder, hvorpå der blev talt om rygning i perioden 1870-1939, som den moralske, „rökaren syndade mot sin hälsa och priggav sin naturgivna frihet och det naturliga levnadssättet“, den medicinske, dvs. sundhedsfaren, den økonomiske, spild af penge, den æstetiske, som især blev påpeget over for kvinderne, tobak var snavset.²⁶ Som det vil fremgå nedenfor gik flere af disse argumenter igen i slutningen af 1900-tallet i begge lande.

I Sverige blev tobakken koblet til alkohol og kaffe, som alle blev anset for sundhedsskadelige. Det skete bl.a. i en statslig betænkning fra 1918.²⁷ Også i 1930'erne var der i Sverige en vis opmærksomhed på rygning. I 1930 foreslog C.A. Lindhagen i *riksdagen* forbud mod rygning i centraladministrations lokaler og i sovekupeer.²⁸ I 1938 fremsatte O.F. Dahlbäck forslag om „förebyggande av alltför tidigt tobaksbruk bland den uppväxande ungdomen“. I 1934 blev der indgivet et forslag om aldersgrænse for tobakskøb på 15 år.²⁹ Det gav ikke anledning til nogen initiativer fra rigsdagen, men viser, at tobakken ikke helt havde forladt dagsordenen, og at flere af de restriktioner, der blev indført i slutningen af århundredet, allerede var foreslået i mellemkrigstiden. Den danske forskning på området er desværre stort set ikke-eksisterende. En søgning på biblioteksdata efter publikationer fra før 1950 giver hovedsagelig oplysninger om dyrkning af tobak, hvilket kan tyde på, at tobaksforbruget ikke var et stort tema i dansk sundhedsdebat for 100 år siden. Der var dog en vis opmærksomhed på rygning og sundhed; f.eks. udgav *Landsforeningen „Bort med Tobakken“* fra 1907 til 1910 månedsbladet *Frisk Luft*.³⁰ Det forhold, at tobak allerede for 100 år siden var formuleret som et større sundhedsproblem i Sverige end i Danmark, kan måske være en forklaring på, at der også i Sverige i slutningen 1900-tallet blev gjort mere for at begrænse rygning. En mere nærliggende forklaring kan være, at der i det hele taget har været mindre opmærksomhed på indtagelse af sundhedsskadelige stoffer, herunder alkohol og narkotika, i Danmark.

Da rygning for alvor kom på den sundhedspolitiske dagsorden i løbet af 1960'erne var det dog de danske myndigheder og organisationer, der kom først på banen. I 1961 kom en betænkning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse og Lægeforeningen.³¹ I 1963 blev et udvalg nedsat af Indenrigsministeriet med henblik på at foreslå, hvordan farerne ved cigaretrykning kunne begrænses.³² Udvalget skulle især se på tobaksreklamer og oplysning. Disse betænkninger rummer forslag til initiativer for at begrænse rygningen, som siden er gennemført, f.eks. indførelse af røgfri miljøer, reklameforbud og begrænsning af børns adgang til at ryge samt oplysning. De foreslog også propaganda rettet mod børn og unge og mod voksne varetager af et permanent råd. Det varede imidlertid lang tid, før det skete.

De svenske politikere og læger tog de amerikanske og engelske publikationer om rygningens helbredsskadelige virkninger mindre alvorligt. Medicinalstyrelsen publicerede en rapport *Fakta om rökning* i 1965, som var mere forbeholden i sine konklusioner om sammenhængen mellem rygning og sygelighed end de angelsaksiske.³³ I 1970'erne blev tonen ændret, sikkert

bl.a. fordi WHO havde sat tobakken på dagsordenen som et stort sundhedsproblem. I 1971 blev en tobaksudredning nedsat, som kom med en betænkning i 1973, og seks år senere udgav *socialstyrelsen* en rapport om rygningens helbredsskadelige virkninger.³⁴ Siden da har de svenske politikeres og myndigheders bestræbelser på at begrænse tobaksrygningen været mere omfattende end de danske. I 1981 kom den svenske tobakskomites betænkning.³⁵ En svensk betænkning fra 1984 om kræft handlede både om tobakkens betydning for kræftforekomsten og om nødvendigheden af sundhedsoplysning i almindelighed og om tobak i særdeleshed.³⁶ Samme år udkom en betænkning om hjertekarsygdomme med samme budskab.³⁷ I 1990 kom en ny tobaksbetænkning,³⁸ som førte frem til den meget omfattende tobakslov, der trådte i kraft i 1993. Betænkningen foreslog også en forstærket informationsindsats.

Den internationale påvirkning både fra internationale myndigheder og organisationer og forskere i andre lande spillede en stor rolle i problemdefinitionen og politikformuleringen ved slutningen af århundredet, og det var særlig markant på rygeområdet.

REKLAMEFORBUD OG ADVARSELSTEKSTER

Forbud mod reklamer for tobaksvarer kan ses som omvendt sundhedsoplysning, eller rettere en slags ikke-oplysning om det, som anses for skadeligt. Myndighederne søger at styre ved at forhindre, at handlemuligheder bliver præsenteret, og på den måde markere adfærden som forkastelig. I 1970 fremsatte danske socialdemokratiske folketingsmedlemmer et forslag om „regler for udformningen af tobaksreklamer samt for oplysning om cigaretrykningens skadelige virkninger“ og om, at der skulle trykkes advarsler på cigaret-pakker og reklamer. Forslaget blev afvist af ministeren og ikke vedtaget. Emnet blev således tidligt bragt på den politiske dagsorden, men lovgivningen kom først 30 år senere. Der blev til gengæld indgået frivillige aftaler mellem myndighederne og tobaksindustrien om reklamebegrænsninger, første gang i 1962.³⁹ I 1980 blev det udvidet til at forhindre indirekte annoncering på andre produkter end tobak. Tobaksreklamer blev fra starten forbudt i reklamefjernsyn, da dette blev indført i 1988.⁴⁰

I 1972 blev et forslag fra norsk, svensk og finsk side om forbud mod tobaksreklamer vedtaget som rekommandation i Nordisk Råd.⁴¹ I Norge fik det effekt fra 1975.⁴² I Sverige blev der gradvist indført begrænsninger. Fra og med 1970'erne måtte mennesker ikke forekomme i reklamerne, og i

1978 kom en lov, som påbød, at advarselsteksterne også skulle trykkes i annoncerne.⁴³ Totalt reklameforbud blev indført med Tobakslagen i 1993. I 2001 blev love om forbud mod tobaksreklamer vedtaget både i Danmark og Sverige som følge af EU-beslutninger.⁴⁴

Mærkning af tobaksvarer med oplysning om tobakkens indhold af forskellige stoffer og med advarsler om rygningens skadelige virkninger var en direkte form for sundhedsoplysning, en appel til angst for sygdom og død. I Danmark indgik tobaksindustrien og staten en frivillig aftale i 1986,⁴⁵ som indebar, at tobaksprodukter skulle mærkes med oplysningen „Er yderst sundhedsskadeligt. Sundhedsstyrelsen“, samt en bagsidetekst med en yderligere advarsel. I Sverige blev det ved en lov fra 1. januar 1977, dvs. ni år tidligere, påbudt, at der skulle advarselstekster og indholdsdeklaration på tobakspakker. Den svenske socialstyrelse formulerede 16 advarselstekster.⁴⁶ I USA kom tilsvarende lov allerede i 1965.⁴⁷ I begge lande blev love vedtaget i 2002 om mærkning, på baggrund af et EU-direktiv.⁴⁸ Advarselsteksterne skulle være de samme i alle EU-lande, have et bestemt markant format med sort tekst og sort ramme, og de skulle fylde en stor del af pakken. Love om reklameforbud og advarselstekster kom således betydeligt tidligere i Sverige, men de var ved begyndelsen af 2000-tallet de samme.

AFGIFTER OG RYGEDEGRÆNSNINGER

Ud over gennem oplysning og reklameforbud søgte myndighederne at påvirke borgernes rygevaner ved hjælp af rygeforbud og afgifter. Afgifter kan have en direkte adfærdssædrende hensigt. Målet er, at folk af økonomiske grunde skal lade være med at købe varen. De kan også have en signalværdi, myndighederne markerer, at forbruget bør begrænses. Afgifter blev dog oftere af politikerne begrundet med, at de gav indtægter til statskassen, end at de gavnede sundheden.⁴⁹

Andre metoder, der blev taget i brug, var begrænsninger af muligheder for at købe varer, i form af aldersgrænser for køb af tobak eller begrænsninger af brugen, f.eks. ved indførelse af rygeforbud. Der er en påfaldende usamtidighed i indførelsen af regler på disse områder i de to lande. I 1995 kom i Danmark en lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler.⁵⁰ Siden 1988 havde der ved cirkulære⁵¹ været forbud mod rygning på statslige arbejdspladser herunder ved møder, hvis ikke alle var indforstået med, at der blev røget. Endelig blev der i 2000 vedtaget en lov om forbud for elever under 15 år mod at ryge i offentlige skoler mv.⁵²

I Sverige trådte en lov i kraft 1/7 1993,⁵³ som bl.a. indebar, at stort set alle arbejdspladser (bl.a. restauranter er stadig undtaget),⁵⁴ også de private, skulle være røgfri. Særlige rygelokaler kunne – men skulle ikke – indrettes, hvis det kunne ske, uden at røgen generede. Det blev forbudt at ryge på skoler og i daginstitutioner. Forbud mod at sælge tobak til børn og unge under 18 år kom med tobaksloven fra 1993. Den svenske lovgivning var således meget mere restriktiv; dels gjaldt den næsten alle arbejdspladser, og dels kunne rygerne ikke få lov til at ryge, selv om andre erklærede sig indforstået med det, eller sagt på en anden måde, ikke-rygerne behøvede ikke at hævde deres ret til røgfrihed.

Rygning blev således søgt reduceret med flere og kraftigere midler i Sverige end i Danmark, selv om andelen af rygere var lavere. Ligesom ved andre sundhedsproblemer kan man se, at problemkonstruktionen ikke var direkte relateret til forekomsten.

STYRING Gennem APPEL TIL BORGERNES ØNSKER OM ET GODT LIV

Hvordan søgte man gennem oplysning at få borgerne til at ændre adfærd? Appeller til de ønsker, man forventede, borgerne selv havde, spillede – som i 1930'erne og 1940'erne – en stor rolle, men det var til dels andre ønsker, myndighederne nu appellerede til. I oplysningsarbejdet gik man tilsyneladende alene efter de ønsker og egenskaber, man forventede, ville have størst virkning. De generelle opdragelsesambitioner var nedtonet.

APPEL TIL FRYGT FOR SYGDOM OG DØD

Oplysningsmaterialet er fyldt med tal om, hvor mange der dør på grund af rygning, uhensigtsmæssig kost og fysisk inaktivitet. De enkelte sygdomme blev indgående beskrevet, og henvisning til tabte leveår og kortere middellevetid blev hyppigt brugt, især i forhold til rygning. Stadig flere sygdomme blev føjet til listen over dem, man kunne undgå, ved at ændre adfærd.

„10.000 danskere dør hvert år på grund af tobak“,⁵⁵ skrev det danske Tobaksskaderåd. „Tobaksbruket är en av de största hälsofarorna“, og rygere taber i gennemsnit 20 år, hed det i en svensk pjeces.⁵⁶ Ifølge EU-regler fra 2002 skulle der på alle tobakspakker med meget tydelig tekst stå enten „Rygning kan dræbe“ eller „Rygning er yderst skadelig for dig og dine omgivelser“. Der blev således appelleret til folks dødsangst. Antallet af stoffer

i tobakken blev nævnt, og de mest skadelige stoffer blev indgående beskrevet, sandsynligvis med det formål at skabe ubehag og angst. Kost- og motionsbudskaber blev også koblet til muligheden for at undgå dødelige sygdomme. „Hvad er fordelene ved at spise sundere? ... halveres risikoen for at få en hjertesygdom ... det samme gælder risikoen for at komme til at lide af kostbetinget kræft, overvægt og alderdomssukkersyge“.⁵⁷

Også ikke-dødelige sygdomme blev fremhævet som følger af uønsket adfærd. Hvor man som nævnt i 1970'erne ikke var overbevist om, at fysisk aktivitet kunne forebygge var listen over undgåelige ondt blevet lang ved århundredeskiftet. „Ryggsygdomme, slidgigt, muskelsmerter, ledegigt og knogleskørhed ... Regelmæssig motion forebygger – ... – disse sygdomme“.⁵⁸ Dertil kom psykisk sygelighed, diabetes og overvægt. Det blev også fremhævet, at forplantningsevnen kunne trues af rygningen. „Tobaksrygning kan gøre det vanskeligt at blive gravid“,⁵⁹ hed det i en dansk oplysningspjece, og i de fælles EU-rygeadvarsler fik man at vide, at „rygning kan beskadige sæden og nedsætter frugtbarheden“ og „medføre impotens“.

Appeller til ønsket om at undgå sygdom og død var således massive sammenlignet med oplysningsmaterialet fra midten af århundredet.

APPEL TIL ØNSKE OM SUNDHED

I overensstemmelse med talen om sundhedsfremme blev ikke kun de ulykker, man kunne undgå, fremhævet, men også de sundhedsmæssige fordele, en ændret adfærd kunne indebære, blev grundigt behandlet. Oftest fremførtes de sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende budskaber i samme tekst. Ved at følge de gode råd ville borgernes psykiske og fysiske velvære forbedres. Det gjaldt især fysisk aktivitet. I en dansk pjece fra 1995 hed det: „Motion styrker hjertemusklen. Den sikrer, at hjertet kan pumpe mere blod rundt ved hvert hjerteslag“ „Fysisk aktivitet øger styrken i muskler, sener og knogler, og bevægeligheden i leddene opretholdes“.⁶⁰ Og i en anden henvendt specielt til mennesker med psykiske problemer. „Motion forbedrer ens sundhed“. Eksempler opregnes: „Mange oplever glæde under og efter motion“ „Følelser af at være nedtrykt og mangle energi mindskes, ligesom ophidselse og ærgrelse kan opleves mindre stærkt“. Langtidsvirkning: „mindre tilbøjelig til at føle angst eller blive depressiv eller stresset“. I Sverige fremførtes samme budskab: „Ett av de bästa sätten att minska stressen är att röra på sig“.⁶¹ Alle kunne få stor glæde af at dyrke motion: „Folk, der motio-nerer ofte, føler sig mindre anspændte og bedre tilpas“.⁶²

Det øgede velvære blev også fremhævet som direkte effekt af rygeophør. Som i de tidlige svenske advarselstekster på tobak: „Den som slutar röka får snabbt bättre kondition“. „Den som slutar röka ökar sin chans att få vara frisk“. ⁶³ Lige som ulemperne ved rygning: „Rygere får som regel nedsat lugte- og smagssans“. ⁶⁴ Der blev således ofte appelleret til ønsket om fysisk og psykisk velvære.

APPEL TIL ØNSKET OM DET GODE LIV: TIL ØNSKER OM SELVTILLID, SELVKONTROL, VENNER, SKØNHED, PENGE

Sundhedsoplysningen nøjedes ikke med at appellere til folks ønsker om sundhed og et langt liv. En sundhedsgavnlig adfærd ville give mange andre fordele, som man øjensynlig forventede, borgerne efterstræbte. Selvtillid og nye venner var nogle af dem. I en dansk pjece fra 1998 om fysisk aktivitet hed det, at „indstillingen til ens egen krop kan blive mere positiv, ligesom selvtillid og selvtilfredshed kan øges“. ⁶⁵ Og ifølge en anden ville fysisk aktivitet „styrke selvtilliden og bidrage til at skabe det sociale netværk, der er så vigtigt for mennesker med psykiske problemer“. ⁶⁶ I pjecen rettet til mennesker med psykiske problemer var løfterne ganske omfattende: „Motion kan bidrage med variation og spænding i tilværelsen, meningsfuld del af tilværelsen, sociale kontakter, være identitetsskabende, se ting på en ny måde, når man bevæger sig, give oplevelse af succes. At dyrke motion kan være med til at bryde en ond cirkel eller være med til at fortsætte en god udvikling“. ⁶⁷ „Desuden påvirker fysisk aktivitet også ens selvfølelse. Når man har et aktivt forhold til sin krop og mærker, at den fungerer og trives, giver det et positivt løft for både krop og sjæl“. ⁶⁸

Der blev endvidere appelleret til folks ønsker om at have kontrol eller ønske om at vise, at de havde kontrol. „Visa att det är du som bestämmer inte nikotinet. Bli fri“. ⁶⁹ I en dansk pjece fra 1999 hed det „Det er *moderne at have kontrol* over sig selv, sit liv, sit valg af livsstil“. ⁷⁰

Forfængelighed spillede en større rolle i oplysningen, end i midten af århundredet. Man håbede især at nå kvinderne ved at appellere til ønsker om skønhed. „Motion og nye bevægelsesvaner i hverdagen er den bedste slankekur“. ⁷¹ I Sverige blev der udgivet en pjece om, hvordan man kunne holde op med at ryge uden at tage på, som klart var rettet mod kvinder. ⁷² Ikke kun en slank linje, også andre skønhedsidealere kunne opnås ved at følge sundhedsrådene. Samme svenske pjece lovede „fräschare hy, färre rynkor,

„friskare“ hår, vitare tänder, bättre andedräkt“. I en dansk pjece til gravide hed det: „Kvinder, som har røget i mange år, ser ældre ud end kvinder, der ikke har røget. Huden bliver rynket, grovere og mere farveløs“. ⁷³ Rygere blev fremstillet som frastødende: „Til gengæld kan andre som regel lugte, når en person ryger, man får tobaksånd“. ⁷⁴ I de advarselstekster, der blev trykt på cigaretpakkerne fra begyndelsen af 2000'erne hed det „Rygning ælder huden“. At holde op med at ryge og at være mere fysisk aktiv var kort og godt vejen til skønhed.

Et godt liv, eller med et hyppigt brugt ord, høj livskvalitet, blev fremhævet som sidegevinster ved den ønskede adfærdsændring, og ikke kun fordi sundheden blev bedre. „Motion giver sundhed. Det er én side af motionen, men der er mange andre – og mindst lige så vigtige: Motion giver fx glæde, fællesskab og velvære“. ⁷⁵ „Hvad der tabes i vægt vindes i livskvalitet“. ⁷⁶ I 1977 i Sverige „Høj din livskvalitet – sluta röka“. ⁷⁷

Der blev også appelleret til ønsket om den bedre økonomi, som kunne blive resultatet af rygeophør. „Slutar du nu får du en rejäl, löneförhöjning“. ⁷⁸ I en pjece fik danske gravide rygere opfordringen: „Regn ud, hvor meget I sparer og planlæg, hvad pengene skal bruges til“. ⁷⁹

Det var frem for alt i forbindelse med øget fysisk aktivitet og især i Danmark, at der blev lovet guld og grønne skove: „Som ekstra plus vil motion og idræt – både på foreningsbasis og mere uformelt – skabe grobund for nye venskaber på tværs af økonomiske, sociale, religiøse og etniske grænser. Motion, leg og fælles arbejde vil også styrke de familiemæssige bånd“. „Og mennesker i svage og udsatte grupper vil få den kontakt og selvtillid, der er så vigtig for et godt liv“. ⁸⁰ Her handlede det således om mere end den nærmeste familie. Det er imidlertid uklart, hvem målgruppen for pjecen er, om det er almindelige borgere, eller om det er sundhedspersonalet, som skal motiveres til en øget indsats.

Med hensyn til virkninger på sundheden af disse initiativer blev der ofte henvist til videnskabelige undersøgelser, mens dette ikke skete med hensyn til andre effekter, som f.eks. bedre selvtillid, flere venner etc. Her kunne man nøjes med udokumenterede påstande.

ØNSKET OM AT GAVNE SINE MEDMENNESKER

Det var den enkeltes ønsker om et godt liv for sig selv, som myndighederne oftest appellerede til. Hensynet til andre spillede dog også en rolle, ikke

mindst i forbindelse med rygning og i forhold til børn. Borgerne blev opfordret både til at undgå at skade og genere andre og til at udgøre gode rollemodeller.

Det område, hvor ansvaret for andre hyppigst blev brugt som argument, var passiv rygning. „Opdagelsen“ af den passive rygnings sundhedsskadelige virkninger gav nye argumenter i forsøgene på at få folk til at ryge mindre.⁸¹ Den engelske historiker Virginia Berridge skriver om passiv rygning, at det var et „videnskabeligt faktum som ventede på at fremkomme“.⁸² Hun mener, at rygning og rygere efterhånden var så ilde set, at viden om den skade, rygerne påførte andre, kun bekræftede den negative opfattelse, som allerede var til stede. Rygernes status var radikalt ændret siden begyndelsen af 1960'erne. I starten blev passiv rygning hovedsagelig fremhævet som en gene: „Passiv rygning er den største gene i vores indeklima“.⁸³ Fostres passive rygning blev dog allerede i 1970'erne, i hvert fald i Sverige, set som sundhedsskadeligt: „Rökande mödrar får barn som väger mindre“.⁸⁴

Fra slutningen af 1980'erne og frem kom advarslerne om passiv rygning til at spille en stor rolle. En af de to forsideadvarsler, som blev besluttet af EU i 2001 var: „Rygning er yderst skadelig for dig og dine omgivelser“. *Folkhälsoinstitutet* oplyste om, „att leva tillsammans med en rökare innebär betydligt större risk för att drabbas av hjärt/kärlsjukdom eller lungcancer“.⁸⁵ Samme institut udgav også en pjece, der hed *Andras rök dödar*.

Især hensynet til børnene blev fremhævet i forbindelse med passiv rygning. Voksnes rygning smitter, og „voksne rygere har derfor et stort ansvar over for børn – ikke alene ved at udsætte dem for tobaksrøg, men også ved at være dårlige eksempler over for børnene“.⁸⁶ „Små barn hamnar ofta på sjukhus på grund av passiv rökning“.⁸⁷ „Alle voksne med daglig kontakt til børn er med til at skabe grundlaget for børnenes sundhed og vaner. Og det er et ansvar, der forpligter“.⁸⁸ Den svenske socialstyrelse skrev, at „forskningen visar att när föräldrarna säger nej till att barnen röker så är det färre av barnen som börjar röka“.⁸⁹

Ansvaret gjaldt dog ikke kun for børnene og ikke kun rygerne. Det danske forebyggelsesråd skrev i 1986: „Vi kan være med til at hjælpe hinanden med at leve et så sundt liv som muligt“.⁹⁰ „Vi må lære eller huske at være medansvarlige for hinandens sundhed“. „Vi må støtte hinanden i at træffe de sunde valg“.⁹¹ Fysisk aktivitet med familien: „På den måde er vi også med til at få nogle gode oplevelser sammen med familien og give vore børn gode vaner, som de naturligt kan bringe videre med sig i voksenlivet“.⁹² Der blev således gjort en del ud af at appellere til social ansvarlighed.

I svenske pjecer både til voksne og til skolebørn spillede appeller til miljøbevidsthed og solidaritet med de fattige en, om end beskeden, rolle. „Skogar ... huggs ned och eldas upp när man torkar tobaksblad“. „Tredje världen och öststaterna är tobaksbolagens framtida marknader. Där blir kvinnor och barn de intressantaste grupperna“.⁹³

Sammenfattende om de ønsker, myndighederne appellerede til, kan man sige, at sammenlignet med 1930'erne og 1940'erne spillede angst for sygdom og tabte leveår en større rolle, pligt og ansvar over for andre, spillede en mindre, og ansvar for et fællesskab som folket eller landet ingen rolle overhovedet. En undtagelse var passiv rygning, hvor hensynet til andre var afgørende. Appeller til ønsket om det gode liv med skønhed, penge, selvtilid og venner var til gengæld almindelige. Myndighederne appellerede tilsyneladende til det, de mente ville have den største effekt, uden skelen til, om det var følelser, egenskaber og ønsker, man i øvrigt gerne ville fremme i befolkningen.

STYRING Gennem APPEL TIL LYDIGHED OG AUTORITETSTRO

På trods af at der i oplysningsmaterialet blev lagt op til, at det var folks eget valg og ansvar, hvordan de ville leve deres liv, rummede det også et væld af påbud. Påbud, som appellerede til folks autoritetstro og lydighed. Den autoritet, der oftest blev henvist til, var den overordnede myndighed: „Sundhedsstyrelsen anbefaler ...“ og „Socialstyrelsen vill ...“. I 2002 blev der talt om „de officielle motionsanbefalinger“.⁹⁴ Her må man gå ud fra, at myndighederne forventede, at borgerne ville lytte og følge påbuddet, fordi de havde respekt for og tillid til de to autoriteter.

Der var i materialet ofte henvisning til, at der var videnskabelig dokumentation for påstandene, som i en svensk pjece fra 1977: „Vid det här laget har vi övertygande bevis på att rökningen förorsakar flera allvarliga sjukdomar“.⁹⁵ Og en dansk, sandsynligvis fra 1990'erne: „Det er hævet over enhver tvivl, at tobaksrygning er skadeligt for helbredet“.⁹⁶ „Den internationale videnskab er dog i dag enig om at anbefale 30 minutters fysisk aktivitet om dagen“.⁹⁷ Dette kan ses som en kombination af appel til fornuft og rationalitet og til autoritetstro, hvor det her var videnskaben, der var autoriteten.

Budskaberne i oplysningsmaterialet indeholdt mange påbud, som gav forholdsvis præcise handlingsanvisninger: „Alla individer bör, helst varje dag,

vara fysiskt aktiva minst 30 minuter. Intensiteten bör åtminstone vara måttlig ...⁹⁸ „Fra Sundhedsstyrelsens side anbefales det, at børn og unge i skolealderen dagligt skal dyrke mindst en times fysisk aktivitet, mens voksne anbefales en halv times daglig fysisk aktivitet. Den fysiske aktivitet kan opdeles i mindre portioner af fx 10–20 minutter“.⁹⁹ „6 om dagen – spis mere frugt og grønt“. Man kan med Nikolas Rose sige, at sundhedsoplysningerne benyttede „the power of a single figure“. Det er let at huske 30 minutter og 6 stykker, og det gør indtryk.

Den ønskede adfærd blev meget ofte formuleret i bydemåde, dvs. appellerede til lydighed. Her følger en række eksempler for at illustrere, at det var en almindeligt brugt måde at henvende sig til befolkningen på. „Tag altid trappen, hvis muligheden er der. Cykel/ gå til arbejde, supermarkedet, kiosken etc. Gå til og fra bussen og stå eventuelt af en gang eller to for tidligt. Cykel en lille omvej til og fra arbejde“.¹⁰⁰ I en pjese om rygeophør for gravide: „Kasta bort alla cigaretter. Avbryt rökningen tvärt. Gå inte över till snus. Ät färsk frukt eller tugga sockerfritt tuggummi om du behöver något i munnen. Promenera eller motionera på annat sätt varje dag. Drick mycket vatten“.¹⁰¹ „Ryg ikke i det samme rum, som barnet opholder sig i“.¹⁰² „Regn ud, hvor meget I sparer og planlæg, hvad pengene skal bruges til“.¹⁰³ „Opsæt for eksempel mærkater, som viser, hvor der må ryges – og hvor der er røgfrit område“.¹⁰⁴ „Sätt upp en rökfritt-skylt hemma. Låt bilen vara rökfri“.¹⁰⁵ Med hensyn til overvægt målt ved BMI¹⁰⁶ hed det: „Er tallet mellem 25 og 30, er du overvægtig og bør tabe dig“.¹⁰⁷

Rygere blev opfordret til at fortælle andre, at de var holdt op med at ryge, måske som et middel til at fremelske social kontrol: „Tala om för alla du träffar att du har slutat röka. Det hjälper viljan och det är viljan som ska hjälpa dig“.¹⁰⁸ „Fortæl dine omgivelser, at du holder op med at ryge“.¹⁰⁹ Borgerne fik også at vide, hvordan de skulle opføre sig over for deres nærmeste: „Forsøg derfor ikke at presse din partner til at holde op med at ryge. Det kan skabe irritation i samtalen og i hverdagen“.¹¹⁰ „Du kan ikke rose for meget – at holde op med at ryge er en personlig sejr af de helt store. Lad være med at se det som et nederlag, hvis det går galt“.¹¹¹ Budskaberne var stort set de samme i de to lande og formuleret i samme bydende tone.

Med hensyn til brugen af påbud og bydemåde adskiller sundhedsoplysningen sig i slutningen af 1900-tallet således ikke fra den i midten af århundredet. Der blev, som dengang, appelleret til lydighed og autoritetstro. Forskellen var, at påbuddene var mange flere ved slutningen.

NYE STYRINGSTEKNIKKER

I sundhedsvæsenet havde man i kraft af patientkontakterne mulighed for mere intensiv påvirkning end bare at oplyse. En metode, som blev lanceret i begge lande, var den såkaldt motiverende samtale. Den vil her blive beskrevet på baggrund af en dansk og en svensk instruktion til henholdsvis praktiserende læger og jordemødre. Den motiverende samtale blev i Danmark fremhævet over for praktiserende læger og jordemødre som et middel til at ændre folks adfærd, altså som et styringsredskab.¹¹² Dansk selskab for almen medicin diskuterede i sin pjece, hvor grænsen for lægens påvirkning gik, og skrev, at eftersom de fleste mennesker gerne vil være sunde, „har lægen også en almindelig anerkendt forpligtelse til at prøve at påvirke patienten til at overveje en sundhedsfremmende adfærd“.¹¹³ Påvirkningen blev formuleret ikke kun som en mulighed, men som en lægelig pligt. Det var især i forbindelse med rygeafvænnning, den blev omtalt. Tobaksskaderådet udgav to publikationer om den motiverende samtale.¹¹⁴ Ofte blev Søren Kierkegaard citeret for at understrege, hvordan styringen bedst kunne foregå: „At man, når det i sandhed skal lykkes én at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham, hvor han er og begynde der“.¹¹⁵ Det, der adskiller den motiverende samtale fra anden oplysning, er ikke styringsambitionerne, men teknikken. Målet var at opnå større efterlevelse af lægens eller jordemoderens råd. Selv om der blev talt meget om, at patienterne selv skulle vælge mv., var samtaleformålet at motivere patienterne til at handle, som myndighederne, lægen eller jordemoderen mente, det var bedst for dem. Den motiverende samtale „har som formål at fremme adfærdsmæssige ændringer“, samtidig skulle den være „ikke-styrende“.¹¹⁶ Lægen skulle indirekte konfrontere patienten med „en eventuelt manglende logik i sin redegørelse“. Det er således en styreform, der vil bruge patientens autonomi med henblik på at få dem til selv at vælge „det rigtige“, dvs. den sundhedsfremmende adfærd.

I den svenske instruktion hed det, at påbud var en dårlig metode til at få folk til at ændre adfærd: „Att ‚säga åt‘ föräldrar och tala om hur de borde göra med sina rökvanor är inte effektivt. De allra flesta av oss reagerar med trots och irritation när någon säger till oss“. Det var derfor bedre at bruge den „motiverende samtale“. Et vigtigt led i påvirkningen var her at give patienten lejlighed til at komme med egne synspunkter „att uttrycka vad som känns viktigast för henne“.¹¹⁷ Siden kunne sundhedspersonen støtte de synspunkter, som kunne føre frem til den ønskede ændring: „Vad bra att du förstår att rökning inte är bra för barnet.“¹¹⁸ Dette at støtte kvinden, når hun

gav udtryk for de ‚rigtige‘ synspunkter, blev kaldt at „stötta själv tillit“. Målet var ligesom i anden form for oplysning at opnå en given adfærdændring, og respekten for patientens synspunkter blev formuleret som et middel. I det lange løb var det kun de rigtige synspunkter, der blev respekteret. Patienten skulle overtage sundhedspersonalets problemdefinition og -løsning.

PÅVIRKNING I NYE SAMMENHÆNGE

I både Danmark og Sverige blev der talt en del om sundhedsvæsenets rolle i sundhedsoplysningen, og at adfærdspåvirkningen skulle styrkes. Endvidere skulle virksomhederne spille en rolle for at få de ansatte til at ændre livsstil. Borgerne kunne dermed blive genstand for styringsbestræbelser i stadig flere situationer.

Sundhedsvæsenet havde mange fordele, når det drejede sig om at skabe lydhørhed over for sundhedsoplysning. Mange mennesker kom i kontakt med det, og de var ofte i en sårbar situation, når det skete. Derfor forventede man, at folk ville lytte mere til budskaberne, hvilket gav „en enestående mulighed for at påvirke den enkelte“. ¹¹⁹ Myndigheder og politikere gik ud fra, at borgerne opfattede sundhedspersonalet som en autoritet. Sundhedsvæsenet kunne gennem undersøgelser gøre patienterne opmærksomme på, at de havde et ‚problem‘. Det sidste skete f.eks. på Bispebjerg Hospital i København fra slutningen af 1990'erne, hvor alle patienter blev udspurgt om deres ryge- og drikkevaner, og levede adfærden ikke op til Sundhedsstyrelsens normer, dvs. hvis de røg eller drak mere end 14/21 genstande om ugen, blev de tilbudt en forebyggelsessamtale. ¹²⁰ Lignende tanker fandtes i Sverige. I en publikation fra 1999 hed det „hälsoprofilbedömning i början av behandlingsperioden är en utmärkt metod att påbörja en attityd- och senare beteendeförändring mot ökad fysisk aktivitet“. ¹²¹ Ligesom ved helbredsundersøgelserne i 1940'erne håbede man gennem undersøgelser at give patienten et nyt syn på sig selv, et syn, der svarede til myndighedernes.

Det var, som vist i tidligere kapitler, især i Danmark, at sundhedsvæsenet blev tildelt en stor rolle i sundhedsoplysningen. Forsøgene på at ændre folks adfærd blev omtalt i samme termer som behandling. I en handlingsplan mod svær overvægt hed det: „Relationen mellem „klient“ og den professionelle rådgiver spiller en vigtig rolle“. ¹²² Sundhedsvæsenet skulle til tider spille en særdeles aktiv rolle. Det skulle „udarbejde kliniske retningslinier til læger, jordemødre og andet sundhedspersonale for opsporing af og intervention over for patienter med særlig risiko for udvikling af overvægt“. ¹²³ Når de

overvægtige var identificeret, skulle de have kostvejledning og henvises til livsstilscentre. En anden metode hentet fra den almindelige sygdomsbehandling var at udskrive recepter. Motion på recept blev først indført i Sverige og siden kopieret i Danmark. I Sverige blev der udarbejdet et katalog, svarende til et lægemiddelkatalog, som hjalp til de ordinerende læger.¹²⁴ Sundhedsoplysning var selvfølgelig ikke et nyt fænomen i sundhedsvæsenet, men der var bestræbelser på at give det en større plads omkring det sidste århundredeskifte, især i Danmark, og sundhedsvæsenet skulle opsøge dem, man mente havde behov for oplysningen.

Sundhedsoplysning skulle således gives ikke kun til dem, der opsøgte den f.eks. i forbindelse med helbredsundersøgelser. Den skulle systematisk udvides til alle patienter. Derudover skulle visse grupper være genstand for endnu mere intensiv vej- og retledning. Det skulle ske ved, at sundhedspersonalet opsporede og opsøgte dem, der skulle påvirkes.

ARBEJDSPLADSER OG ARBEJDSGIVERE SOM ALLIEREDE I FOLKESUNDHEDSARBEJDET

De sundhedsskader, som selve arbejdsprocessen kunne påføre de ansatte, havde længe været genstand for en indsats fra det arbejdsmedicinske system. Nu introduceredes som noget nyt, at arbejdsgiverne i begge lande skulle engageres i bestræbelserne på at få de ansatte til at ændre adfærd. Adfærdspåvirkningen skete dermed ikke kun i fritiden, men også i arbejdslivet. Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke ser ud til at være en sammenhæng eller et samarbejde mellem de bestræbelser, der vedrører forbedring af arbejdsmiljø i traditionel forstand, reduktion af arbejdsskader mv., og det, som handler om at få folk til at ændre livsstil.

For at få virksomhederne med på dette livsstilsændrende projekt fremhævede man, hvad de kunne vinde ved at få deres medarbejdere til at lade sig styre til en mere sundhedsgavnlig adfærd. Der blev også appelleret til virksomhedsledernes samfundsmæssige ansvar: „Enhver virksomhed påvirker sine ansattes livsstil og dermed deres sundhed“.¹²⁵ Mest blev der dog slået på de økonomiske fordele, arbejdsgiveren ville opnå: „Ekonomiska skäl talar också för en rökfri arbetsmiljö. Rökare har högre sjukfrånvaro. Både de själva och deras barn blir oftare sjuka“.¹²⁶ Arbejdsglæden ville blive større, og medarbejderne ville få „større evne og lyst til at påtage sig et ansvar for egen udvikling“. Sundhedssatsningen kunne „medvirke til at tiltrække og fastholde kvalificerede medarbejdere“.¹²⁷

En virksomheds indsats for medarbejdernes sundhed ville forbedre dens omdømme indadtil og udadtil, hed det: „Internt vil det bekræfte ledelsens interesse for sine ansatte, og udadtil kan en sund personalepolitik bidrage til at give virksomheden et image som fremsynet og helhedsorienteret“. ¹²⁸ De svenske arbejdsgivere fik også at vide, at de ville fremstå i meget positivt lys, hvis de gjorde en indsats for medarbejdernes sundhed: „Ett sunt företag anordnar utbildning och aktiviteter som stärker och utvecklar medarbetarnas fysiska, psykiska och sociala resurser. En modern organisation med kreativa och produktiva medarbetare förutsätter ett hälsomedvetet ledarskap. I framsynta företag är hälsa och välmående en del av visionen och ett led i affärstrategin“. ¹²⁹ I Sverige talte man ligefrem om, at der skulle laves særlige medarbejdersamtaler om sundhed: „Regelbundna utvecklingssamtal kring individuell hälsokompetens“. ¹³⁰ Grænserne for, hvad arbejdsgiverne kunne tillade sig over for medarbejderne, blev flyttet.

Samarbejdet med erhvervslivet blev således søgt sat i system på en ny måde, ikke kun i form af fælles kampagner. Det var en bevidst politik at udvide folkesundhedsarbejdet til at omfatte nye steder, som blev kaldt forebyggelsesmiljøer ¹³¹ eller *settings*. Sundhedsoplysning var ikke mere kun noget, man kunne blive udsat for i sin fritid og efter eget valg, den kunne nå borgerne i de fleste af de sammenhænge, de færdedes i. Det er et fælles træk hos sundhedsvæsenet og arbejdspladsen, at borgerne dér befinder sig i et afhængighedsforhold af dem, der søger at påvirke dem, sundhedspersonale og arbejdsgivere.

SAMMENFATNING

Ser vi på de magtudøvelseteknikker, myndighederne har brugt for at få folk til at ændre holdninger og adfærd, var forskellene mellem Danmark og Sverige små. Det hang sikkert bl.a. sammen med det voksende internationale samkvem inden for folkesundhedsområdet. Budskaberne var de samme. I oplysningen søgte man at styre borgerne gennem at appellere til deres ønsker om at skabe gode eller i det mindste bedre liv for sig selv og deres børn. Appeller til ansvar og pligt over for andre borgere var sjældne, og appeller til samfundshensyn var meget sjældne, især i Danmark. Det var den enkeltes lykke, ikke fællesskabets vel, egennytte frem for samfundssind, som blev fremhævet. På trods af talen om autonomi, valgfrihed og større magt over eget liv, var påbuddene mange, og de var formuleret i bydemåde, dvs. forudsatte lydighed og autoritetstro. Det var således modstridende budskaber, bor-

gerne fik. Myndigheder og politikere så det tilsyneladende ikke som problematisk at søge at opdrage den voksne befolkning eller at udvide påvirkningen til at omfatte flere områder såsom arbejdslivet.

Undertiden ses i den sundhedsoplysende litteratur en afstandtagen fra tidligere tiders (dvs. før ca. 1970) sundhedsoplysning, som blev betragtet som autoritær, med for lidt sans for folks situation etc., og en afstandtagen fra sygdomsforebyggelse, som skulle erstattes af sundhedsfremme. Forskellene mellem før og nu er dog ikke iøjnefaldende; der blev som ved midten af 1900-tallet udstedt mange påbud om, hvordan borgeren burde opføre sig, og der blev appelleret til mange af de samme ønsker.

Den store forskel mellem landene er, at den svenske oplysningsindsats tilsyneladende har været meget mere omfattende end den danske. Dette på trods af at man i de mere programmatisk udtalelser i Danmark fremhævede oplysningen stærkere end i Sverige, se kapitel 6.

NOTER

- 1 Sundhedsfremme blev set som noget andet end forebyggelse. Forskellen diskuteres senere i kapitlet.
- 2 Bunton, 1992.
- 3 I det følgende behandles kun oplysningsaktiviteter, som havde ambitionen at være landsdækkende. I begge lande gennemførte også de regionale myndigheder, amter og *landsting* og kommuner, forskellige oplysningskampagner; de er ikke analyseret her. For at gøre opgaven overkommelig er det kun skriftligt materiale, som analyseres.
- 4 I Danmark fandtes siden 1964 Komiteen for Sundhedsoplysning, som blev oprettet ved en overenskomst mellem De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark og Den almindelige danske Lægeforening. Det er således ikke en offentlig institution, og den modtager ikke fast statsstøtte.
- 5 „Det finns inga nationella register över olika kampanjer med inriktningen att öka den fysiska aktiviteten i hela eller delar av befolkningen“. *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*, 1999, s. 43. Det gør der heller ikke for andre områder, hverken i Danmark eller Sverige.
Mange har været behjælpelige med at stille materiale til rådighed. Sundhedsstyrelsens

- bibliotek, København, Anna Thelle på Statens folkhälsoinstitut i Stockholm, Berit Sepp på Socialstyrelsen i Stockholm og Åke Bruce på Livsmedelsverket i Uppsala.
- 6 De områder, den skulle bedrive oplysning på, var: 1) kost og motion, 2) afhængighedsskabende midler (tobak, alkohol, narkotika, sovemidler, beroligende midler, „sniffning“), 3) sex og samliv, 4) tandsundhed, 5) hygiejne, 6) ulykkesforebyggende arbejde, specielt over for børn og trafik, 7) forebyggende svangre- og børneomsorg, 8) forebyggelse af smitsomme sygdomme (polio, influenza, infektioner i forbindelse med udlandsrejser, 9) patientinformation. *Hälsoupplysning. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning*, 1974, s. 7. Jeg har ikke fundet tilsvarende tal fra Danmark.
 - 7 *Informationsmaterial om tobak*, 2003. Pjecen indeholdt også nogle sider med adresser på tobaksansvarlige ude i landet.
 - 8 *Sätt Sverige i rörelse 2001. En nationell kraftsamling för ökad fysisk aktivitet*, 2001.
 - 9 *SOU 1984:43*, s. 89.
 - 10 *Kost, motion och hälsa*, 1986, s. 12.
 - 11 *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*, 1999, s. 5.
 - 12 I Danmark faldt andelen af dagligrygere fra 44 pct. i 1987 til 34 pct. i 2000. Og i Sverige faldt de fra 1980 til 1999 fra 35 pct. til 18 pct. blandt mænd og fra 29 pct. til 19 pct. blandt kvinder. Niveautet var således lavere i Sverige. Andelen svært overvægtige (BMI over 30) steg i Sverige fra 5 pct. i 1980-81 til henholdsvis 9 pct. for kvinder og 10 pct. for mænd i 1999-2000. I løbet af 1980'erne var andelen af svært overvægtige stabil i Sverige på 5 pct., dvs. der skete en markant ændring i 1990'erne. I Danmark steg andelen fra 5,5 pct. i 1987 til 9,5 pct. i år 2000. De danske tal er fra: Kjoller & Rasmussen., 2002, s. 368. De svenske tal er fra *Folkhälsorapport 2001*, s. 230, og *Åtgärder mot fetma*, 2002, s. 13.
 - 13 *Folketingstidende 1972-73* spørgsmål om tobaksreklamer, sp. 7594.
 - 14 *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*, 2003, s. 31.
 - 15 *Kost og motion inför 80-talet*, 1979, s. 29. Se også *Hälsoupplysning. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning*, 1974, s. 4. Somme tider blev præsentationen af forskellige risikofaktorerets betydning lidt forvirrende, som når kost, motion og overvægt blev omtalt som selvstændige risikofaktorer. Siden overvægt kan være en følge både af fejlagtig kost og fysisk inaktivitet, kan betydningen af alle tre faktorer blive undervurderet, når de måles som uafhængige faktorer.
 - 16 *SOU 1990:29*, s. 146.
 - 17 *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*, 1999, s. 34.
 - 18 *Konferensen: Folkhälsa och Reklam. Föredrag och diskussionsinlägg*, 1938.
 - 19 *Hälsoupplysning. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning*, 1974, s. 3.
 - 20 Iversen, 2002, s. 278.
 - 21 Iversen, 2002, s. 281.
 - 22 Citeret efter Kristensen (2002), s. 17.
 - 23 Vallgård, 1995.
 - 24 Berridge, 1999; Rimpelä, 1977; *Tobaksrökning*, 1973, s. 14 ff. Der henvises stort set altid til engelske og amerikanske undersøgelser om sammenhængen mellem rygning og lungekræft, og det var også dem, der fik indflydelse på politikken i de skan-

- dinaviske lande, men det var faktisk i Nazi-Tyskland, at den første forskning om emnet blev udført og publiceret. Proctor, 1999.
- 25 Se Lindgren, 1993; Andersson, 1996; Hilton & Nightingale, 1998.
- 26 Hvor repræsentative de var for datidens diskussion er svært at afgøre alene på baggrund af hans artikel, og blikket på dem er nok formet af den nutidige måde at tale om problemet på, men han kan eksemplificere dem.
- 27 *Betänkande rörande omläggning av nykterhetsundervisningen samt rörande åtgärder mot missbruk av tobak och kaffe*, 1918. I overensstemmelse med kommissoriet fokuserede den på børnene, hvor der bl.a. blev foreslået forbud mod salg af tobak til unge under 15 år, s. 200, men også mere oplysning om tobakkens skadevirkninger til voksne, s. 181 ff. Salgsforbud blev i øvrigt indført i England for unge under 16 år i 1908. Hilton & Nightingale, 1998, s. 41.
- 28 Motion 225, 31 januari 1930. *Riksdagens protokoll* 1930-31.
- 29 Motioner i Andra kammaren nr. 325. 23 januari 1938. *Riksdagens protokoll* 1937-38.
- 30 *Frisk Luft*. Årgang 1-4, 1907-1910. Udgivet af Landsforeningen „Bort med Tobakken“, hvis formål var „ved alle lovlige Midler at modarbejde enhver Brug af Tobak“. Foreningen udgav også et lille hæfte med spørgsmål og svar om tobakkens sundhedsmæssige, moralske og økonomiske følger. *En lille Lektion om Tobak*, 1910.
- 31 *Betänkning fra fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter og lungekræft*, 1961, s. 32.
- 32 *Betänkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet af det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg*, 1964.
- 33 Torell, 2002, s. 105 ff. Ulrika Torells bog indeholder en mere indgående redegørelse for forløbet og også relationerne mellem Tobaksbolaget og de statslige myndigheder.
- 34 *Tobaksrökning*, 1973; *Tobaksrökning eller hälsa*, 1979.
- 35 *SOU 1981:18*.
- 36 *SOU 1984:67*.
- 37 *SOU 1984:43*.
- 38 *SOU 1990:29*.
- 39 Branchen afstod fra reklamer i radio, fjernsyn og biografier.
- 40 Albæk, 2004, s. 22-23.
- 41 Medlemsforslag om nordiskt förbud mot tobaksreklam. *Nordiska rådet*, 1971. *Folketingstidende 1972-73*. Forhandlinger i Folketinget 6/6 1973, sp. 7594.
- 42 Bjarteveit, 1998.
- 43 Torell, 2002, s. 196.
- 44 *Lov nr. 492 af 7. juni 2001 om forbud mod tobaksreklamer m.v.* Loven trådte i kraft 1. januar 2002.
- 45 Albæk, 2004, s. 22-23.
- 46 Rimpelä, 1977.
- 47 Gostin, 1997. Ifølge *SOU 1990: 29 Tobakslag*, s. 145, skete det først i 1967.
- 48 *Lov nr. 375 af 6. juni 2002 om fremstilling, præsentation og salg af tobaksvarer*. Loven fastsætter regler om følgende: grænseværdier for tjære, nikotin og kulilte i cigaretter,

- målemetoder, mærkning med indholdsoplysninger samt advarsler, tilsætningsstoffer, varebetegnelser. Regeringens proposition 2001/02:162. Märkningsdirektiv om tobaksvaror.
- 49 Albæk, 2002.
 - 50 *Lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende* 14/06/1995.
 - 51 *Cirkulære om sikring af røgfri miljøer i statslige lokaler, transportmidler o.lign.* 23/03/1988.
 - 52 *Lov om ændring af lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende* 20/12/2000. Om forbud mod rygning for elever i folkeskolen og ungdomsskolen, ungdomsskolekoler og for børn i dag- og klubtilbud.
 - 53 *SFS nr: 1993:581 Tobakslag.*
 - 54 Der ligger dog et lovforslag om rygeforbud også på restauranter, motiveret med hensynet til ansattes helbred.
 - 55 Tobaksskaderådet. Pjece. Uden år (1990'erne sandsynligvis).
 - 56 *Socialstyrelsen.* Oplysning om aldersgrænse for køb af tobak 18 år. Uden år.
 - 57 *På vej mod en sundere arbejdsplads.* Fokus på kost, 1997.
 - 58 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 59 *Information om rygning,* 1999, s. 22.
 - 60 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 61 *Framtidens företag är hälsodiplomerat,* 2001.
 - 62 *På vej mod en sundere arbejdsplads,* 1997.
 - 63 *SFS 1975:1154 paragraf 1. Socialstyrelsens kungörelse om varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror.*
 - 64 Tobaksskaderådet. Pjece. Uden år (1990'erne sandsynligvis).
 - 65 *Motion og psyke. En vejledning for større psykisk velvære,* 1998. Oplag 41.000.
 - 66 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 67 *Motion og psyke. En vejledning for større psykisk velvære,* 1998. Oplag 41.000.
 - 68 *På vej mod en sundere arbejdsplads.* Fokus på motion, 1997.
 - 69 *Om fyra minuter är du på gång att sluta röka.* 1998.
 - 70 *Information om rygning. Kræftens Bekæmpelse,* 1999, s. 8.
 - 71 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 72 *Sluta röka utan att gå upp i vikt,* 1995.
 - 73 *Graviditet og rygning.* Sundhedsstyrelsen. Uden år.
 - 74 Tobaksskaderådet. Pjece. Uden år (1990'erne sandsynligvis). Se også *Farvel tobak,* 1980.
 - 75 *Motion og sundhed,* 2002.
 - 76 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 77 *Råd för rökare. En liten bok om tobak,* 1977.
 - 78 *Om fyra minuter är du på gång att sluta röka,* 1998.
 - 79 *Graviditet og rygning.* Sundhedsstyrelsen. Uden år.
 - 80 *Bevæg dig – bevar dig,* 1995.
 - 81 Brandt, 1998; Berridge, 1999.
 - 82 Berridge, 1999, s. 1183. Min oversættelse.
 - 83 *Information om rygning,* 1999, s. 23.
 - 84 *Råd för rökare. En liten bok om tobak,* 1977.
 - 85 *Röka i fred. Information om passiv rökning,* 1999.

- 86 *De voksnes røg er noget møg – fakta om børn som passive rygere*. Uden år.
- 87 Folkhälsoinstitutet: *Det hade jag inte en aning om!*. Uden år.
- 88 *Til forældre – om børn og passiv rygning*. Uden år.
- 89 *Socialstyrelsen*. Oplysning om aldersgrænse for køb af tobak 18 år.
- 90 Forebyggelsesrådet, 1986.
- 91 Forebyggelsesrådet, 1986, s. 9.
- 92 *Bevæg dig – bevar dig*, 1995.
- 93 Folkhälsoinstitutet: *Det hade jag inte en aning om!*
- 94 *Motion og sundhed*, 2002.
- 95 *Råd för rökare. En liten bok om tobak*, 1977.
- 96 Tobaksskaderådet. Pjece. Uden år (1990'erne sandsynligvis).
- 97 *Sundhedsstyrelsens hjemmeside*. 15/2 2003. Sundhedsoplysning. Fysisk aktivitet.
- 98 *Åtgärder mot fetma*, 2002, s. 26.
- 99 *Motion styrker livet*, 2000. Teksten stod med fed skrift.
- 100 *Sundhedsstyrelsens hjemmeside*. 15/2 2003. Sundhedsoplysning. Fysisk aktivitet.
- 101 *Apotekets råd för livet: Rökning under graviditet*.
- 102 *Til forældre – om børn og passiv rygning*. Uden år.
- 103 *Graviditet og rygning* Sundhedsstyrelsen. Uden år.
- 104 *Til forældre – om børn og passiv rygning*. Uden år.
- 105 Folkhälsoinstitutet: *Röka i fred. Information om passiv rökning*.
- 106 BMI står for body mass index og udregnes ved at dividere vægten med højden i centimeter i anden. Normalvægt er en BMI på 20–25.
- 107 *Bevæg dig – bevar dig*, 1995.
- 108 *Om fyra minuter är du på gång att sluta röka*. Uden år.
- 109 *Farvel tobak*, 1980, s. 24.
- 110 *Til forældre – om børn og passiv rygning*. Uden år.
- 111 *Graviditet og rygning* Sundhedsstyrelsen. Uden år.
- 112 Christiansen, Irene, 2001.
- 113 Mabeck et al., 2001, s. 4.
- 114 Dalum, 2000; Davidsen, 2000.
- 115 Søren Kirkegaard „Brudstykke af en ligefrem meddelelse“, 1859, citeret efter Mabeck et al., 2001, s. 7.
- 116 Mabeck et al., 2001, s. 5.
- 117 *Rökfri graviditet*, 2001, s. 5.
- 118 *Rökfri graviditet*, 2001, s. 36.
- 119 Sundhedskomiteen, 2000, s. 1.
- 120 Bispebjerg Hospital, 1997.
- 121 *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*, 1999, s. 36.
- 122 *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*, 2003, s. 19.
- 123 *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*, 2003, s. 33.
- 124 *FYSS: Det nya hjälpmedlet för de som ordinerar fysisk aktivitet på recept!* Uden år. Betegnelsen er en omskrivning af FASS, det svenske lægemiddelkatalog.
- 125 *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på motion*, 1997.
- 126 *Rökfritt på jobbet. Praktisk handledning i bättre arbetsmiljö*, 1999.
- 127 *På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på kost*, 1997.

- 128 *På vej mod en sundere arbejdsplads – og større trivsel blandt medarbejderne*, 1997.
- 129 *Framtidens företag är hälsodiplomerat*. Uden år.
- 130 *Framtidens företag är hälsodiplomerat*. Uden år.
- 131 Regeringen, 1999a.

AUTONOMI OG LYDIGHED – DEN MODSÆTNINGSFULDE STYRING AF FORÆLDRE

Dette kapitel handler om politikeres og myndighedspersoners bestræbelser på at styre forældre og børn med henblik på at forbedre gravides og børns sundhed. Det illustrerer, at styringsbestræbelserne, i det mindste tilsyneladende, kan være modsatrettede og rumme dobbelte budskaber. De helbredsundersøgelser af gravide og børn, der blev indført i 1930'erne og 1940'erne (se kapitel 3) eksisterede også ved århundredets slutning. Disse blev allerede ved deres indførelse i midten af århundredet hilset velkomne i alle politiske lejre, og de var ved slutningen etableret som ubetingede velfærdsgoder i både Danmark og Sverige; deres berettigelse var ikke til diskussion.¹ Der skete dog en del ændringer i helbredsundersøgelseernes indhold og i det oplysningsmateriale, der blev uddelt i forbindelse med dem. Myndighederne søgte at styre borgerne på nye områder som følelsesliv og sociale relationer, og styringen udvidedes til at omfatte hele familien. Nye styringsmetoder benyttedes, og de var forskellige afhængig af målgruppe; de, som ikke magtede at opføre sig som myndighederne ønskede, blev genstand for mere intensiv styring.

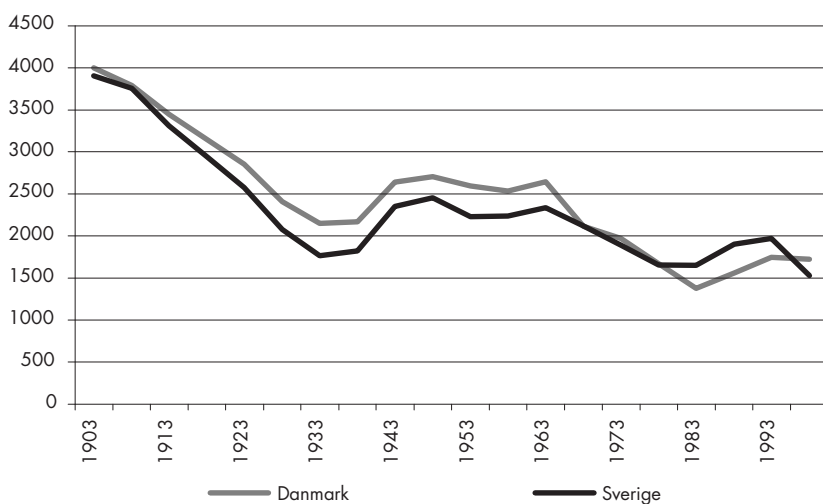
Udviklingen i de styringsbestræbelser, der blev artikulert i de to lande, bliver i dette kapitel med få undtagelser, behandlet under et, eftersom forskellene mellem landene er små. Paralleliteten er interessant på baggrund af de forholdsvist store forskelle, der ellers kan konstateres i den overordnede folkesundhedspolitik (se kapitel 5-7). Den skyldes sikkert, at helbredsundersøgelser er individrettede tiltag, hvor myndighedernes hensigt er at få folk til at handle på bestemte måder, ikke at ændre deres levekår. Den forskel, der kunne spores i de foregående kapitler, gjaldt især, hvilket omfang samfundsmæssige forhold blev tillagt betydning for folkesundheden, og derfor hvilket ansvar myndighederne havde for at påvirke disse forhold. Måske var forskellene også større i de overordnede politikformuleringer end i praksis.

UDVIKLINGEN I BØRNETAL, KVINDERS ERHVERVSARBEJDE OG LOVGIVNING

Den store opmærksomhed på børnene, som bl.a. den intensiverede oplysnings- og undersøgelsesindsats er udtryk for, forklares ofte med, at hver kvinde får så få børn. På den baggrund kan det være interessant at se udviklingen i fødselstallet i de to lande. I figur 9.1 vises den samlede fertilitetsrate, dvs. hvor mange børn en kvinde vil få i løbet af sit liv, hvis det aldersspecifikke fødselsmønster fra det givne år gjaldt.

Som det fremgår, har antallet af børn per kvinde svinget mellem halvandet og to et halvt i de sidste 70 år. Der er således ikke i den henseende den store forskel mellem 1930'erne og 1990'erne. Der er, som det også fremgår, heller ikke nogen nævneværdig forskel mellem de to lande. De fødende kvinders alder faldt efter anden verdenskrig og steg igen fra 1970'erne uden dog endnu at være så høj, som den var i 1930'erne. I Danmark blev 16-17 pct. af børnene i 1930'erne født af kvinder, der var over 35 år, og i 1990'erne voksede

FIGUR 9.1.
Samlet fertilitet 1903-1998



Den samlede fertilitet er et mål for, hvor mange levendefødte børn 1.000 kvinder ville få i løbet af deres fertile alder, hvis deres fødselsmønster var det, som var gældende for forskellige aldersgrupper det pågældende år. Matthiessen, 2000.

Kilder til befolkningsstørrelsen: Danmark: *Dødsårsager i Kongeriget Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen, diverse år. *Befolkningsudvikling og sundhedsforhold 1901-1960*. København: Det statistiske departement, 1966, s. 54. *Statistisk årbog*.

Sverige: www.scb.se.

andelen fra 9 til 13 pct. Udviklingen er meget parallel i Sverige. Slutningen af 1900-tallet adskiller sig således ikke nævneværdigt fra 1930'erne, hverken hvad angår antal børn eller mødrenes alder.

Et forhold, der er ændret i forhold til 1930'erne og 1940'erne, er, at mange flere gifte kvinder har arbejde uden for hjemmet. Denne store tilgang af gifte kvinder til arbejdsmarkedet begyndte i Sverige i 1950'erne og i Danmark i 1960'erne. En anden forskel mellem landene er, at den svenske barselsorlov var betydelig længere end den danske indtil 2002. Forskellene mellem landene med hensyn til mødrenes erhvervsarbejde, orlov og børnetilskud var ikke store. Samlet set har børnene dog været højere prioriteret i svensk politik.²

Forklaringen på den voksende interesse for børnenes ve og vel skal ikke søges i de demografiske ændringer. Hvad den så skyldes ligger uden for denne bogs rammer at undersøge.

HELBREDSUNDERSØGELSER

Før jeg analyserer de styringsbestræbelser, der udfoldedes på dette område, skal udviklingen i helbredsundersøgelsestiltælling kort gennemgås. De foregik stort set inden for samme organisatoriske rammer, som da de først blev indført. I Danmark blev spædbørn tilbudt undersøgelser og forældre vejledning af sundhedsplejersker i børnenes hjem. Spædbørn og småbørn blev undersøgt af en praktiserende læge i lægens konsultation i alt syv gange i løbet af førskolealderen. Gravide blev efter en lov fra 1972 undersøgt på jordemodercentre og i svangreambulatorier på sygehusene. I Sverige foregik stort set alle undersøgelser af gravide og førskolebørn på *mödra- och barnavårdscentraler*, selv om der dog også forekom hjemmebesøg. Både i Danmark og Sverige blev det efterhånden mere brugt, at konsultationer for gravide og småbørnsforældre også kunne foregå i grupper. Det havde bl.a. det formål, at forældrene kunne få kontakt med hinanden, som de også kunne bruge uden for konsultationen. Undersøgelser af skolebørn foregik i begge lande almindeligvis i særlige lokaler på skolerne.

Overvågningsintensiteten var forskellig. For så vidt angår de gravide havde man i Danmark fra begyndelsen hyppigere konsultationer, og man fastholdt med få justeringer det samme antal i hele resten af århundredet, selv om der allerede i 1972 blev åbnet op for et behovsbestemt tilbud af jordemoderundersøgelser. I Sverige startede man med loven fra 1937 med betydeligt færre besøg, men udbyggede allerede i 1950'erne antallet til at være

noget større end i Danmark.³ Deltagelse i svangreundersøgelserne var næsten 100 pct. i Danmark og lidt lavere i Sverige.⁴ I 1970 deltog i Danmark cirka 80 pct. af børnene i undersøgelser hos en læge, og lidt færre blev tilbudt og tog imod sundhedsplejerskebesøg.⁵ I Sverige, hvor kun spædbørnene blev tilbudt undersøgelse fra begyndelsen i 1937, og de ældre børn gradvis blev inddraget, deltog stort set alle spædbørn i helbredsundersøgelserne i 1970, mens ca. 90 pct. af de ældre børn deltog.⁶ Sammenlignet med 1940'erne var der således især i Sverige tale om betydeligt flere konsultationer, som gav mulighed for overvågning og vejledning.

Skolelægeundersøgelser var obligatoriske i Danmark fra begyndelsen. Oprindeligt var de frivillige i Sverige, men blev gjort obligatoriske der i 1958.⁷ De var stadig obligatoriske i Danmark i 1970'erne og 1980'erne,⁸ selv om straf for manglende deltagelse blev afskaffet med en lov fra 1972. I loven fra 1995 omtales skolelægeordningen kun som et tilbud. I 1972 blev antallet af skolelægeundersøgelser reduceret fra én hvert skoleår til fire og i 1983 til én, for i 1995 at blive udvidet til to. Børnene blev undersøgt af skolesundhedsplejerske gennem hele skoleforløbet.⁹ Begrundelsen for at reducere overvågningen var dels, at børnenes sundhedstilstand var blevet væsentligt forbedret, dels, at ressourcerne skulle bruges på de børn, der havde størst behov for dem. I Sverige var skolelægeundersøgelserne obligatoriske i 1976¹⁰; der stod dog intet om straf.¹¹ Skoleloven fra 1985 omtalte skolelægeundersøgelserne som et tilbud.¹² Børnene blev fra 1985 tilbudt tre almene helbredsundersøgelser og flere efter behov, hvilket stadig er gældende lov. Tilbuddene var således ensartede i de to lande. Der blev lagt stadig større vægt på behovsbestemte undersøgelser og konsultationer.

Konsultationerne indebar overvågning af børnenes og de gravides helbredstilstand og -udvikling og vejledning. Dele af undersøgelserne var de samme som tidligere, f.eks. vejning af gravide og børn og syns- og høretest af børn. Nye undersøgelser blev taget i brug, især inden for fosterdiagnostikken. Mulighederne for og ønsket om at undersøge de gravide og børnene var voksende, selv om enkelte undersøgelser blev standset. Undersøgelse af, om børnene havde engelsk syge, var f.eks. ikke længere aktuel. Tuberkulose- og koppevaccinationen blev afskaffet i løbet af 1970'erne, mens en række nye vaccinationer var blevet indført: polio, kighoste, mæslinger, fåresyge, røde hunde mv. De undersøgte adfærd blev registreret. Et eksempel er de gravides rygevaner; de blev også indrapporteret til de centrale registre. Samlet skete der i disse årtier en markant vækst i de forhold, man søgte at over-

våge, og, som det vil fremgå, i de områder, man søgte at styre forældre og børns adfærd på.

Der var i begge lande tale om ordninger, som stort set alle børn og gravide kom i kontakt med en hel del gange. Mulighederne for at våge over børns og gravides helbred og for at påvirke deres adfærd var således voksende. Ved konsultationerne havde myndighederne desuden mulighed for at påvirke forældrene gennem det oplysningsmateriale, der blev produceret og trykt i meget store oplag.

OPLYSNINGSMATERIALE

Fra 1980'erne blev der i begge lande produceret og distribueret oplysningsmateriale, som i flere henseender adskilte sig fra det tidligere. I Danmark udkom i 1988, *Sunde børn*,¹³ om småbørn, og i 1990 til gravide, *Barn i vente*.¹⁴ Begge bøger er siden kommet i nye udgaver, de seneste fra 2001. Den om småbørn blev ændret en del i 1997; følelser kom til at fylde mere i den nye udgave, mens bogen til gravide kun blev ændret marginalt. Bøgerne var skrevet af sundhedsplejersker og jordemødre, bortset fra bogen om småbørn fra 1988, der var skrevet af en læge. De danske bøger erstattede en pjece, som kom i 1970 og 1975, som både omfattede svangerskabet og barnets første leveår. I Sverige var der i en periode kun oplysningsmateriale produceret af private børnemadsproducenter. Oplysningsmaterialets begrænsede omfang ved begyndelsen af 1970'erne kan ses som udtryk for en ringe interesse for forebyggelse hos politikere og myndighedspersoner i årtierne efter anden verdenskrig. Det forhold, at der i Sverige ikke fandtes oplysningsmateriale produceret af myndighederne, gav anledning til kritik i *riksdagen*, og i 1979 fastslog den svenske socialminister, at *socialstyrelsen* skulle udsende oplysningsmateriale, og at intet kommercielt materiale mere måtte uddeles på *mödra- och barnvårdscentralerna*.¹⁵ Beslutningen blev hurtigt effektueret. I 1980 blev en oplysende bog til gravide udgivet, *Vänta barn*,¹⁶ og i 1983 en til småbørnsforældre, *Leva med barn*.¹⁷ De kom siden i en lang række udgaver, de seneste fra 2002,¹⁸ uden at der blev indført større indholdsmæssige ændringer. Bøgerne var skrevet af henholdsvis en gynækolog og en børnelæge.¹⁹ Bøgerne, især den til småbørnsforældre, var bevidst holdt i en personlig stil.²⁰ Det nye oplysningsmateriale var i begge lande meget omfattende, da der var tale om bøger på 100-250 sider.²¹ De danske bøger havde et større format, var trykt på glittet papir og havde mange farvebilleder, mens

de svenske var lidt mere ydmyge og billige i deres form. Bøgerne blev trykt i så store oplag, at man kan forvente, at de fleste forældre havde adgang til dem, men det er selvfølgelig ikke det samme, som at de læste dem.

I løbet af de sidste årtier af 1900-tallet produceredes et mere omfattende materiale med henblik på at vejlede og retlede forældrene end tidligere. Det tolker jeg som et udtryk for politikernes voksende styringsambitioner.

RETNINGSLINJER

Retningslinier for, hvordan sundhedspersonalet skulle gennemføre helbredsundersøgelserne, kan ses som politikernes forsøg på at styre det personale, der skulle styre borgerne. I Danmark var retningslinierne meget præcise og detaljerede, og der kom nye med cirka ti års mellemrum. Der var med andre ord tale om en meget direkte styring af sundhedspersonalet i det meste af perioden. Læger og jordemødre blev ikke overladt til deres eget skøn. „Alle læge- og jordemoderundersøgelser skal foretages i overensstemmelse med de i ‚Fødselshjælpens problemer i hovedtræk‘ angivne retningslinier“, ²² hed det i 1976. For børneundersøgelser udkom nye retningslinier i Danmark i 1995 i forbindelse med en ny lov.

I Sverige udfærdigedes nye retningslinier for helbredsundersøgelserne af gravide og børn i 1969. Herefter udkom i en lang periode kun meget generelle udsagn fra de centrale myndigheder om, hvad svangreundersøgelserne skulle indeholde. I 1996 kom der mere præcise retningslinier for svangreundersøgelser. De indeholdt detaljerede anvisninger på, hvilke medicinske undersøgelser der skulle foretages af gravide. Målet var at identificere sygdoms- og komplikationsrisici. ²³ I 1979 besluttede *riksdagen*, at der skulle indføres forældreuddannelse som et supplement til helbredsundersøgelsernes vejledning. Uddannelsen skulle varetages af sundhedspersonalet på *mödra- och barnvårdscentralerna*. Lovgivningsmæssigt fik vejledning og opdragelse af forældrene dermed en større plads i Sverige end i Danmark.

De nye retningslinier indeholdt i begge lande bl.a. påbud om, at nye områder skulle inddrages i helbredsundersøgelserne. Det handlede om, at psykiske og sociale forhold kom til at spille en større rolle. De havde dog i begge lande været omtalt tidligere. Når det gjaldt gravide, blev der i Sverige allerede i 1955 talt om betydningen af at forholde sig til psykiske og sociale forhold. „Den förebyggande barnvården omfattar icke endast den kroppsliga hälsovården utan har även viktiga mentalthygieniska uppgifter avseende på barnens vård och fostran“. ²⁴ Også i Danmark begyndte man allerede i

1950'erne at rette større opmærksomhed mod psykiske forhold. Sundhedsplejerskerne lagde i starten hovedvægt på den fysiske sundhed, hed det, men i de følgende år vendtes „opmærksomheden i højere grad ... mod de psykiske og miljøbetingede faktorer, og i overensstemmelse hermed reduceredes antallet af børn pr. sundhedsplejerske ved en revision af retningslinierne i 1954“.²⁵

I årene omkring 1970 synes de psykiske aspekter at være trængt i baggrunden. Da dominerede især i Danmark et (special)lægeligt perspektiv på helbredsundersøgelserne af svangre. Målet med undersøgelserne var, hed det, at forbedre obstetrikens resultater.²⁶ En central opgave var at kategorisere de svangre. I de danske retningslinier for svangreprofylakse fra 1976 stod, at „inddelingen af svangre i helt normale og potentielt patologiske og manifest patologiske foretages med den største omhu under hele svangerskabets og fødselens forløb med henblik på at udskille følgende risikogrupper så tidligt som muligt“.²⁷ 25 risikogrupper blev omtalt, og de står opregnet to steder i publikationen. Alle undtagen to vedrørte biologiske forhold som alder, paritet og sygelighed. Vejledningen af de gravide omtales som „instruktionen til patienten“, og den handlede om, at de gravide skulle belæres om „nødvendigheden af gentagne omhyggelige undersøgelser i graviditeten“ samt om en række somatiske forhold, der står intet eksplicit om psykiske forhold.²⁸ Også ifølge de svenske retningslinjer fra 1969 handlede helbredsundersøgelserne især om de somatiske forhold: „Sjuksköterska vid barnavårdscentral har att ägna särskild uppmärksamhet åt spädbarnens och småbarnens uppfödning, utveckling och välbefinnande“.²⁹ Om svangreundersøgelserne hed det i 1969, at „syftet med förvården är att ... minska riskerna för missfall och förtidsbörd samt förebygga sjukdomar och missbildningar hos barnet“.³⁰ Udviklingen mod at tillægge psykiske og sociale forhold større betydning var således ikke lineær. Den større fokusering på somatikken i årene omkring 1970 kan hænge sammen med større diagnostiske muligheder og for Danmarks vedkommende med, at sygehusfødslerne nu var blevet dominerende, og lægerne derfor havde fået en større rolle i fødselshjælpen.³¹ Metoderne til at undersøge fostret blev stadig flere, det handlede især om at undersøge for eventuelle handicaps, men også barnets vækst og trivsel. Der kom ikke tilsvarende mængder af nye undersøgelser af de fødte børn, hvilket kan være en grund til, at somatikken spillede en mindre rolle i retningslinierne for børneundersøgelserne.

I løbet af de følgende årtier udvidedes formålet med helbredsundersøgelserne med hensyn til, hvilke områder forældre og børn skulle vejledes og

påvirkes på. I 1985 hed det i Danmark, at: „Formålet med sundhedsvæsenets samlede indsats i svangerskabshygiejnen, fødselshjælpen og barselsplejen er at bistå og styrke kvinden og familien under hele forløbet således, at fødslen sker med størst mulig sikkerhed og tryghed for kvinden, barnet og den øvrige familie“.³² Dette til forskel fra obstetrikens resultater, der blev omtalt som målet i 1976. Fra at handle om de gravide og børnenes helbred, var det nu sundhedspersonalets opgave at fremme hele familiens trivsel. For børnenes vedkommende skete denne udvidelse af arbejdsområdet lidt tidligere. Om sundhedsplejersker hed det i 1970, at deres arbejde „fra hovedsageligt at være koncentreret om barnet udvidedes til barnets familie og dennes daglige livsvilkår“.³³ Politikernes styringsambitioner var dermed udvidet fra at handle om børns overlevelse og helbred til at dreje sig om store dele af familiernes liv. Styringsambitionerne indebar, at flere faggrupper skulle involveres i arbejdet f.eks. skolepsykologer, erhvervsvejledere og familievejledere. I Sverige hed det i en *propotion* fra 2001, at opgaven med at fremme skoleelevernes sundhed stillede krav om „yrkesgrupper med social, psykologisk, medicinsk, omvårdnads, specialpedagogisk och studie- och yrkesvägledande kompetens“.³⁴

I modsætning til svangreundersøgelserne, som fastholdt det medicinske perspektiv ved siden af det psykosociale, blev det medicinske nedtonet i børneundersøgelserne, bl.a. på baggrund af en opfattelse af, at sundhedsproblemerne havde ændret karakter. Allerede i 1970 hed det i en betænkning om sundhedsplejersker: „Samfundsudviklingen har imidlertid medført, at barnealderens sundhedsproblemer i stigende grad viser sig som trivsels- og tilpasningsvanskeligheder, faktorer, der har stor indflydelse på børns helbredstilstand“.³⁵ I 1972 talte Mette Madsen, Venstre, i Folketinget om „civilisationsskader, såsom adfærdsvanskeligheder og psykiske lidelser“.³⁶ Tidspunktet for, hvornår „civilisationen“ blev indført og gjorde sin virkning gældende, kan tilsyneladende placeres meget forskelligt. 25 år senere stod der i bemærkninger til lovforslaget om sundhedsordninger for børn og unge: „Tidligere havde børn og unges helbredsproblemer en ganske anderledes karakter end i dag, hvor især psykosomatiske sygdomme og trivselsmæssige problemer har en langt mere fremtrædende plads“.³⁷ Man kan spørge sig, hvornår tidligere var. Samme opfattelser ses i Sverige. I 2001 hed det i et regeringsudspil: „Tidigare dominerades hälsovårdsarbetet av utbredda fysiska problem. Efter hand som de fysiska hälsoproblemen kunnat hanteras, har bilden av de psykosociala hälsoproblemen framträtt tydligare“.³⁸ Problemdefinitionen var således meget ensartet i de to lande.

I 1973 var der stadig politikere, der mente, at det ikke var nødvendigt, at myndighederne styrede de ansvarlige forældre. Kun de uansvarlige skulle ikke kunne unddrage sig styringen. Karen Thurøe Hansen, Det Konservative Folkeparti, udtalte om sundhedsplejerskerne: „Hvor forholdene ikke gør det påkrævet med tilsyn med børn, kan ordningen fungere på frivillig basis. Heldigvis fungerer de fleste hjem ganske normalt og har som regel ikke brug for råd og vejledning“.³⁹ Denne opfattelse møder man ikke 30 år senere. Da mente tilsyneladende alle politikere og myndighedspersoner, at borgerne havde behov for vejledning. Der foregik således i disse år en markant vækst i politikernes og myndighedspersonernes styringsambitioner. De omfattede nu hele familien og dens trivsel og sociale relationer, og ikke som tidligere hovedsagelig børnenes fysiske helbred.

VIDENSKABELIG DOKUMENTATION

En anden ændring, som også kunne ses i den almene folkesundhedspolitiske debat var, at henvisninger til videnskabelige undersøgelser og dokumentation fik større betydning. I svangreprofylaksen blev der efterhånden gjort meget ud af at sikre, at de undersøgelser og behandlinger, der blev gennemført, havde dokumenteret nytte. Med hensyn til børneundersøgelserne spillede dokumentationen en mindre rolle. Her kunne man stadig i 1990'erne nøjes med at henvise til erfaringer.⁴⁰ Forandringen på svangreområdet kan illustreres med, at en dansk obstetiker i 1976 skrev ud fra sin lægelige autoritet og erfaring uden henvisninger til videnskabelige undersøgelser,⁴¹ mens retningslinjerne i 1998 var resultat af flere arbejdsgruppers arbejde, bl.a. en grundig gennemgang af den eksisterende forskning.⁴² Eksterne autoriteter blev betydningsfulde i argumentationen; overbevisningskraften måtte hentes ved henvisning til videnskab.

I Sverige udarbejdede det videnskabelige selskab for obstetrik og gynækologi i samarbejde med jordemødre i 1991 et forslag til retningslinier,⁴³ i det store og hele baseret på evidens, dvs. videnskabelige undersøgelser af nytten af indsatsen.⁴⁴ Når det drejede sig om psykosociale forhold var kravene til dokumentation dog lavere. I 2001 publiceredes i Sverige en kundskabsoversigt, hvor ambitionen var at give indsatsen i forhold til børn et videnskabeligt grundlag.⁴⁵ Heri fremhævedes, at det psykosociale arbejde er dårligt defineret, og at der mangler forskning og udviklede metoder. „I vilken mån föräldrautbildningen ökat föräldrarnas kompetens och därmed utgjort ett stöd till föräldrarna är svårt att säga, då det saknas kontrollerade

studier i Sverige“.⁴⁶ Manglen på evidens forhindrede ikke, at forfatterne kom med anbefalinger. Videnskabelig dokumentation havde imidlertid fået en så vigtig rolle i den politisk-faglige debat, at man var nødt til at forholde sig til den, uanset om den spillede en rolle for valg af tiltag eller ej.

ET GYLDENT TILFÆLDE FOR STYRING

En grund til, at der blev gjort særlig meget ud af svangreundersøgelserne og vejledningen til de gravide, var, sagde man, at de var specielt egnede til at påvirke kvindernes adfærd. Det skyldtes både, at stort set alle gravide mødte op til undersøgelserne, og at kvinderne var særlig lydhøre over for sundhedsoplysning i den periode. I Danmark skrev Sundhedsstyrelsen i 1998, at „undervisningen bør starte så tidligt i graviditeten som muligt, idet de gravide i denne periode generelt er meget åbne for forandringer i f.eks. livsstil og arbejdsmiljø“.⁴⁷ Denne motivation kunne benyttes til mere langsigtede og vidtrækkende forandringer, ikke kun i den gravide kvindes adfærd. I bogen *Barn i vente* stod, at „den kommende far også har godt af at leve sundt med hensyn til, hvad han spiser“.⁴⁸ I Sverige blev det fremhævet, at: „mödrahälsovården delar också ansvaret med annan hälsovård att sprida kunskaper om sambanden mellan olika livsstilsfaktorer och hälsa till hela befolkningen. Genom att utnyttja kvinnans starka motivation att skydda fostret, kan mödrahälsovården medverka till att hon under graviditeten får stöd att ändra ett hälsofarligt beteende“.⁴⁹ I begge lande ønskede man således at udnytte den særlige situation, graviditeten, til at overtale kvinden til at ændre adfærd – ikke kun i de ni måneder, svangerskabet varede, men gerne også permanent og med effekt på resten af familien. Styringsambitionerne gik også her længere, end de tidligere havde gjort.

DE KOMPETENTE FORÆLDRE

I begge lande blev der talt stadig mere om, at forældrene skulle træffe beslutninger, at de skulle tage stilling til, hvad de ønskede, og hvad de mente var bedst for dem selv og deres børn. Forældrene skulle støttes til at bruge og udvikle deres egne ressourcer. Talen om at styrke forældrenes og kvindernes ressourcer ses tidligere i Sverige end i Danmark.

I Danmark hed det sig i første omgang, at kvinderne og forældrene skulle have øget mulighed for at vælge. I 1985 gik man i retningslinjerne for svangreundersøgelserne ind for, at den gravide burde have „større valgmulighed

og større medindflydelse“.⁵⁰ „Kvinden skal sikres mulighed for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested/måde, behandlingsformer, omsorg og anvendelse af teknologi“.⁵¹ Kvinderne skulle selv være aktive. Sundhedspersonalet forventedes at „stimulere hende selv og familien til aktiv medvirken under svangerskab, fødsel og tiden efter fødslen“.⁵² Kvinderne skulle tage ansvar og vælge: „For at kunne tilrettelægge graviditeten bedst muligt, skal du træffe en række beslutninger“,⁵³ hed det i en pjece fra Sundhedsstyrelsen fra år 2000. Valg og aktiv medvirken var således ikke kun en mulighed, men en forpligtelse.

Ønsket om at mobilisere forældrenes egne ressourcer kom til udtryk i oplysningsmateriale i begge lande. På bagsiden af den svenske pjece til småbørnsforældre hed det: At leve med børn „kräver kunskaper inom en mängd områden men inte minst att man vågar tro på sig själv och sin förmåga som barnets förälder“.⁵⁴ I forordet til de danske bøger skrev to forskellige medicinaldirektører: „At blive mor eller far ... kræver kundskaber indenfor mange områder og ikke mindst, at man tror på sig selv og sin evne til at være forælder“.⁵⁵ Tankegangen var således helt ens. Viden var ikke nok, forældrene skulle også have selvtillid, en egenskab alle ikke nødvendigvis besad i stort mål. Hvad det indebar at få at vide, at forældreskabet krævede en egenskab, som man måske ikke selv mente at være i besiddelse af, er ikke til at vide. Hos nogle har det nok øget viljen til at lytte og gøre, som der blev sagt. Det forhold, at medicinaldirektører underskrev forordene i de danske bøger, kan ses som myndighedernes håb om, at det ville få forældrene til at læse bøgerne med større tillid, en appel til autoritetstro.

Ideen om at styre gennem at forme egenskaber som selvtillid og handlekompetence, kom i Sverige bl.a. til udtryk i beslutningen om en forældreuddannelse. Ved lov vedtog man i 1979, i stor enighed i *riksdagen*,⁵⁶ at alle forældre skulle tilbydes en sådan uddannelse, i første omgang de vordende og nybagte, men ambitionen var, at den skulle udbygges til at omfatte forældre med ældre børn. Sundhedspersonalet skulle søge at forme forældrenes forestillinger, bl.a. om dem selv, som det hed i en betænkning om forældreuddannelse fra 1980. „En central arbetsuppgift för läkare och sjuksköterskor bör vara att förmedla sina kunskaper till föräldrar och personal för att stärka deras tilltro till den egna förmågan och de egna resurserna“.⁵⁷ I en betænkning fra 1978 skulle personalet bruge „arbetsformer som gör att föräldrarnas resurser frigörs“.⁵⁸ I retningslinierne for svangreomsorgen fra 1981 opfordredes sundhedspersonalet til at „ge människor som står inför påfrestningar och förändringar i livet sådant stöd och sådan kunskap att de

får tillfälle och möjlighet att själva bemästra sina svårigheter“.⁵⁹ I Sverige var det således en veletableret tankegang inden for børne- og graviditetsområdet i begyndelsen af 1980'erne, at myndighedernes opgave var at styrke borgernes ressourcer. Også i en betænkning kaldet *Stöd i föräldraskap* fra 1997 var denne støtte til udvikling af egne ressourcer, hjælp til selvhjælp, den bærende idé. „Det gäller att ta vara på föräldrars initiativ och kompetens, stärka deras förmåga att klara sin situation, att stärka självförtroende och självtillit. Föräldrar måste känna att de kan påverka sina villkor och att de har makt över sina liv, att det inte är andra som bestämmer åt dem vad de skall göra och hur det skall gå till“.⁶⁰ Forældrene skulle således være stærke, have selvtillid og bestemme selv. De måtte ikke overlade ansvaret til andre.

Den kompetente forælder måtte selv afgøre, hvornår hun/han havde brug for eksperter. Myndighedernes opgave var at stille dem til rådighed. I betænkningen om støtte i forældreskabet hed det: „Experterna skall finnas till hands när föräldrarna frågar efter deras råd och stöd“.⁶¹ „Jag-du-relatio- nen måste sätta i centrum i stället för det mera paternalistiska perspektivet där det är experterna som avgör vad människor behöver“.⁶² Helt ville myndigheder og eksperter dog ikke fralægge sig initiativet. Af den følgende side i betænkningen fremgår, at det ikke kun handlede om dialog, men også om at „samhället kan med detta perspektiv också medverka till att föräldrar informeras i de frågor där det finns ett starkt samhälleligt intresse av att föräldrarna hålls informerade. Föräldrar kan t.ex. behöva viss grundkunskap för att kunna efterfråga mera kunskap“.⁶³ Folk forventedes at handle selvstændigt, men det skulle ske på baggrund af den viden, myndighederne formidlede til dem. Viden skulle give sikkerhed for, at kompetencerne blev rigtigt brugt, dvs. at forældrene udviste den ønskede adfærd.

Et tilsvarende ønske om at styrke kvinders og forældres ressourcer blev først rigtig udtalt i Danmark i 1990'erne. I 1985 gik man i retningslinierne for svangreundersøgelserne ind for, at „bistå og styrke kvinden og familien“.⁶⁴ I retningslinierne for sundhedsordningerne for børn fra 1995 stod mere skarpt formuleret, at „sundhedsplejersken tager sit udgangspunkt i familiens/ barnets ressourcer, understøtter dem og medvirker til at udvikle familiens evne til selv at mestre udfordringer og vanskeligheder forbundet med det at have børn“.⁶⁵ Lignende formulering blev brugt i retningslinierne for svangreomsorgen tre år senere. „Derfor skal individets egne ressourcer styrkes“.⁶⁶ Også i Danmark blev der skrevet en del om støtte. I retningslinierne fra 1998 stod, at formålet med svangreomsorgen var at „– støtte den gravide ... i at øge deres viden ... ,– støtte den gravide og nære familie i at anvende egne ressourcer og

realistisk vurdere evt. belastende faktorer, – støtte den gravide med henblik på at hun føler sig velinformeret og fysisk og psykisk klar til fødslen“.⁶⁷ Selvstændighed og handlekompetence var ikke noget, myndighederne kunne regne med, at borgerne havde. Derfor skulle de hjælpes til at udvikle den, uanset om de selv ønskede det eller ej. Som i Sverige bestod støtten både i at fremme bestemte egenskaber og at sikre, at disse blev brugt rigtigt.

Grænsen for politikeres og myndigheders indsats gik ikke ved selve familien. De ønskede desuden at styrke forældrenes sociale netværk. Skabelse af netværk var et af målene med den svenske forældreuddannelse. „Föräldrautbildning för att skapa möjlighet till kontakt och gemenskap“.⁶⁸ „Samhället kan aldrig helt ersätta varje människas eget sociala nätverk, men inom hälsovården bör finnas möjligheter att komplettera det“.⁶⁹ Lignende bestræbelser fandtes i Danmark. „Samvær med andre familier, der venter barn, og styrkelse af sammenholdet med familie og venner er altsammen noget, der kan gøre graviditeten og velkomsten af et nyt barn til en berigende oplevelse for alle. Sundheds- og socialvæsenet tilrettelægger i disse år flere tilbud til gravide familier, der har til formål at få lokale fællesskaber til at blomstre“.⁷⁰ Sundhedspersonalet skulle „bruge sundhedspædagogiske metoder, der stimulerer til brug af eksisterende netværk og til dannelse af nye netværk“.⁷¹ De sociale netværk var yderligere et område af borgernes liv, som myndighederne søgte at lægge til rette.

Sundhedspersonalet forventedes dernæst at sikre, at forældrene kunne udvikles som mennesker. Det skulle give forældrene „muligheder for at være i personlig vækst og for at problemløse og handle“.⁷² Og i en svensk betænkning: „Det handlar ... om att skapa förutsättningar för föräldrar att utvecklas och bli stärkta i sin föräldraroll, deras kompetens och förmåga att ta ansvar“.⁷³ Ambitionen om at forme forældrene var således udtalt på mange områder.

Myndighedernes store styringsambitioner afholdt dem ikke fra at kræve respekt for den enkeltes autonomi. Sundhedspersonalet skulle „respektere kvindens integritet“ og „spædbarnets integritet“.⁷⁴ „Rådgivning och information bör utformas så att patientens självbestämmande stärks och hennes integritet bevaras“.⁷⁵ Det blev ikke kommenteret, at der kunne være modsætninger mellem styringsambitioner og respekt for den enkeltes integritet.

De ressourcestærke, kompetente forældre skulle selv afgøre, hvilken adfærd der var den rigtige: „Følg din egen lyst til hvad du og dit barn godt kan lide“ . „Børn har bedst af, at forældrene berører og kæler for dem i et naturligt samspil, hvor barnets reaktioner og signaler er styrende“.⁷⁶ „Efter-

hånden udvikler I evne til at fornemme, hvordan barnet har det og til at tilfredsstille det“ . „Her gælder det om, at de voksne bruger deres fornemmelser for og kendskab til barnet og deres fantasi“ .⁷⁷ I Sverige fik forældrene tilsvarende budskaber: „Säkert finns en del du inte håller med om. Det är bra. Du vet säkert bäst vad som är rätt för dig och ditt barn“ .⁷⁸ „Använd dina kunskaper och din fantasi! ... Och lita på ditt omdöme!“⁷⁹ Her kom myndighederne med påbud formuleret i bydemåde om, at kvinden selv skulle tage stilling. Moderen skulle besidde mange kompetencer, kunne mærke og føle, hvad der var rigtigt. „Graviditet opleves forskelligt fra kvinde til kvinde. Fornemmelserne af, hvordan du har det bedst, er vigtige. Lydhørhed over for kroppens signaler“ .⁸⁰ Selvstændighed og valg var ikke kun en mulighed, men en nødvendighed. Forældrene skulle stole på sig selv og forventedes at have evnen til at bedømme enhver situation, men fik samtidig at vide, hvad de skulle gøre. Her viser den modsætningsfyldte rolle sig, som myndighederne ifølge disse forestillinger skulle have. Myndighederne ønskede både at afstå fra indflydelse og at øve indflydelse. Borgerne skulle handle efter bestemte mønstre; samtidig blev det sagt, at forældrene selv måtte definere mønstrene.

I tråd med forestillingen om den kompetente forælder var der en hel del forklaringer og argumenter for den ønskede adfærd i oplysningsmaterialet. Om amning stod i *Barn i vente*: „Modermælk er ernæringsmæssigt fuldstændig tilpasset barnets behov. Næsten alle kvinder kan amme, og næsten alle kvinder har mælk nok til barnet. Amning skal læres ... Amning giver en god kontakt mellem mor og barn. Modermælk er billig, den er lige ved hånden, den beskytter mod visse infektioner, og den er hygiejnisk“ .⁸¹ Der var også mange udsagn, som ikke var formuleret som direkte påbud, f.eks. „det bedste er“, „det klogeste er“, „det är bra“, „det är nyttigt“, som invitation til kvinden om at tage selvstændig stilling på baggrund af den information, bøgerne formidlede.

Den paternalistiske grundtone holdt sig også i 1990'erne. I Danmark talte man om at inddrage forældrene, hvilket logisk set måtte betyde, at hovedansvaret lå et andet sted, nemlig hos sundhedspersonalet: „Samarbejdet med og inddragelsen af forældrene er uhyre centralt“,⁸² og „forældrene er en meget vigtig samarbejdspartner i forhold til børn og unge“ .⁸³ Her var det ikke forældrene, der havde ansvaret og kunne benytte sundhedspersonalet, eksperterne, men omvendt.

Myndighederne forsøgte sig med nye styreformer, når de vurderede, at de gamle ikke virkede efter hensigten: „Föräldra- eller individansvarsmodellen utgår ifrån grundsynen att dagens föräldrar är mindre benägna än tidigare

generationers forældre at acceptere anvisninger og direktiv fra eksperter og myndighedsföreträdare“.⁸⁴ Ekspertvejledning blev således i nogle sammenhænge set som negativ: „Det finns en risk att föräldrautbildningen i sämsta fall blir ytterligare ett instrument för expertstyrning“.⁸⁵ Det var dog ikke sådan, at eksperterne helt skulle afstå fra styring. Det var ikke hvad som helst, ressourcerne skulle bruges til. I svangreprofylaksen skulle sundhedspersonalet „så små frön“ som sedan får gro med föräldrarnas egen kraft“, som det hed i en poetisk formulering fra de svenske obstetrikere.⁸⁶ Samtidig med at eksperterne i stigende tal og med stigende ambitioner søgte at påvirke borgernes adfærd, tog myndighederne verbalt afstand fra eksperterne.

Svenske obstetrikere ville også bruge overvågning som et middel til at ændre den undersøgte blik på sig selv og øge hendes ansvarlighed: „Syftet med alkoholanamnesen är inte att få en absolut korrekt bild av hur mycket alkohol kvinnan drack innan hon blev gravid utan att medvetandegöra de risker och problem som finns med alkoholförtäring“.⁸⁷ „Kvinnan bör uppmuntras att kontrollera sin vikt, sin urin och vid behov sitt blodtryck själv och därmed ta större ansvar för sin hälsa“.⁸⁸ Her kan man tale om internalisering af overvågningen, et eksempel på det fænomen, den engelske sociolog David Armstrong har betegnet overvågningsmedicin (se kapitel 3).

Forsøgene på at finde relevante ønsker hos borgerne at appellere til var meget eksplicite. Her f.eks. i en svensk betænkning fra 1996: „I det individuelle arbejdet med gravida kvinder gælder det at søge de bærende motiver for den enskildte individen for at slutte røke og styrke dem“. „Information om motionens betydelse ska stimulera till fysisk aktivitet utifrån personens situation och motivation“.⁸⁹ Målet var defineret af myndighederne, mindre rygning og mere fysisk aktivitet, borgernes ønsker skulle bruges for at få dem til at indfri myndighedernes målsætninger.

Hverken i betænkninger eller andetsteds har jeg kunnet finde refleksioner over det paradoksale i, at myndighederne på den ene side søgte at styre og på den anden søgte at forme borgerne til at være selvstændige. Myndighedernes styringsbestræbelser kan ses som udtryk for, at de tænkte i et positivt frihedsbegreb. Borgerne skulle tilføres ressourcer, viden, for at kunne udnytte deres frihed.

STYRING GENNEM APPEL TIL LYDIGHED

Selv om der, som vist, blev gjort meget ud af at appellere til og støtte udviklingen af folks egen dømmekraft og kompetence, vrimgledte bøgerne stadig

med påbud, som appellerede mere til autoritetstro og lydighed end til selvstændig stillingtagen. Påbuddene berørte flere områder end dem, der blev givet 50 år tidligere, og de var formuleret i samme bydende tone.

Nogle råd gik stik modsat af tidligere pjecers, men blev derfor ikke formuleret mindre håndfast. Det gjaldt f.eks. ammetiderne, hvor man var gået fra faste tider til det modsatte. „Læg uret væk! Det er ikke nødvendigt at bruge faste ammetider til fuldbårne raske børn“. ⁹⁰ I retningslinierne for svangreomsorg var der en række utvetydige påbud om amningen, der ikke gav plads til eget skøn: „der skal ikke gives tilskud“ og „i starten skal barnet lægges til mindst 8 gange i døgnet og i øvrigt ved behov“, „barnet skal til brystet første gang, når det viser sig klar“. ⁹¹ Der blev henvist til autoriteter, når budskabet blev anset tilstrækkeligt vigtigt: „Sundhedsstyrelsen anbefaler amning som den bedste måde at ernære det nyfødte og spæde barn på“. ⁹²

Påbuddene handlede om, hvordan forældre skulle behandle barnet både i psykisk og fysisk henseende. I den danske instruks til de læger, der skulle lave børneundersøgelser, hed det i 1995, at de skulle oplyse forældrene om, at „barnet bør deltage i familiens måltider“, og at „frygten for hidsighedsanfald må ikke udløse straf eller belønning“. ⁹³ I oplysningsbøgerne var der en mængde påbud. Forældrene skulle „göra hela skötstunden till en stund av samspråk“. ⁹⁴ „Lige fra barnet er født skal I tale med det“. ⁹⁵ „Glöm inte AD-dropparna! Vi lever i ett solfattigt land ...“ ⁹⁶ „Beröm inte ett barn som äter upp sin mat!“ ⁹⁷ „Drik ikke alkohol når du er gravid,“ „Kvit tobakken“ . ⁹⁸ „Rök aldrig i rum där det finns små barn och absolut inte i barns sovrum. Låt det väntade barnet bli anledning till att alla i familjen slutar röka“ . ⁹⁹ „– tag trappen i stedet for elevatoren, – brug cyklen i stedet for bus, tog eller bil, – svøm ofte, hvis det er muligt og du kan lide det, – gå en rask travetur hver dag, hvis du kan. Men husk også at hvile ind imellem“ . ¹⁰⁰ Der var tale om entydige påbud og forskrifter, hvor der ikke var lagt op til, at kvinden eller forældrene kunne vælge og selv skønne, hvad der var vigtigt og rigtigt for dem. Ligesom Børre Johansson i 1940'erne gerne ville gøre noget ved folks måltidsvaner, ¹⁰¹ så ønskede oplyserne i slutningen af århundredet også det: „Måltidet er familiens samlingspunkt“. Barnet „i 1-års alderen kan lide at spise sin sunde mad ved et hyggeligt måltid sammen med jer“ . ¹⁰²

Påbuddene i oplysningsmaterialet handlede også om, hvad forældrene skulle føle og tænke: „Betragt måltidet som en rar måde at være sammen på“ . ¹⁰³ „Benyt og nyd derfor den kontakt I kan få med barnet, når I passer og plejer det“ . ¹⁰⁴ „Acceptér dit barn som det er, og fortæl og vis barnet, at du elsker det“ . ¹⁰⁵ „Ha en skön stund ihop, en stund av lek och gemenskap!“ ¹⁰⁶

Forældrene blev opfordret til at tale åbent om deres tanker og problemer både med hinanden og med sundhedspersonalet. I 2000 opfordredes forældrene til, at „hvis I føler, I er kommet ind i en ond cirkel og ikke selv kan bryde den, så tal f.eks. med sundhedsplejersken“. ¹⁰⁷ „Hvis du har bekymringer, der føles tunge for dig og dine nærmeste, kan du tale med jordemoderen eller lægen om dem“. ¹⁰⁸ Sundhedspersonalet blev opfordret til at gøre det muligt for forældrene at tale åbent. I en svensk betænkning fra 1996 opfordredes til „god känslomässig kontakt i en positiv och förtroendefull relation, som underlättar för kvinnan och mannen att berätta om sina problem“. ¹⁰⁹ De vordende forældre skulle ikke kun være åbne over for sundhedspersonalet, men også over for hinanden. De blev opfordret til „åbenhed, overfor hvad partneren føler og bliver usikker eller såret over“. ¹¹⁰ „Det är fint att dela hennes upplevelser men också att berätta vad du själv känner“. „Era känslor för varandra är ofta starkare än annars“. ¹¹¹ Der blev også sagt, hvad man havde brug for hos hinanden: „Fortæl barnets far, at du har brug for hans støtte“. ¹¹²

Ifølge de svenske betænkninger skulle forældrene også gøre noget ved deres arbejds- og rollefordeling: „Traditionella könsroller måste omprövas, så att båda föräldrarna tidigt får lära känna sitt barn och uppleva att de är lika viktiga för barnet“. ¹¹³ Her blev der således ikke lagt op til, at forældrene skulle vælge, hvad der var bedst for dem selv. Med hensyn til seksualitet blev der ikke kun skrevet om, hvad der eventuelt kunne skade fosteret, men også om, hvordan graviditeten påvirkede de vordende forældres seksualliv. I betænkningen om forældreuddannelse fra 1978 opremsedes emner, som kunne behandles ved møderne på barnavårdscentralen: „kvinnans och mannens upplevelse av den nya graviditeten ... ambivalenta känslor ... den egna personlighetens utveckling inför föräldraskapet, relationer mellan de blivande föräldrarna“. Først som punkt nummer ni og følgende kommer fostrets udvikling, moderens levevaner mv. ¹¹⁴

Disse områder havde ikke tidligere været genstand for myndighedernes oplysnings- og påvirkningsbestrebelse. Når så mange nye forhold blev inddraget, var det sandsynligvis et resultat af forventninger hos en del af de gravide om mere oplysning og vejledning. ¹¹⁵ Påbuddene og vejledningen vedrørte i langt højere grad følelsesmæssige forhold mellem forældre og børn og mellem forældrene indbyrdes end tidligere, og samtalen blev præsenteret som den rette måde at håndtere dem på.

Det er i sig selv en styringsmetode at fremstille den adfærd, man ønsker at opnå hos borgerne, som så selvfølgelig, at den end ikke er til overvejelse.

F.eks. at man skulle gå til læge, når man bliver gravid. I 1976 blev det omtalt som en af jordemødrenes vigtige opgaver at formå kvinderne at gå til svangreundersøgelser.¹¹⁶ I materialet til forældrene fra slutningen af 1990'erne blev det fremstillet som en selvfølge, ikke et valg, men et faktum: „I begyndelsen af graviditeten kommer man én eller to gange hos den praktiserende læge“.¹¹⁷ I en pjeces fra Sundhedsstyrelsen fra 2000 blev sundhedsplejerskens besøg ikke formuleret som et tilbud, men som en selvfølgelighed: „Efter fødslen kommer sundhedsplejersken regelmæssigt på besøg i den første tid“.¹¹⁸ I det svenske materiale blev tilsvarende udtryk ikke brugt, måske fandt man ikke engang grund til at nævne det, eftersom formodningen var, at stort set alle accepterede tilbuddet og var positivt indstillede over for dem.¹¹⁹ Om lægeundersøgelser af børn, hvor fremmødet var mindre, blev det stadig i 1990'erne fremhævet, at der skulle gøres en aktiv indsats for at formå forældrene til at komme. Det hed i de danske retningslinier, at lægen „bør ... tage kontakt til forældrene og opfordre dem til at tage imod tilbuddet“.¹²⁰

Omfanget af påbud varierer. Der er generelt flere påbud i de danske bøger. Tonen i bøgerne til småbørnsforældre er mere bydende end i dem til gravide. Forskellene kan hænge sammen med, at der er forskellige forfattere til de fire bøger. Forestillingerne om ressourcestærke og selvstændige forældre forhindrede, som det fremgår, ikke myndighederne i at komme med mange påbud, som appellerede til folks lydighed og autoritetstro. Myndighederne fastholdt således styring gennem appel til lydighed og autoritetstro, og de søgte at styre på mange flere områder end tidligere.

DE KNA P S Å KOMPETENTE FORÆLDRE

Helbredsundersøgelserne og oplysningen havde fra begyndelsen rettet sig mod alle forældre og været stort set ens for alle. Dette forhold begyndte man at sætte spørgsmålstegn ved fra omkring 1970. Stadig oftere blev der talt om behovstilpasning, hvilket dels var udtryk for, at man mente, at nogle havde større behov for hjælp end andre, og dels at man ønskede en større grad af hensyntagen til den enkeltes ønsker. Der var således både et ønske om at gøre mere for dem, der ikke klarede det så godt, og om at tilfredsstille „brugerønsker“. De særlige behov, som nogle havde, kunne skyldes helbredsproblemer, eller de kunne skyldes manglende kompetence til at leve op til det forældreansvar, som blev defineret af politikere og andre. Her vil det især handle om denne sidste kategori. Indsatsen over for dem med særlige behov

var både udtryk for et ønske om at gøre mere for de svage og for en opfattelse af, at man kunne tillade sig større indblanding over for dem.

I begyndelsen af 1970'erne foreslog man i Danmark, at jordemoder- og sundhedsplejerskebesøg og skolelægens indsats skulle ske efter behov,¹²¹ „navnlig socialt vanskeligt stillede hjem“¹²² skulle have ekstra besøg. Skolelægerne skulle i højere grad beskæftige sig med „de særligt truede børn“.¹²³ Denne opfordring til særlig opmærksomhed „over for kvinder/familier, hvis levkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn“,¹²⁴ blev fastholdt i de følgende betænkninger, retningslinier mv. Man kan sige, at man her i praksis søgte at gøre noget for at udligne sociale forskelle, selv om det endnu ikke blev omtalt som ulighedsproblem.

Hvis de svage grupper ikke opsøgte sundhedsvæsenet, skulle sundhedsvæsenet opsøge dem. I Danmark talte man i begyndelsen af 1970'erne om behovet for opsøgende indsats over for dem, der ikke benyttede tilbuddene om helbredsundersøgelser, „de såkaldte forsømmere“.¹²⁵ „Der synes således at være et vist behov for en opsøgende virksomhed med henblik på de gravide, der bliver borte fra helbredsundersøgelserne og som måske netop har behov for kontrol og vejledning af læge og jordemoder“.¹²⁶ Med en lov fra 1973 blev der skabt hjemmel for denne opsøgende aktivitet.¹²⁷ I 1995 foreslog regeringen, at myndighederne ikke skulle vente på, at de udsatte grupper selv henvendte sig. „Formålet med ordningerne er derfor at opspore børn og unge med fysiske, psykiske og sociale problemer, som bør have en særlig indsats“.¹²⁸ De, der havde behov for ekstra indsats fra myndighedsside, skulle ved opsøgende virksomhed formås at tage imod den påvirkning, som man ikke altid kunne forvente, at de selv kunne indse, de havde behov for. Her var det ikke autonomi og valgfrihed, der var ledestjerner i arbejdet.

I Sverige skrev man allerede i 1955, at antallet af besøg skulle være behovsbestemt, både for gravide og børn, og at ikke kun medicinske forhold burde indgå i behovsvurderingen.¹²⁹ I 1969 hed det, at „särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas de unga och ensamstående mödrarna“.¹³⁰ Behovsorienteringen blev igen fremhævet i 1981.¹³¹ I 1997 foreslog en betænkning, at indsatsen over for de svageste skulle være målrettet „olika riktade stödinsatser som är anpassade efter barns och föräldrars behov. Här har samhället ett större ansvar för att söka upp och erbjuda stödinsatser“.¹³² Det hed endvidere, at samfundet skulle hjælpe dem, der ikke kunne „ta för sig av samhällets utbud“.¹³³ Allerede i 1973 hed det, at man måtte „genom olika former av information och utbildning nå de föräldragrupper för vilka behovet av utbildning är särskilt stort“.¹³⁴ Myndighederne mente således også i Sverige,

at det var ønskeligt og tilladeligt med en betydeligt mere aktiv indgriben over for de svage og mindre kompetente forældre og børn. I betænkningen blev der også givet begrundelser for denne opsøgende indsats over for dem, der ikke selv opsøgte hjælpen“. Det duger dock inte att helt överlåta initiativet till föräldrarna när det gäller att söka adekvata råd, service och annat stöd, kanske t.o.m. behandling för sina barn. Samhället kan inte vänta tills en kris-situation är ett faktum, då kan det kosta mera lidande än nödvändigt för den enskilde och förorsaka stora kostnader för samhället“. ¹³⁵ Det forhold, at myndighederne sørgede for de borgere, der havde brug for hjælp i form af sociale ydelser og sundhedsydelser, retfærdiggjorde en større grad af indblanding i de svages liv bl.a. for at forhindre eller reducere behovet for hjælp.

En forudsætning for denne behovsbestemte indsats var, at sundhedspersonalet fik viden om bl.a. de gravide kvinder og kunne „udskille de, der har mange ressourcer og de, der har få“. Sundhedspersonalet skulle, ifølge de danske retningslinier fra 1985, „foruden at foretage den somatiske undersøgelse ... danne sig et indtryk af den gravides individuelle ressourcer og behov“. ¹³⁶ Og ifølge retningslinier fra 1998 afklare „om et barn/familie har særlige behov kræver en afklaring af forhold ... Kort sagt styrker, svagheder, potentialer og begrænsninger“. ¹³⁷ En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen skrev i 1996 om svangreundersøgelserne, at personalet skulle

„identificere og støtte kvinden i brug af ressourcer inden for følgende temaer: Viden og erfaring vedrørende graviditet, fødsel, barselsperiode, amning og samliv med et spædbarn, ... Forestilling om sig selv som moder, forestilling om partneren som fader, gensidige forventninger. Materielle og sociale livsvilkår, herunder uddannelse, arbejde, fritidsinteresser, økonomi, bolig, transport, netværk, rollefordeling i familien, familiære traditioner og normer. Personlighedsmæssige forhold, herunder evne til at give udtryk for sine følelser og ønsker, indsigt i faktorer som påvirker livsvilkår/ tiltro til at det selv er muligt at påvirke livsvilkår. Kropslige forhold, herunder kvindens helbred, konstitution og kondition, kvindens holdning til forandring i kroppen, evne til at reagere på kropslige signaler, oplevelse af egen reaktion på smerte.“ ¹³⁸

Kort sagt var det en betydelig mængde viden, sundhedspersonalet skulle til-
egne sig om den enkelte kvinde, hvis disse ambitioner skulle realiseres. Det skulle skaffe sig viden om kvindens evner, tanker og normer. Det ville almindelige konsultationer næppe rumme tid til, men det var tilsyneladende et ideal. Overvågning af og videnindsamling om forholdene hos gravide og

forældre skulle udskille de grupper, som skulle være genstand for mere intensiv styring.

Sundhedspersonalet skulle i den forbindelse være særlig opmærksomt på kvinder med såkaldte medicinske risikotilstande og på overforbrugere af medicin, alkohol og tobak, psykisk syge og skrøbelige, kvinder med lav intelligens, unge/umodne med sundhedsskadelig livsstil/levestil, stærkt belastede sociale og etniske minoritetsgrupper.¹³⁹ Her er tale om en kategorisering, som givetvis også er med til at forme de pågældendes billede af sig selv. Der er tale om den klassificering med henblik på normalisering, som Nikolas Rose omtaler.¹⁴⁰ Udskillelsen havde sikkert også betydning for de øvrige borgere, som vil søge at handle, så de undgår at blive placeret i disse grupper. Kategoriseringen er grundigere beskrevet i det danske materiale, hvilket kan hænge sammen med den vægt, der i Danmark generelt blev lagt på opsøgende virksomhed og behandling af de socialt set svage grupper (se kapitel 7).

Mange faggrupper skulle ind i billedet over for de mindre kompetente forældre. I den danske lov om forebyggende sundhedsordninger fra 1995 spiller „tværfaglige teams“ og samarbejdet mellem sundheds- og de sociale myndigheder en stor rolle. Der var med andre ord mange mennesker, som havde til opgave at forme de svage gruppers egenskaber og adfærd og ofte gennem opsøgende virksomhed. Det kan se ud som et paradoks, at for at give myndighederne lejlighed til at styrke borgernes selvstændighed, skulle disse formås til at komme til stede og lade sig påvirke af myndighederne.

Konsekvensen af, at man tillagde styrkelsen af den enkeltes ressourcer så stor betydning, var, at de, der af en eller anden grund ikke var tilstrækkeligt kompetente, blev tydeligere udskilt. I forhold til de sidste mente politikere og eksperter, at en mere indgribende indsats for at ændre deres adfærd var både acceptabel og påkrævet.

NOGLE SÆRTRÆK VED DET SVENSKЕ MATERIALE

Trods lighederne kom nationale forskelle til syne også på dette område af sundhedspolitikken. Samfundsmæssige forhold spillede atter en større rolle i Sverige, og de svenske myndigheders styringsambitioner omfattede i Sverige, at forældrene skulle kende deres muligheder for at påvirke samfundsforholdene og endda opfordres til at gøre noget ved dem. Det vil sige, at forældrene skulle påvirkes til at deltage i den politiske proces for at påvirke egne levestil. Forældreuddannelsen skulle ifølge en betænkning fra 1978 „skapa

möjligheter till medvetenhet om och påverkan av samhälleliga förhållanden“.¹⁴¹ Og i 1980 hed det, at: „Skillnaderna mellan olika föräldrar i ekonomisk standard, utbildning, boendeförhållanden är mycket stora. Föräldrautbildningen bör därför söka bidra till att klargöra familjens beroende av samhälleliga förhållanden och öka familjemedlemmarnas möjligheter att påverka“.¹⁴² I betänkningen fra 1997 opfordrede man ikke så eksplicit folk til at påvirke deres levekår, men nøjedes med at skrive, at „föräldrar har skyldigheter både gentemot barnen och samhället“.¹⁴³ Forældrene havde således et samfundsmæssigt ansvar. Ønsket om politisk aktive forældre blev ikke så stærkt fremhævet i 1990'erne som i 1970'erne.

Samfundsperspektivet fremhævedes også i oplysningsmaterialet. Til forskel fra de danske bøger indeholder de to nye svenske bøger oplysninger om og betragtninger over børns forhold i samfundet, både i det svenske og globalt. I bogen til småbørnsforældre er der ligefrem en opfordring til forældrene om at engagere sig politisk: „Undersökningar har visat att barn får mindre oro för framtiden om deras föräldrar och andra vuxna de litar på arbetar för fred, rättvisa och en bättre miljö“. Det afgørende er ikke, hvilken organisation man er engageret i: „Bara du är med! Det är det bästa sättet att visa dina barn att du inte har gett upp, att du tänker fortsätta att kämpa för deras framtid“.¹⁴⁴ Oveni opfordringen til politisk engagement blev dette digt optrykt: „När vi älskar våra barn; så blint; att vi ger dem allt; utan att se; vilket samhälle vi ger dem; – då älskar vi inte våra barn“.¹⁴⁵ Her brugte man appeller til folks omsorg for deres børn til at opnå et større samfundengagement ved at søge at skabe skyldfølelser. Dette må også siges at være en markant udvidelse af de områder, myndighederne søgte at styre forældrenes liv på, når de også søgte at påvirke dem til at blive politisk aktive.

SAMMENFATNING

Man kan identificere tre til dels modsatrettede måder, hvorpå myndighederne søgte at styre borgerne i forbindelse med graviditet og forældreskab.

For det første skulle forældre både være selvstændige og lydige. Der blev udvist store bestræbelser på at gøre forældrene kompetente og selvstændige, og der blev talt til den kompetente forælder, der kunne selv. I betænkninger og oplysningsbøger lagdes meget stor vægt på, at man skulle bruge og styrke folks egne ressourcer, dvs. forme deres egenskaber. Sammenhængende med dette var der en meget stærk betoning af, at især de gravide skulle have medindflydelse. Myndighederne søgte at appellere til gravide og forældre

om selv at tage stilling og vælge. Man kan med Rose sige, at „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“. ¹⁴⁶ Talen om at styrke forældrenes ressourcer ses tidligere i Sverige, og den var mere omfattende, bl.a. i form af forældreuddannelse. Samtidig med forsøgene på at forme selvstændige borgere udstedte myndighederne flere påbud end i tidligere tiders oplysningsmateriale, i en bydende form, som appellerede til lydighed og autoritetstro. Der blev givet dobbelte budskaber.

Det autonome individ skulle ikke styres af eksperter. Det skulle derimod lære selv at bruge eksperterne efter eget forgodtbefindende. Paternalismen hørte fortiden til. Samtidig var borgerne omgivet af stadig flere personer med særlig viden, som tilbød deres assistance netop i en ofte paternalistisk form. Det autonome individ, hvis integritet skulle respekteres, var samtidig det uvidende individ, som skulle formes og lære af eksperter både ved at adlyde og ved at lære at kunne klare sig selv. Modsætningen er dog kun tilsyneladende. Både ved påbud og ved styring via styrkelse af autonomi og ressourcer handler det om at styre borgerne til en bestemt adfærd. Målet er det samme, styringsteknikkerne forskellige.

For det andet skulle forældrenes autonomi og valgfrihed respekteres, samtidig med at grænserne for myndighedernes styringsambitioner udvidedes til stadig flere områder og gennemførtes ved hjælp af stadig flere eksperter og mere omfattende oplysningsmateriale. Myndighederne søgte aktivt at gribe ind i borgernes liv gennem at forme deres adfærd med hensyn til følelser, relationer mellem forældrene og de sociale netværk uden for familien. Styringsambitionerne var således kraftigt udvidede i forhold til situationen ved midten af århundredet. Det er værd at bemærke, at denne vækst i styringsambitioner med hensyn til forældrenes adfærd kom samtidig med, at kvinderne fik mere erhvervsarbejde og dermed mindre tid til at leve op til forventningerne. Det voksende tilbud af undersøgelser stillede forældrene over for at skulle tage stilling til langt flere forhold end tidligere, samtidig med at der blev lagt større vægt på, at de selv skulle tage stilling.

En tredje ændring var konstruktionen af en særlig kategori, forældre som inkompetente og svage, som skulle – og kunne – blive genstand for en anden mere indgribende styring, mere opsøgende virksomhed mv. Fra at være ensartede tilbud til alle gravide og børn blev helbredsundersøgelserne differentieret sådan, at de svage, som de blev defineret af sundhedspersonalet, skulle have tilbud om flere besøg, undersøgelser etc. Der blev gjort større forskel på folk.

Der var således tale om både brud og kontinuitet i forhold til 1930'erne og 1940'erne. De styringsmetoder, der blev søgt anvendt i perioden efter 1970 lignede på mange måder dem, der blev brugt i den tidligere periode. Der blev appelleret til lydighed og ansvarlighed. Der blev ikke mere talt om ansvarlighed over for slægten, men i hvert fald i Sverige talte man om, at forældrene havde et ansvar for samfundet. I begge perioder appellerede man til ansvar for børnene. Overvågningen havde samme karakter, men nye områder blev inddraget, både somatiske, psykiske og sociale. De største forskelle var, at styringsambitionerne omfattede større dele af borgernes liv, og at der blev talt meget om at forme borgerne ved at styrke deres ressourcer og handlingskompetencer. Problemkonstruktionen ændredes sådan, at sundhedsproblemerne i højere grad blev defineret som psykiske og sociale end som somatiske, især for børnenes vedkommende. Det var dog ikke en lineær udvikling. I 1970'erne var fokus på det somatiske større end i de forudgående årtier.

NOTER

- 1 Der blev ikke indført generelle helbredsundersøgelser for unge og voksne, selv om der var forslag om det i begge lande, og der i Sverige også blev lavet forsøg med sådanne. Til gengæld blev der indført befolkningsundersøgelser for sygdomme og risikofaktorer som brystkræft og forstadier til livmoderhalskræft. *SOU 1979:78*, s. 108.
- 2 Vallgård, 1996.
- 3 Antallet af besøg voksede betragteligt i Sverige, hvor der oprindeligt kun var to under en graviditet, og helbredsundersøgelserne af børn i begyndelsen kun omfattede spædbørnene. I 1955 blev der anbefalet tre lægeundersøgelser i graviditeten og jordemoderbesøg efter behov. Med hensyn til børneundersøgelserne skulle de ifølge 1955-reglementet udbygges så hurtigt som muligt til at omfatte alle førskolebørn. Anbefalingen lød på 4-7 besøg for spædbørn, og 1-3 for ældre børn. *Normalinstruktion för den förebyggande mödra och barnavården*, 1955, s. 11.
- 4 Vallgård, 1995a.
- 5 *Medicinalberetning i kongeriget Danmark*, diverse år.
- 6 *Allmän hälso- och sjukvård*, diverse år.

- 7 *SOU 1976:46*, s. 27.
- 8 *Betænkning vedrørende den fremtidige skolelægeordning*, 1970.
- 9 *Vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordning 1972; Bekendtgørelse om skolelægeordning 4. oktober 1982; Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*, 14. juni 1995, ikrafttræden 1. januar 1996. Paragraf 3.
- 10 *SOU 1976:46*.
- 11 Jeg har ikke kunnet finde bestemmelserne fra 1958 og ved derfor ikke, om der var straf knyttet til udeblivelse fra undersøgelserne.
- 12 Regeringens proposition 2001/02:14, s. 3.
- 13 *Sunde børn*, 1988.
- 14 *Barn i vente*, 1990.
- 15 Regeringens proposition 1978/79:168 om föräldrautbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m. beslutad 15 mars 1979, Gabriel Romanus (fp) socialminister, s. 29.
- 16 *Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap från socialstyrelsen*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1980. Kajsa Sundström (gynäkolog), Ulf R ådegård (producent).
- 17 *Leva med barn*, 1983. 1:a upplagan, 1:a tryckningen, 100.000 ex.
- 18 *Leva med barn*, 2002; *Vänta barn*, 2002.
- 19 Både de svenske og danske forfattere havde baggrundsgrupper med personer med anden faglig baggrund end den, de selv havde.
- 20 „Det som är ‚rätt‘ för någon framstår som ‚fel‘ för en annan i barnuppfostringsfrågor. ... Risken finns att en bok av detta slag blir utslätad och ointressant i något slags strävan att tillmötesgå alla uppfattningar“. Forordet. *Leva med barn*, 1993, s. 3.
- 21 Der var tilsyneladende en voksende efterspørgsel på oplysningsmateriale om graviditet og børn, både at dømme efter bogudgivelsernes og de specialiserede blades omfang.
- 22 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 6.
- 23 *Riktlinjer för hälsovård under graviditet*, 1996, s. 6.
- 24 *Normalinstruktion för den förebyggande mödra och barnavården*, s. 13.
- 25 *Sundhedsplejerskeinstitutionen*, 1970, s. 8.
- 26 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 43. Selv abort anbefales for at nå de bedste resultater: „En graviditet bør ikke alene være ønsket men direkte planlagt“. „Det er derfor i overensstemmelse med opnåelse af gode resultater i obstetrikken, at uønskede graviditeter afbrydes“.
- 27 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 7-8.
- 28 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 40.
- 29 *Normalreglemente för mödra -och barnhälsovården*, 1969, paragraf 22.
- 30 *Normalreglemente för mödra -och*, 1969, paragraf 7.
- 31 *Vallgårdar*, 1989.
- 32 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*. København: Sundhedsstyrelsen 1985, s. 6.
- 33 *Sundhedsplejerskeinstitutionen*, 1970, s. 44. Bistandsloven fra 1976 havde også ambitioner om en indsats over for familier og fællesskaber, ikke kun enkeltindivider. Se Rüdiger, 2003.

- 34 Proposition 2000/01: 14. Hälsa, lärande och trygghet, s. 25.
- 35 *Sundhedsplejerskeinstitutionen*, 1970, s. 26.
- 36 Mette Madsen, Venstre, ved behandling af lovforslag om skolelæger 9/3 1972. *Folketingstidende*, sp. 3472.
- 37 *Lovforslag om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*. 1995. Bemærkninger til lovforslaget, s. 4.
- 38 Proposition 2001/02: 14. Hälsa, lärande och trygghet, s. 9.
- 39 Første behandling af lovforslag om sundhedsplejerskeordninger 7/2 1973 *Folketingstidende* sp. 3596.
- 40 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*, 1995.
- 41 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976. Obstetrikeren Mogens Osler var hovedbidragsyder.
- 42 Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. revision af retningslinierne for svangreomsorgen udgav 6 dokumentationsrapporter i 1996 om 1. Rutinemæssige undersøgelsestilbud til gravide; 2. Rutinemæssigt tilbud om ultralydsundersøgelse i graviditeten; 3. Sundhedsfremme og forebyggelse herunder fødsels- og forældreforberedelse samt barselsomsorg; 4. Svangreomsorg til specielt udsatte gravide kvinder; 5. Graviditet og arbejdsmiljø; 6. Kvalitetsudvikling af svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen, 1996.
- 43 Svensk Förening för Obstetrik och Gynækologi Arbets- och Referensgrupp för Mödrhälsovård, 1991.
- 44 Den blev fulgt op af en betænkning udarbejdet af delvis samme personer. *Riktlinjer för hälsovård under graviditet*, 1996. Obstetrikeren Gunilla Lindmark var med i begge.
- 45 Hwang & Wickberg, 2001. Det medicinske forskningsråd fremhævede i et „state of the art“ dokument, at aktiviteterne skal være kundskabsbaserede, s. 53-54.
- 46 Hwang & Wickberg, 2001, s. 55.
- 47 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 18.
- 48 *Barn i vente*, 1999, s. 23.
- 49 *Hälsovård före, under och efter graviditet*, 1996, s. 15-6.
- 50 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1985, s. 37.
- 51 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 16.
- 52 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 16.
- 53 *Gravid. Den nye pjece om muligheder og rettigheder – og om en god og tryk graviditet og fødsel*. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
- 54 *Leva med barn*, 1983.
- 55 *Sunde børn*, 2000 og 2001. En sådan formuleringsmæssig lighed tyder på en kraftig inspiration fra „hinsidan“.
- 56 Riksdagsdebatt 25 maj 1979 om Regeringens proposition 1978/79.168 om föräldrutbildning och förbättringar av föräldraförsäkringen m.m. 15 mars 1979. *Riksdagsstryck*.
- 57 *SOU 1980:27*, s. 137.
- 58 *SOU 1978:5*, s. 14.
- 59 *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*, 1984, s. 21.
- 60 *SOU 1997:161*, s. 42.
- 61 *SOU 1997:161*, s. 42.

- 62 *SOU 1997:161*, s. 42.
- 63 *SOU 1997:161*, s. 43.
- 64 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1985, s. 6.
- 65 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*, 1995, s. 27.
- 66 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 18.
- 67 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 17.
- 68 *SOU 1978:5*, s. 14.
- 69 *Riktlinjer for hälsovård under graviditet*, 1996, s. 32.
- 70 *Barn i vente*, 1999, s. 34.
- 71 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 17.
- 72 *Sundhedsfremme og forebyggelse herunder fødsels- og for ldeforberedelse samt barselsomsorg*, 1996, s. 48.
- 73 *SOU 1997:161*, s. 31.
- 74 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 13.
- 75 *Riktlinjer for hälsovård under graviditet*, 1996, s. 54.
- 76 *Sunde børn*, 2000, s. 32.
- 77 *Sunde børn*, 1988, s. 15 og s. 10.
- 78 *Leva med barn*, 1983.
- 79 *Leva med barn*, 1983, s. 76.
- 80 *Barn i vente*, 1990, s. 14.
- 81 *Barn i vente*, 1993, s. 43.
- 82 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*, 1995, s. 15.
- 83 Lovforslag: *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*, 1995, s. 6.
- 84 *SOU 1997:161*, s. 64.
- 85 Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Mödrahälsovård, 1991, s. 22.
- 86 Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Mödrahälsovård, 1991, s. 21.
- 87 Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Mödrahälsovård, 1991, s. 18. Anamnese betyder en redegørelse for en persons sygdomsforl b el. livsforl b, udarbejdet på grundlag af patientens el. omgivelsernes oplysninger med henblik på behandling el. iv rks ttelse af sociale foranstaltninger.
- 88 Svensk Förening f r Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp f r M drah lsov rd, 1991, s. 27.
- 89 *Riktlinjer for hälsovård under graviditet*, 1996, s. 60.
- 90 *Barn i vente*, 1993, s. 65.
- 91 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 49.
- 92 *Barn i vente*, 1993, s. 43.
- 93 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*, 1995, s. 82.
- 94 *Leva med barn*, 1983, s. 47.
- 95 *Sunde børn*, 1988, s. 60.
- 96 *Leva med barn*, 1993, s. 82.
- 97 *Leva med barn*, 1983, s. 90.
- 98 *Barn i vente*, 1999, s. 27 og s. 28.
- 99 *Vänta barn*, 1991, s. 31.

- 100 *Barn i vente*, 1999, s. 30.
- 101 Johansson, 1942, s. 82.
- 102 *Sunde børn*, 1988, s. 75 og s. 40.
- 103 *Sunde børn*, 1988, s. 65.
- 104 *Sunde børn*, 1988, s. 26.
- 105 *Sunde børn*, 2000, s. 10.
- 106 *Leva med barn*, 1983, s. 42.
- 107 *Sunde børn*, 2002, s. 13.
- 108 *Barn i vente*, 1990, s. 14.
- 109 *Hälsovård före, under och efter graviditet*, 1996, s. 13.
- 110 *Barn i vente*, 1990, s. 84.
- 111 *Vänta barn*, 1991, s. 16 og 34.
- 112 Jensen, 1996, s. 10.
- 113 *SOU 1978:5*, 1978, s. 11.
- 114 *SOU 1978:5*, s. 73.
- 115 *Riktlinjer för hälsovård under graviditet*, 1996, s. 30. „Mödrahälsovården har därför också ofta under senare år kritiserats för att inte i tillräckligt hög grad ta hänsyn till kvinnan som individ, och för att inte ge en tillräckligt psykologiskt anpassad vård och omsorg“.
- 116 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 9. „Lægen og jordemoderen må prøve at bibringe den gravide forståelse for værdien af fortsat kontrol i svangerskabet. Udebliver den gravide fra aftalte jordemoderundersøgelser, bør jordemoderen overveje at sætte sig i forbindelse med den gravide“.
- 117 *Barn i vente*, 1990, s. 25.
- 118 *Gravid. Den nye pjece om muligheder og rettigheder – og om en god og tryk graviditet og fødsel*, 2000.
- 119 *Hälsovård före, under och efter graviditet*, 1996, s. 9. De skriver om „den höga acceptans som verksamheten har i alla sociala grupper. Sverige har inte de skillnader i vårdutnyttjande som finns i många andra länder“.
- 120 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*, 1995.
- 121 Forslag til lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Fremsat 14/3 1972 af indenrigsministeren. Forslag til Lov om sundhedsplejerskeordninger fremsat 30. januar 1973 af indenrigsministeren.
- 122 *Sundhedsplejerskeinstitutionen*, 1970, s. 26.
- 123 *Betænkning vedrørende den fremtidige skolelægeordning*, 1970, s. 7.
- 124 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998, s. 16.
- 125 *Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp*, 1976, s. 42-43.
- 126 *Sundhedsplejerskeinstitutionen*, 1970, s. 45.
- 127 Forslag til Lov om sundhedsplejerskeordninger fremsat 30. januar 1973 af indenrigsministeren (Egon Jensen), s. 4.
- 128 Lovforslag: Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge 1995, bemærkninger til lovforslaget.
- 129 *Normalinstruktion för den förebyggande mödra och barnavården*, 1955, s. 11.
- 130 „Normalreglemente för mödra- och barnhälsovården, 1969, paragraf 8.

- 131 *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården*. 1981:4, 21. „Utredningen har understrukt att blivande föräldrars och barnfamiljers behov av psykologiskt och socialt stöd måste beaktas i högre grad än hittills“.
- 132 *SOU 1997:161*, s. 11.
- 133 *SOU 1997:161*, s. 43.
- 134 1973:372 hemställde riksdagen om utredning rörande föräldrautbildning aftrykt i *SOU 1978:5*, 1978, s. 3.
- 135 *SOU 1997:161*, s. 12.
- 136 *Retningslinier för svangerskabshygijne og fødselshjælp*, 1985, s. 21.
- 137 *Svangreomsorg*, 1998, s. 26.
- 138 *Sundhedsfremme og forebyggelse, herunder fødsels- og forældreforberedelse samt barselsomsorg*, 1996, s. 10.
- 139 *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*, 1998.
- 140 Se kapitel 7.
- 141 *SOU 1978:5*, s. 14.
- 142 *SOU 1980:27*, s. 14.
- 143 *SOU 1997:161*, s. 9.
- 144 *Leva med barn*, 2002, s. 245.
- 145 Sidsel Mørk „En mykere morgen“ citeret i *Leva med barn* alle udgaver.
- 146 Rose, 1999, s. 87, originalens kursiv.

TVANG OG TILLID I AIDS-FOREBYGGELSEN

Opmærksomheden om AIDS begyndte nogenlunde samtidig i Danmark og Sverige. AIDS stillede politikere og andre over for at skulle fortolke og håndtere en helt ny smitsom sygdom på et tidspunkt, hvor de fleste troede, at alvorlige smitsomme sygdomme nærmest var under kontrol, i det mindste i Skandinavien. En analyse af reaktionen på sygdommens fremkomst kan belyse, om politikerne forholdt sig anderledes til smitsomme sygdomme i 1980'erne end i 1930'erne, og hvordan et ensartet fænomen, AIDS, blev fortolket og håndteret i de to lande.¹ Analysen omhandler ikke oplysningskampagnerne, men diskussionen om lovgivningen.²

AIDS blev første gang omtalt i 1983 og fik hurtigt stor opmærksomhed. Ikke mange sygdomme er i nyere tid blevet genstand for så megen omtale og bekymring, heller ikke andre smitsomme.³ Reaktionen på AIDS i 1980'erne ligner reaktionen på tuberkulose i begyndelsen af 1900-tallet. Omfattende initiativer blev taget for at forebygge smittespredning. De to sygdomme ligner også hinanden ved, at de især rammer yngre mennesker, ved at være langvarige og ofte dødelige, og ved at de opfattes som koncentreret til visse grupper i befolkningen. For tuberkulosens vedkommende de fattige, se kapitel 4, og for AIDS' vedkommende homo- og biseksuelle mænd og narkomaner, herunder narkoprostituerede. I begge tilfælde fandtes der en smitterisiko for alle borgere. AIDS adskiller sig fra tuberkulose ved, at smitten hovedsagelig overføres seksuelt, og ved at der i Danmark og Sverige var meget få, der faktisk blev smittede, dog flere i Danmark end i Sverige.⁴ Endelig var der den forskel, at man for AIDS ikke kendte helbredende behandlinger. Det havde man dog, om end i begrænset omfang, gjort for tuberkulose i 1930'erne.

AIDS var tydeligvis skræmmende. Man vidste længe ikke, om den ville sprede sig hurtigt eller ej. Mange forventede en omfattende epidemi.

Eftersom AIDS i første omgang blev defineret som en sygdom, der især vedrørte homo- og biseksuelle mænd, kan det have interesse at se på den

lovgivning, der i øvrigt vedrørte homoseksuelle i de to lande.⁵ Homoseksuelle fik i begge lande fra 1970'erne og frem rettigheder på linie med heteroseksuelle. De nye love kom konsekvent nogle år før i Danmark.⁶ Den kriminelle lavalder fastsattes som den samme for homo- som heteroseksuelle i Danmark i 1976 og i 1978 i Sverige. Antidiskrimineringslove blev gennemført i Danmark i 1986 og i Sverige i 1987, ligestilling af homo- og heteroseksuelle samlevende i 1986 og 1988. Registreret partnerskab blev indført i 1989 og 1994. Lovgivningen afspejlede således ikke de store forskelle mellem politikernes holdninger til homoseksuelle i de to lande. De fleste af disse love kom efter, at AIDS var kommet på dagsordenen. AIDS førte ikke til en mere restriktiv lovgivning fra politisk side over for homoseksuelle. Der var heller ikke på dette område forskelle mellem landene. Lovgivningen siger selvfølgelig ikke alt om de forestillinger, politikere og andre måtte have, men er dog en markant indikation. Måske virkede sygdommens fremkomst snarere befordrende på lovgivning, der gav homoseksuelle større grad af ligestilling. De blev betragtet som ansvarlige samarbejdspartnere i bekæmpelsen af sygdommen.⁷ Mere ordnede forhold f.eks. i form af registreret partnerskab, blev også set som et værn mod mange seksuelle kontakter.

I Danmark og Sverige havde og har de homoseksuelle veletablerede organisationer.⁸ Den danske organisation blev oprettet i 1948 og den svenske i 1950. Den svenske havde noget tidligere end den danske etableret sig som den interesseorganisation, myndighederne samarbejdede med. Organisationernes politik i de to lande var ikke helt den samme. Et eksempel er, at den svenske i 1983, før myndighederne havde givet AIDS opmærksomhed, anbefalede, at bøsser skulle undlade at donere blod, mens den danske reagerede meget negativt på Sundhedsstyrelsens forslag om det samme. Det var at behandle bøsser som andenrangsborgere, mente den. I Sverige udtalte socialstyrelsen, at organisationen overreagerede med hensyn til smitterisikoen. Det var to måneder før, de amerikanske myndigheder kom med en tilsvarende anbefaling.

Narkomanerne var den anden store gruppe, som blev defineret som en risikogruppe. De udgjorde en mindre del af de smittede og syge, men kom til at spille en stor rolle i den politiske debat, især i Sverige. Over for misbrugere, hvad enten det var af alkohol eller narkotika, havde Sverige siden begyndelsen af århundredet ført en mere restriktiv politik end Danmark med tvangsbehandling som middel til at reducere misbruget.⁹ I forbindelse med AIDS kunne tvangsbehandling af misbrug imidlertid ses som led i smitteforebyggelse. Kunne man med behandling få narkomaner til at holde

op med at injicere, ville de jo heller ikke dele sprøjter og smitte hinanden ad den vej.

LOVGIVNING

Da AIDS bl.a. smitter ved seksuel kontakt, kunne både lovgivningen mod spredning af smitsomme sygdomme og om kønssygdomme danne rammer for myndighedernes forebyggelsesarbejde. Det er derfor relevant at se på, hvad der var gældende lovgivning, da sygdommen kom på dagsordenen, og på hvilke lovændringer der efterfølgende blev gennemført.

Den danske lov om kønssygdomme fra 1973 pålagde personer, der havde grund til at tro, at de var smittede med en kønssygdom, pligt til at lade sig undersøge og behandle. Skete det ikke frivilligt, gav loven mulighed for både tvangsundersøgelse og tvangsbehandling. Det var strafbart bevidst at udsætte andre for smitte med kønssygdomme.¹⁰ Smitteopsporing omtaltes, men reguleredes ikke, og der var ikke bestemmelser om, at den skulle foregå, eller om, hvordan det i givet fald skulle ske. I juni 1988 blev lov om bekæmpelse af kønssygdomme ophævet. Det skete på baggrund af et forslag fra SF, som begrundede det med, at lovens sanktionsmuligheder ikke var effektive som styringsmidler. „Det følger af, at også befolkningens seksualdrifter er upåvirkelige gennem lovgivning“. Loven virkede snarere mod sin hensigt, da dens muligt stigmatiserende effekt kunne få folk til at afstå fra at kontakte sundhedsvæsenet. Fremskridtspartiets bestræbelser på at få AIDS ind i kønssygdomsloven var den direkte anledning til forslaget. De borgerlige partier afviste i første omgang forslaget, men en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen til Sundhedsudvalget, hvor det hed, at loven var uden betydning, og „at man kun gennem massiv oplysning og information med mulighed for anonymitet kan motivere personer, der er eller tror sig smittet, til at søge læge“, fik dem til at ændre opfattelse.¹¹ Siden da har kønssygdomme ikke været genstand for lovgivning i Danmark. AIDS blev aldrig klassificeret som kønssygdom.

Ligeledes i Danmark kom der i 1979 en ny lov om smitsomme sygdomme, som med ændringer i 1994 stadig er gældende. Loven omfatter ikke kønssygdomme. Ifølge loven skulle en person, som var smittet med en alment farlig sygdom,¹² lade sig undersøge og eventuelt lade sig indlægge til observation på sygehus. Skete dette ikke frivilligt, kunne det ske med tvang. Indenrigsministeren kunne påbyde tvangsmæssig behandling. Endvidere indeholdt loven pligt for alle borgere til at anmeldte til myndighederne, hvis

de havde kendskab til, at en person led af en alment farlig smitsom sygdom.¹³

AIDS blev heller ikke omtalt i loven om smitsomme sygdomme. Selv om den åbnede mulighed for, at nye sygdomme kunne tilføjes, valgte de danske politikere ikke at lade AIDS omfatte af den. Der blev dog lavet særlige regler for behandlingen af HIV-smittede. En læges tavshedspligt kunne, ifølge en vejledning fra Sundhedsstyrelsen fra 1992, fraviges af hensyn til samlever. Desuden kunne lægen have pligt til at fravige tavshedspligten, hvis det handlede om, at et barn var udsat for smitterisiko.¹⁴ AIDS- og HIV-positive skulle meldes til myndighederne.¹⁵ Ifølge en bekendtgørelse fra 25/6 1990 skulle indberetning om HIV-positive være anonymiseret.

Den danske samfundsforsker Erik Albæk skriver, at AIDS „behandledes med meget større forsigtighed og følsomhed end andre kønssygdomme“.¹⁶ Det var snarere sådan, at AIDS medførte, at alle kønssygdomme blev behandlet mere følsomt, i og med at lovgivning om kønssygdomme helt blev afskaffet.

Vender vi os mod Sverige, ser vi en noget anden udvikling. Den lov om smitsomme sygdomme og kønssygdomme, der var gældende, da AIDS blev genstand for politisk opmærksomhed, var fra 1969.¹⁷ Den gav mulighed for tvangsundersøgelse og tvangsbehandling og indeholdt, som den danske, pligt til at give myndighederne oplysninger om smitsomt syge. I 1988 blev en ny lov vedtaget, især fordi AIDS var blevet et problem. Loven gav myndighederne mulighed for at bruge tvangsundersøgelse og tvangsisolation.¹⁸ Tvangsundersøgelse måtte dog ikke indebære større indgreb. Loven gav udtrykkelig ikke mulighed for tvangsbehandling, bl.a. med henvisning til Regeringsformen (grundloven), som beskyttede mod frihedsberøvelse og påtvungne kropslige indgreb.¹⁹ Respekten for kropslig integritet blev håndhævet i loven om smitsomme sygdomme, men frihedsberøvelse var mulig, forudsat at den var prøvet ved domstol. Loven indeholdt pligt for smittede til at oplyse mulige smitekilder, men ingen sanktion over for dem, der ikke gjorde det. Det vil sige, at alle straffebestemmelser var fjernet fra loven. Begrundelsen for ikke at have straffebestemmelser i loven om smitsomme sygdomme var, „att i efterhand straffa någon för en underlåtenhet i detta avseende torde vara av underordnat intresse för smittskyddet“.²⁰ Ministeren mente åbenbart ikke, at straf havde en præventiv effekt. Den svenske smittebeskyttelseslov rummede færre indgrebs- og sanktionsmuligheder, men den omfattede flere sygdomme, herunder kønssygdomme. Det afgørende i denne forbindelse er, at loven også omfattede AIDS.

De svenske læger skulle anmelde tilfælde af smitsomme sygdomme med

personoplysninger, undtagen de seksuelt overførbare. Allerede i 1986 indførtes dog en undtagelse fra smittebeskyttelsesloven om, at anmeldelsen til de centrale myndigheder kun skulle indeholde de første to og de sidste fire cifre i personnummeret samt bopælsamt og eventuel risikoudsat gruppe.²¹ I Sverige blev der 1. januar 1986 indført en ny patientjournallov, der indebar, at alle journaler skulle indeholde oplysning om patientens identitet, dvs. at man ikke kunne bevare den ret til anonymitet, som var brugt ved de klinikker, der undersøgte folk for HIV-smitte. I april samme år indførte regeringen en undtagelse for HIV-undersøgelser. Var den undersøgte smittet, skulle identiteten indføres i journalen.²²

I 1987 blev det ved lov forbudt at drive såkaldte *bastuklubbar*. Målet var at begrænse mulighederne for „besökare att ha sexuellt umgänge i lokalen eller på platsen med annan besökare“. Loven var altså rettet mod mødesteder for bøsser. Man håbede, at forbudet ville begrænse smittespredningen.²³

Den danske lov om smitsomme sygdomme var mere indgribende end den svenske, fordi den gav mulighed for tvangsbehandling og indeholdt straffebestemmelser. Den svenske lov om smitsomme sygdomme var til gengæld mere indgribende i den forstand, at flere sygdomme var omfattet af loven. Den i denne sammenhæng vigtigste forskel var, at AIDS blev klassificeret som en alment farlig sygdom i lovgivningsmæssig henseende, mens dette ikke skete i Danmark. Det indebar, at tvangsundersøgelse og -isolation af HIV-positive blev mulig i Sverige, men ikke tvangsbehandling.

Hvordan begrundede politikerne i de to lande deres forskellige politik over for samme fænomen?

HVAD VAR PROBLEMET?

Afgørende for magtudøvelsen i forbindelse med behandlingen af AIDS var, hvor alvorligt problemet blev opfattet, og hvilke grupper man vurderede var i størst risiko for at få og sprede sygdommen. Definitionen af risikogrupper spillede en større rolle, når det gjaldt AIDS end på andre sundhedsområder. Den konkrete definition af risikogrupperne er et led i magtudøvelsen.²⁴ I Danmark prægedes debatten om HIV og AIDS af forestillingen om, at sygdommen især ramte bøsser.²⁵ I Sverige var det derimod narkomanerne, der havde størst opmærksomhed. Til de sidste hørte ikke mindst de narkoprostituerede, fra hvem man frygtede, at smitten ville sprede sig til andre befolkningsgrupper. Selv om homo- og biseksuelle mænd udgjorde den

største gruppe smittede og syge i begge lande, var narkomanerne i fokus i Sverige.

Der var også forskel på, hvor dramatisk sygdommen blev fremstillet, hvilket hang sammen med, hvor kraftige forholdsregler, man ønskede. Flere politikere i Sverige ønskede restriktioner og tvang, og flere fremstillede AIDS som en alvorlig trussel og brugte militær metaforik om de foranstaltninger, der skulle til. I en motion fra Folkpartiet fra 1986 hed det, at „aids är en dödlig farsot som på några få år spritt sig över hela världen. ... Det är därför nödvändigt att omedelbart vidta kraftfulla åtgärder för att hindra smittspridningen. ... Effektivt högkvarter inrättas för att leda arbetet mot HTVL-III och aids ... Det behövs nu en massiv och internationell motat tack“.²⁶ Kampen mod AIDS var af „nationellt interesse“,²⁷ og sygdommen blev kaldt „vår tids pest“.²⁸ Det var de borgerlige midterpartier, der brugte de stærkeste ord.

Bekymringer for, at andre end de to risiko- eller risikoudsatte grupper, bøsser og narkomaner, ville blive smittet, fandtes i begge lande. Især i Sverige skabte det større uro, mere end frygten for spredning inden for grupperne.

Den svenske regering omtalte flere risikogrupper end dem, der figurerede i debatten i det danske Folketing. De var: „intravenøsa narkotikamissbrugere, homo- og bisexuelle män, kunder till prostituerade, personer med många sexualpartner och unga flickor som har nära kontakt med narkotikamissbrugare m.fl.“²⁹ Bemærk, at de bliver kaldt grupper med risikoadfærd, selv om det jo ikke nødvendigvis er det, der karakteriserer de pågældende grupper. Det, der adskiller dem fra andre, er, at der er flere smittede blandt de mennesker, de har kontakt med, end i befolkningen som helhed.

I Sverige synes politikken at være styret ud fra, at AIDS i høj grad blev set som et problem blandt stofmisbrugere. Det kan hænge sammen med, at man var mere bekymret for, at sygdommen skulle sprede sig til andre grupper i befolkningen end inden for de to definerede risikogrupper. Måske skyldtes det, at man havde lang tradition for indgreb over for misbrugere. I Danmark synes sygdommen især at være blevet defineret som en bøssesygdom, og bøsser havde man, som i Sverige, i stigende grad valgt at behandle som andre borgere og var meget opsat på ikke at diskriminere. Begge risikogrupper blev dog omtalt i både Sverige og Danmark, når der blev talt om AIDS, kun vægtingen var forskellig. Forskellen i den måde, sygdommen blev beskrevet på og risikogrupper og årsager defineret, havde konsekvenser for den politik, de to lande førte.

TO STYRINGSSTRATEGIER: OVERVÅGNING OG TVANG ELLER ANSVARLIGGØRELSE

AIDS-forebyggelsen fulgte to hovedretninger. I Danmark søgte politikerne at styre folks adfærd gennem oplysning og ansvarliggørelse. I Sverige brugtes desuden overvågning, registrering, smitteopsporing, behandling og isolation og mulighed for at bruge tvang. Det var ikke kun i Skandinavien, at de to strategier dominerede AIDS-forebyggelsen.³⁰

DANMARK

Det danske folketing debatterede indsatsen over for AIDS adskillige gange, især fordi Fremskridtspartiet fremsatte lovforslag om registrering af HIV-positive, hårdere straffe for smittespredning, tvangstest af flygtninge og indvandrere³¹ mv. Det skete op til ni gange i årene 1985-96. I folketingsdebatterne var der meget stor enighed på tværs af de øvrige partier, en enighed, som mange ordførere priste. Enigheden kom til udtryk i en dagsordentekst, der blev vedtaget i 1987. Ifølge den skulle AIDS-forebyggelsen bygge på „frivillighed, anonymitet, åben, direkte og ærlig information, den enkeltes tryghed ved at henvende sig til sundhedsmyndighederne, samt ønsket om at undgå enhver form for diskrimination“. Dagsordenen indebar, at man ikke ønskede at lovgive for at begrænse smittespredningen. Ordlyden fra dagsordenteksten blev gentaget som grundlag for politikken ved alle efterfølgende debatter i Folketinget. Kun Fremskridtspartiet havde en anden holdning. Partiet ønskede registrering af syge og smittede og straf, hvis de smittede ikke var seksuelt afholdende. I 1990 havde Kristeligt Folkeparti skiftet standpunkt og fremsatte forslag bl.a. om ophævelse af anonymiteten for de testede. Efterhånden kom der også meldinger fra Venstre om ændringer, f.eks. at sundhedspersonale skulle kunne udveksle oplysninger om patienters smittestatus, og at asylansøgere fra lande med mere end 20 pct. smittede, skulle tilbydes HIV-test.³² De øvrige partier fastholdt dog principperne fra dagsordenen i 1987.

Der var flere begrundelser for, at AIDS skulle behandles anderledes end andre alvorlige smitsomme sygdomme. En var, at sygdommen ikke kunne behandles.³³ Det kunne derfor være svært at formå potentielt smittede til at lade sig undersøge, således som kønssygdomslovgivningen lagde op til. Den konservative sundhedsminister Agnete Laustsen sagde i 1987: „De i loven nævnte kønssygdomme kan behandles, og de kan helbredes. Det betyder også, at der hos den enkelte borger er et naturligt incitament til at søge hel-

bredelse. Dette incitament er imidlertid ikke til stede, når det gælder AIDS-sygdommen, og det gør straffebestemmelsen betænkelig“.

En anden begrundelse var, at AIDS adskilte sig fra mange andre smitsomme sygdomme ved, som den konservative Karen Højte Jensen sagde i Folketinget i 1985, at „man risikerer ikke at blive påført sygdommen mod sin vilje“,³⁴ hvilket også Dorte Bennedsen (S) fremhævede i en debat tolv år senere. AIDS er ikke „noget, man får påført uforvarende. Man får det jo kun påført ved egen aktiv handling“. ³⁵ Det gjaldt dog ikke dem, der blev smittet ved blodtransfusion, af blødermedicin, ved uheld med kanyler i sundhedsvæsenet og gennem voldtægt.

Den politik, flertallet derfor ønskede at føre, indebar styring gennem appel til og formning af ansvarlighed. Det var der enighed om tværs over midten i dansk politik. Anders Mølgaard fra Venstre sagde i 1991: „Aktuelt findes der intet alternativ til en stærk personlig ansvarlighed – dette princip er simpelt hen nøglen – en maksimal ansvarsfølelse hos det enkelte menneske for sit eget og sine medmenneskers liv og helbred“. ³⁶ I 1997 sagde Anne Bastrup (SF): „Vi har fastholdt egenansvaret. Vi har fastholdt, at der kun er én, der er ansvarlig, og det er én selv“. ³⁷

For at AIDS-forebyggelsen kunne bygge på frivillighed, måtte borgerne således motiveres til at handle ansvarligt. Det skulle ske gennem oplysning og appel til ansvarlighed og gennem forsøg på at forme folks ønsker, dvs. motivere dem. Indenrigsminister Knud Enggaard fra Venstre sagde i 1987, at forebyggelse skulle gennemføres ved „information og oplysning med henblik på motivation og tilskyndelse til de nødvendige ændringer i livsvanerne“. ³⁸ Oplysning var stort set det eneste middel til forebyggelse. Det blev ofte fremhævet i folketingsdebatterne, at den rolle, bøssernes organisation spillede i AIDS-oplysning og -rådgivning, var meget betydningsfuld. De fik også økonomisk støtte fra staten til arbejdet. (Som nævnt indledningsvis har jeg i dette kapitel begrænset mig til lovgivningen og ikke behandlet oplysningsindsatsen.)

Få i Danmark gik ind for tvang og registrering. Afvisningen heraf byggede på to argumenter. Det ene var, at det var en ineffektiv styringsform, det andet, at det kunne give anledning til diskrimination. Med hensyn til det sidste var det efter alt at dømme hensynet til de homoseksuelle, og undertiden HIV-positive, ikke stiknarkomanerne, det drejede sig om. Socialdemokraten Henning Rasmussen sagde i 1987 i Folketinget: „Frivillighed og anonymitet er en absolut forudsætning for, at mennesker vil henvende sig til vort sundhedsvæsen ... enhver tanke om, at der kan være risiko for, at de

bliver registreret, eller at der bliver anvendt en eller anden form for tvangsforanstaltninger over for dem, fører til en katastrofe med hensyn til smittespredning, ligesom det åbner vejen for diskrimination og forskelsbehandling i en grad, som ingen af os bryder os om“. ³⁹ For mange var det det nyttesløse ved registreringer, som var afgørende. Birgitte Husmark fra SF sagde i 1991, at „hvis vi havde den mindste formodning om, at en registrering ville kunne begrænse udbredelsen af smitten, ville vi være positivt indstillet. Desværre forholder det sig præcis omvendt“. ⁴⁰ Sundhedsstyrelsen fremhævede også hensynet til den enkeltes frihed: „Den offentlige indsats mod epidemien og dens følger sigter mod at ændre individuelle adfærdsformer uden at krænke individets krav på respekt for privatlivet og den personlige integritet, selv om det kan indebære begrænsninger i det offentliges handlingsmuligheder“. ⁴¹

Narkomanerne kunne ikke lige så nemt styres gennem appel til ansvarlighed. Den konservative Grethe Fenger Møller sagde i 1987: „Så længe misbrugerer mangler ansvarlighed og omsorg for sig selv, så længe er han eller hun ikke motiveret for at beskytte sig selv og overvejer heller ikke at beskytte andre og er vel i virkeligheden heller ikke i stand til det“. ⁴² Derfor måtte man etablere ansvarligheden. Narkomanerne skulle, ifølge Knud Enggaard, „hjælpes til et bedre liv, et liv, hvor de føler ansvar over for sig selv og for andre“. Det handlede også om at gøre de rigtige valg lette, især for narkomanerne, ved at give dem „let adgang til engangssprøjter og kanyler og let adgang til behandling“. ⁴³

Narkomanerne blev betragtet som et problem, også fordi det var fra dem, politikerne frygtede, at heteroseksuelle ville blive smittet. Det kunne ske gennem prostitution og gennem anden form for heteroseksuelt samvær. ⁴⁴ Sundhedsstyrelsen skrev i 1987, at „en særlig indsats må gøres på stofmisbrugsområdet, som er den største trussel for videre smittespredning i den heteroseksuelle befolkning – og det mest vanskelige at gøre noget ved“. ⁴⁵ Der blev gjort meget ud af at tale om risikogrupper, og Sundhedsstyrelsen fandt det i den forbindelse nødvendigt at fremhæve, at „det afgørende for smitteoverførsel er risikoadfærd og ikke tilhørsforhold til en risikogrube“. ⁴⁶ Den svenske politik spillede en stor rolle i den danske debat enten som skræmme- eller forbillede, det sidste især for Fremskridtspartiet.

Den danske politik var således domineret af forestillingen om, at styring gennem appel til ansvarlighed var den eneste farbare vej, både fordi det var den eneste effektive, og fordi den ikke medførte inhuman og diskriminerende behandling af de smittede og risikogrupperne.

I Sverige valgte man at behandle AIDS som andre smitsomme sygdomme, dvs. med mulighed for brug af tvangsundersøgelse, -isolation og -indlæggelse, men som sagt ikke tvangsbehandling.

Som i Danmark var frygten for smittespredning uden for de afgrænsede risikogrupper en væsentlig grund til, at narkomanerne var interessante for politikerne. Som det hed i en motion fra centerpartiet fra 1986/87 „Särskilt allvarligt är att HIV-virus genom prostitutionen överförs till nya grupper. Detta är ett ytterligare motiv för att inrikta åtgärder mot de prostituerade kunder“.⁴⁷ *Riksdagens* socialutskott skrev: „Det anses att det är de intravenösa missbrukarna som mer än andra riskgrupper kan befaras sprida AIDS utanför de nuvarande riskgrupperna“.⁴⁸ Moderaterne talte endda om faren for spredning i samfundet, som om de to risikogrupper ikke var en del af samfundet.⁴⁹ Der blev oftere i Sverige talt om, at den store opgave var at forhindre smittespredning blandt heteroseksuelle, ikke blandt de homoseksuelle. Denne forskel fra Danmark i vægtningen af problemerne kunne tyde på mindre respekt og tolerance over for de homoseksuelle. Det samme kunne loven om forbud mod saunaklubber. På den anden side kan den manglende fokusering på smitten blandt bøsserne være udtryk for en opfattelse af, at den var under kontrol, bl.a. takket være deres egen indsats. Socialutskottet skrev, at „RFSL, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, är i dag den bästa kanalen ut till de homosexuella. De var också ute flera år tidigare än socialstyrelsen med att informera sina medlemmar om aids“.⁵⁰ Derfor kan behovet for at styre bøssernes adfærd være oplevet som mindre. Regeringen skrev, at de smittede viste „i stor utsträckning ... beredvillighet att anpassa sitt levnadssätt“, men „beträffande de s.k. intravenösa narkotikamissbrukarna är erfarenheterna dock mindre positiva“.⁵¹ Derfor blev særlige tiltag over for narkomaner besluttet såsom diagnosticering, afgiftning og behandling af misbruget, iværksat for at forhindre spredningen inden for og fra gruppen af misbrugere.⁵² I smittebeskyttelseslovens beskrivelser af behandling af de tvangsindlagte fremgik også, at det var narkomaner, den især omhandlede, f.eks. at de skulle visiteres med henblik på at finde stoffer.

Rene sprøjter, som nogle danske amter uddelte, var også til debat i Sverige. I 1986 argumenterede moderaterne for fri adgang til rene sprøjter. Da emnet var til debat i 1987/88 havde de ændret standpunkt; da var de sammen med centerpartiet og socialdemokraterne imod. Begrundelsen var, at det ville sende forkerte signaler ved uddeling af „fria sprutor och kanyler måste tilltron till narkotikapolitiken försvagas“.⁵³ For adgang til rene sprøjter

var kun de mindre partier, folkpartiet, kristdemokraterne, venstrepartiet og miljøpartiet. Der blev givet tilladelse til forsøg med uddeling af rene sprøjter i Malmø og Lund, et forsøg, der stadig var i gang i 2003, men som ikke var spredt til andre byer.

Brug af tvangsisolering af HIV-positive var tilsyneladende tiltænkt den gruppe, som man i Sverige havde tradition for at behandle anderledes end resten af befolkningen, nemlig narkomanerne.

REGISTRERING OG ANONYMITET

I begge lande ønskede politikerne, at de borgere, som havde mistanke om, at de var smittede, skulle lade sig teste med henblik på at de, især hvis de var smittede, kunne påvirkes gennem rådgivning til ansvarlig adfærd. De fleste talte for frivillig testning, men nogle partier talte for, at hele eller dele af befolkningen skulle testes. Det svenske Centerparti mente ligefrem, at det „kan bli nödvändigt att aidstesta hela svenska folket“.⁵⁴ I 1987/88 sagde den socialdemokratiske minister, at „HIV-testningen är enligt min bedömning ett av de mest centrala inslagen i AIDS-bekämpningen“.⁵⁵ I Danmark var det især Fremskridtspartiet, der forfægtede sådanne synspunkter.

Et andet spørgsmål var, om de, som var blevet diagnosticeret HIV-positive, skulle registreres, og i givet fald, hvorfor og hvordan registreringen skulle ske, f. eks. om registreringen skulle være anonym. De, der talte for registreringen af de smittede, tillagde den betydning af to grunde. Den kunne skabe viden om sygdommens udbredelse, og det kunne give mulighed for at gøre noget ved de smittede. Det var de samme argumenter, som blev fremført for registrering af de tuberkulosesmittede. Flertallet i Danmark tog afstand fra registrering. Også i Sverige var der modstand mod registrering, fordi man forventede, at det ville mindske villigheden til at lade sig teste. I så fald ville myndighederne hverken få den ønskede viden om smittespredning eller mulighed for at påvirke de smittedes adfærd. „Sedan HTVL-3⁵⁶ fördes in i smittskyddskungörelsen ... antalet besökande minskat kraftigt“. Myndighederne „förlorar möjligheten att informera och påverka de grupper av människor som det är viktigast att komma i kontakt med“.⁵⁷ Folkpartiet ønskede at styrke anonymiteten for at bedre kunne forhindre smittespredning. De stillede flere gange forslag om anonymitet. „Stärka anonymiteten så det även gäller HIV-positiva för att hindra smittspridningen“.⁵⁸ Registrering var med andre ord et ineffektivt styringsmiddel. Det var dens effektivitet som styringsmiddel, ikke dens eventuelle integritetskrænkende eller diskriminerende effekter, der spillede en rolle.

I Sverige var flertallet for registrering. Centerpartiet forestillede sig åbenbart ligefrem, at registreringen kunne bruges til indgriben fra myndighedernes side over for de smittede. „Utan identifikation av de smittade reduceras de övervakande myndigheternas kontroll till enbart statistikförande. Kontrollen har lagts på den behandlande läkaren“.⁵⁹ Ifølge de første svenske bestemmelser skulle anonymiteten ophæves, hvis den undersøgte var smittet.

Der var således uenighed om registreringens betydning for begrænsningen af HIV-smittespredning.

FRIVILLIGHED OG ANSVAR

Det bærende i den danske politik, frivilligheden, spillede også en rolle i Sverige og blev fremhævet både af socialdemokrater og borgerlige. I begge lande ville man bruge styring gennem ansvarliggørelse. Forskellen var, at man i Sverige samtidig ville bruge tvang, over for „de få människor som inte är beredda att ta sitt ansvar måste däremot tvång kunna tillämpas“,⁶⁰ som de moderate skrev i en motion.

Den svenske socialdemokratiske socialminister sagde i 1988: „Jag vill dock understryka att smittspridning, med få undantag, framgångsrikt kan förhindras med frivilliga åtgärder“. Ved samme lejlighed fremhævede han, at det ikke kun var de enkelte borgere, der havde ansvar: „Inte endast de enskilda människorna har skyldigheter inom smittskyddet, också samhället måste ha skyldigheter mot de enskilda människorna om smittskyddet skall kunna åtnjuta medborgarnas förtroende“.⁶¹ Det mønster, som er set i andre sammenhænge, nemlig at det samfundsmæssige ansvar fremhæves stærkere i Sverige, ses også her.

Moderaterne fremhævede, hvilket også fremkom i den danske debat, at „møjligheten att genom eget ansvarstagande undgå smittan gör problemet unikt“. „För ansvars-kännande individer, dvs. majoriteten av det svenska folket, måste insatserna mot HIV bygga på frivillighet och på respekt för varje människas möjligheter att utöva eget ansvar“.⁶² Der blev også i Sverige lagt stor vægt på oplysning som middel til at få folk til at handle ansvarligt. Den større bekymring i Sverige gav sig udslag i større bevillinger.⁶³

Den svenske socialdemokratiske regering talte i 1986 om, at „det är därför viktigt att vi inte faller till föga för tillfälliga opinionsyttringar med krav på „hårdare“ tag mot de smittade. Kampen mot smittan kan föras endast i en anda av förtroende och öppenhet“.⁶⁴ Den mere lempelige politik skulle føres, fordi den var mere virkningsfuld.

SIDEEFFEKTER

Både i Sverige og Danmark benyttede politikere AIDS-bekæmpelsen til at søge at fremme en anden seksualmoral. Centerpartiet i Sverige skrev: „För att åtgärderna mot aids skall få verkan måste det kulturella och moraliska förfallet bekämpas“, og „familjens roll i samhället skall stärkas“.⁶⁵ Og Kristeligt Folkeparti i Danmark „understreger betydningen af den livslange troskab i ægteskabet“.⁶⁶ De svenske kristdemokrater fremhævede, at „en fast sexuell relation mellan två personer som inte är HIV-positiva är i dag det säkraste sättet att undvika smitta och kommer kanske i framtiden att vara det enda säkra“.⁶⁷

SAMMENFATNING

Der var to dominerende styringsstrategier i forsøgene på at hindre spredning af HIV/AIDS: appel til ansvarlighed og appel til angst for sanktioner, tvangsundersøgelse og tvangsisolation. I Danmark blev den første strategi brugt. I Sverige blev begge strategier benyttet.

Den stærke betoning af den enkeltes ansvar, styringen gennem ansvarliggørelse, var som det er fremgået af kapitel 6, et kendetegn ved den danske forebyggelsespolitik. Den dukkede også op i forsøgene på at forhindre AIDS-smittespredning. Det er sandsynligt, at den større fokusering på og bekymring for alkohol- og stofmisbrug i Sverige og traditionen for tvangstiltag på det område, havde betydning for den måde, AIDS blev håndteret.

Rollerne var dermed byttet om sammenlignet med politikken over for tuberkulose i 1930'erne. Der var paralleller mellem de svenske politikeres begrundelser dengang for at undtage tuberkulose fra lovgivningen om smitsomme sygdomme og danske politikeres begrundelser i dag for at undtage AIDS fra kønssygdomslovgivningen. Den første var sygdommens karakter, henholdsvis at tuberkulose var kronisk, og at der ikke var nogen behandling for AIDS. Den anden var formodningen om, at tvang ville være kontraproduktiv, dvs. at den ville få folk til at undlade at blive undersøgt for sygdommen. Endelig, at tvang og registrering ville være unødigt stigmatiserende. Det vil sige, at truslen om tvang blev betragtet som en ineffektiv styringsmetode.

I betragtning af at AIDS især ramte grupper, som kan betragtes som mere eller mindre marginaliserede i samfundet, kan man se tiltagene over for smitsomme sygdomme, ikke mindst den markant anderledes danske politik, sammenlignet med 1930'erne, som udtryk for en ændret holdning til borgernes integritet og selvbestemmelse.

NOTER

- 1 Selv om jeg har undladt at behandle kønssygdomme i øvrigt, fordi jeg forventer, at politikken over for dem handler om så meget mere og andet end at forbedre sundheden, har jeg således valgt at se på, hvordan politikerne i de to lande forholdt sig til AIDS.
- 2 Grunden er, at jeg med den begrænsede tid jeg trods alt har haft, har valgt at prioritere oplysning på områder, der vedrører mere almindelige sundhedsproblemer jf. kapitel 8 og 9.
- 3 De smitsomme sygdomme har der samlet været lovgivet om i et par hundrede år, se kapitel 4. Baggrunden for, at der stadig var særlig lovgivning på dette område var „att det ansetts nödvändigt att i vissa fall kunna göra inskränkningar i den enskildes frihet för att framgångsrikt kunna bekämpa dessa sjukdomar“. Regeringens proposition 1988/89:5 med förslag om ny smittskyddslag m.m. 18 augusti 1988, *Riksdagstryck*, s. 20.
- 4 I årene 1980 til 1987 blev der i Danmark registreret 239 AIDS-syge og 137 døde og i Sverige 159 AIDS-syge og 79 døde. Christensen, Krasnik, Bjørne & Eriksen 1988, s. 29. Ifølge Anne Bastrup, SE var der i Danmark i 1996 godt 40 per en million indbyggere mod godt 20 i Sverige. Andelen havde været faldende i Danmark og svagt stigende i Sverige. 27/2 1997 *Folketingstidende 1996/97*, s. 4485.
- 5 Det følgende bygger på Albæk, 1992, og Henriksson & Ytterberg, 1992.
- 6 Fra 1. januar 2003 må svenske registrerede partnere adoptere børn i Sverige, såkaldt homo-adoption. En tilsvarende lov er ikke gennemført i Danmark.
- 7 Dorte Bennedsen (S) „bøsserne i Danmark, som har vist en utrolig ansvarlig holdning, netop fordi vi har sikret dem de vilkår, vi har her i landet“. Forslag til Lov om registrering af AIDS-syge og HIV-positive fremsat af FP 1. februar 1991. *Folketinget 1990-91*. sp. 2420. Motion 1985/86;So462 s. 9: „RFSL, Riksförbundet för sexuell likaberättigande, är i dag den bästa kanalen ut till de homosexuella. De var också ute flera år tidigare än socialstyrelsen med att informera sina medlemmar om aids ...“ *Riksdagstryck 1985/86*.
- 8 Riksförbundet för sexuell likaberättigande og Landsforeningen for bøsser og lesbiske.
- 9 Björkman, 2001; Lindgren, 1993; Eriksen, 1990.
- 10 *Lov om bekæmpelse af kønssygdomme*. 23. maj 1973. Paragraf 3, 4 og 10.
- 11 *Folketingstidende 1987-88*. Lovforslaget blev fremsat 14. januar, førstebehandlet 10. februar og vedtaget 24. marts 1988.
- 12 Loven indeholdt en liste over de sygdomme, der var klassificerede som alment farlige.
- 13 *Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme*, 21. marts 1979. Den svenske lov omfattede flere sygdomme end den danske.
- 14 *Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer i bekæmpelsen af AIDS*, 1987, s. 40. *Vejledning om human immunodefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte*, 1992, s. 23.
- 15 *Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af erhvervet immunodefekt syndrom*, 8. november 1985. Ifølge indenrigsminister Knud Enggaard blev sygdommen gjort anmeldelses-

- pligtig allerede i 1983. Forespørgselsdebat 31/3 1987 om initiativ til bekæmpelse af sygdommen AIDS. *Folketingstidende* 1986/87, sp. 9812.
- 16 Albæk, 1992. Min oversættelse.
 - 17 *SFS 1968 nr.231*. Smittskyddslag given Stockholms slott den 26. april 1968.
 - 18 Regeringens proposition 1988/89:5 med forslag om ny smittskyddslag m.m. 18 augusti 1988, s. 27. *Riksdagstryck*.
 - 19 „§ 6 Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp“. „§ 8 Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande“. Regeringsformen 1974. Frihedsberøvelse skal prøves ved domstol.
 - 20 Regeringens proposition 1988/89:5 med forslag om ny smittskyddslag m.m. 18 augusti 1988, s. 26.
 - 21 Regeringens proposition 1986/87:2 med forslag om vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTVL-III, s. 13. De svenske personnumre begynder med fødselsår. *SFS 1989:301* Smittskyddförordning.
 - 22 Regeringens proposition 1986/87:2 med forslag om vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTVL-III, s. 14-15.
 - 23 *SFS 1987: 375 Lag om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter*.
 - 24 Risikogrupper „provide the ‘representation’ of that which is to be governed“. Nikolas Rose, Peter Miller citeret i Ballard, 1998, s.127.
 - 25 Der blev blandt dem, der arbejdede med aidsforebyggelse, skabt konsensus om at tale om risikoadfærd i stedet for risikogrupper. I Folketinget talte man dog fortsat om risikogrupper.
 - 26 Motion 1985/86: So 416 (fp).
 - 27 Motion 1985/86: So 461 Åtgärder mot aids.
 - 28 Motion 1985/86: So 429. Ett centralregister över aidssmittade. Centern (Marianne Carlsson).
 - 29 Regeringens proposition 1987/88:79 om åtgärder mot AIDS, s. 23.
 - 30 Ballard, 1998. Christensen, Krasnik, Bjørne & Erikson, 1988, s. 66.
 - 31 Forespørgselsdebat om hiv og aids 27/2 1997. *Folketingstidende* 1996/97 s. 4487.
 - 32 Forespørgselsdebat om indsatsen over for hiv-virus og aids. 27. februar 1997. *Folketingstidende* 1996/97, s. 4482.
 - 33 Indenrigsminister Britta Schall Holberg. Første behandling af forslag til lov om ændring af lov om bekæmpelse af kønssygdomme. 28/11 1985. *Folketingstidende* 1985/86, sp. 3043 ff. Stillet af FP, *Folketingstidende* 1985/86, sp. 3048.
 - 34 Karen Højte Jensen (kons.) Første behandling af forslag til lov om ændring af lov om bekæmpelse af kønssygdomme. Stillet af FP. 28/11 1985. *Folketingstidende* 1985/86, sp. 3052.
 - 35 Dorte Bennedsen (S). Forespørgselsdebat om indsatsen over for hiv-virus og aids. 27. februar 1997. *Folketingstidende* 1996/97, s. 4488.
 - 36 Forslag til Lov om registrering af AIDS-syge og HIV-positive fremsat af Fremskridtspartiet 1. februar 1991. *Folketingstidende* 1990-91. Anders Mølgård (V), sp. 2415.
 - 37 Anne Bastrup (SF). Forespørgselsdebat om indsatsen over for hiv-virus og aids. 27. februar 1997. *Folketingstidende* 1996/97, s. 4484.
 - 38 Indenrigsminister Knud Enggaard. Forespørgselsdebat 31/3 1987 om initiativ til

- bekæmpelse af sygdommen AIDS. Bag forespørgslen stod alle partier undtagen Fremskridtspartiet, som ikke var blevet spurgt. *Folketingstidende 1986/87*, sp. 9811.
- 39 Forespørgselsdebat vedrørende AIDS. 31/3 1987. *Folketingstidende 1986/87*, sp. 9856.
- 40 Forslag til Lov om registrering af AIDS-syge og HIV-positive fremsat af Fremskridtspartiet 1. februar 1991. *Folketingstidende 1990-91*, sp. 2516, Birgitte Husmark (SF).
- 41 *Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer i bekæmpelsen af AIDS*, 1987.
- 42 Grethe Fenger Møller (kons.) Forespørgselsdebat 31/3 1987 om initiativ til bekæmpelse af sygdommen AIDS. *Folketingstidende 1986/87*, sp. 9825.
- 43 Indenrigsminister Knud Enggaard. Forespørgselsdebat 31/3 1987 om initiativ til bekæmpelse af sygdommen AIDS. *Folketingstidende 1986/87*, sp. 9811. Sprøjteuddeling forekom ikke i hele landet. „Sprøjter og kanyler uddeles i nogle amter og kommuner gratis fra apotekerne“. *Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte*, 1992, s. 29.
- 44 Steffensen (KRF). Forespørgselsdebat 31/3 1987 om initiativ til bekæmpelse af sygdommen AIDS. *Folketingstidende 1986/87*, sp. 9827-8.
- 45 *Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer i bekæmpelsen af AIDS*, 1987, s. 5.
- 46 *Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer i bekæmpelsen af AIDS*, 1987, s. 8.
- 47 Motioner till riksdagen 1986/87:So 437, Rosa Östh m.fl. (c).
- 48 *Socialutskottets betänkande 1985/86:4 om ändring av smittskyddslagen* (proposition 1985/86:13), s. 2.
- 49 Motion 1985/86:So 446, (m): „de intravenösa narkotikamissbrukarna är den viktigaste riskgruppen för spridning av LAV/HTVL3 i samhället“.
- 50 Motion 1985/86:So 462, s. 9.
- 51 Regeringens proposition 1986/87:2 med förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTVL-III, s. 7.
- 52 *SFS 1988:870 Lag om vård av missbrukare i vissa fall*.
- 53 Regeringens proposition 1987/88:79 om åtgärder mot AIDS, s. 38.
- 54 Motion 1985/86:So 429. Centern (Marianne Carlsson).
- 55 Regeringens proposition 1987/88:79 om åtgärder mot AIDS, s. 31.
- 56 HTVL-3 var den forkortelse, der blev brugt om HIV.
- 57 Motion 1985/86:So 419. Ändring i patientjournalagen, s. 14.
- 58 Motion till riksdagen 1986/87:So 409 Bengt Westerberg m.fl. (fp). Aids, s. 7. Motion till riksdagen 1986/87:So 101. Daniel Tarschys m.fl. (fp) Förslag till bl.a. vissa ändringar i sekretessreglerna för effektivare insatser mot spridning av LAV/HTVL-III (prop. 1986/87:2).
- 59 Motion 1985/86:So 429. Marianne Carlsson, centern.
- 60 Motioner till riksdagen 1987/88:So4 av Carl Bildt m.fl. (m) om åtgärder mot AIDS, s. 5, s. 1 og s. 6.
- 61 Regeringens proposition 1988/89:5 med förslag om ny smittskyddslag m.m. 18 augusti 1988, s. 27.
- 62 Motioner till riksdagen 1987/88:So4 av Carl Bildt m.fl. (m) om åtgärder mot AIDS, s. 5, s. 1 og s. 6.

- 63 I hvert fald ifølge sundhedsminister Birte Weiss. Hun sagde i 1997, at der i Sverige var flere penge til AIDS-forebyggelse og bekæmpelse af stofmisbrug. Forespørgselsdebat om hiv og aids. 27/2 1997. *Folketingstidende 1996/97*, s. 4490. Ordvalget er lidt interessant, hun talte om, at der var penge, ikke at politikerne havde prioriteret at bruge flere penge på de to områder. Af de skandinaviske lande brugte Danmark færrest ressourcer, samtidig med at forekomsten var størst der.
- 64 Regeringens proposition 1986/87:2 med forslag om visse ændringer i sekretessreglerne for effektivare insatser mot spridningen av LAV/HTVL-III, s. 12.
- 65 Motion 1985/86:So430. Ett centralt register över aidssmittade. Marianne Carlsson, centern.
- 66 Kristian K. Kristensen ved førstebehandling af forslag til lov om ændring af lov om bekæmpelse af kønssygdomme 27/11 1987. *Folketingstidende 1987/88*, sp. 2842.
- 67 Motioner till riksdagen 1987/88:So8, Alf Svensson (kds) om åtgärder mot AIDS.

KONKLUSION

Denne bog handler om dansk og svensk folkesundhedspolitik i det 20. århundrede. Politikken er anskuet som former for magtudøvelse. Magt udøves, når myndigheder søger at få befolkningen til at ændre adfærd. I folkesundhedsarbejdet sker det ofte på områder, som sædvanligvis betragtes som dele af folks private liv. Folkesundhedspolitiske foranstaltninger er her defineret som de, der har haft som eksplicit mål at forbedre befolkningens sundhed, i dag kaldet sundhedsfremme, og forhindre sygdom, dvs. forebyggelse. Bogen handler om helbredsundersøgelser, tiltag for at forhindre smitsomme sygdomme og bestræbelser på gennem oplysning at få borgerne til at ændre adfærd i en retning, som politikerne fandt ønskelig. Disse bestræbelser på styring eller magtudøvelse kan antage forskellige former, som alle sigter til at få borgerne til selv at vælge den ønskede adfærd dvs. styre dem til at styre sig selv; det som i indledningen med Michel Foucaults ord er kaldt *governmentality*. De studerede folkesundhedspolitiske initiativer illustrerer forskellige styringsteknikker, som myndighederne har søgt at anvende over for borgerne. Bogen viser, at disse i deres grundtræk er påfaldende ens i de to lande og heller ikke har forandret sig nævneværdigt over tid. Styringen har og havde den dobbelthed, at den foregår både gennem appeller til borgernes lydighed og autoritetstro og til deres selvstændighed og ansvarlighed. Den væsentligste forandring i folkesundhedspolitikken i løbet af 1900-tallet er, at politikernes styringsambitioner er vokset. Indsatsen for at forme folks adfærd i mere sundhedsgavnlig retning foregår i dag med større intensitet, omfatter flere sider af menneskers liv og foregår i flere sammenhænge end i midten af 1900-tallet. En forskel mellem landene er, at borgerne i Sverige i højere grad betragtes som en del af et større fællesskab, samfundet eller folket, end tilfældet er i Danmark, hvor borgerne ses og behandles mere som enkeltstående individer. Bogen viser endelig, at begrundelserne for magtudøvelsen har forskudt sig; ved midten af 1900-tallet handlede de om både folkesundhedspolitikens gavn for samfundet og

for den enkelte, mod slutningen handlede de hovedsagelig om at skabe gode liv for borgerne.

PROBLEMDEFINITIONEN: DØDELIGHED ELLER SYGELIGHED. LIVSSTIL ELLER LEVEKÅR

Politikere og myndigheder udøver magt, når de definerer, hvilke sundhedsproblemer der er vigtige at beskæftige sig med, og hvilke årsager disse problemer har. I 1930'erne og 1940'erne var forskellene mellem landene ikke store i den henseende. Spørgsmålet om befolkningens størrelse og kvalitet stod højt på den politiske dagsorden i begge lande og dermed også gravides og børns sundhed. Smitsomme sygdomme spillede en stor rolle. Borgernes adfærd på områder som kost, renlighed, søvn og udeliv vurderedes at være væsentlige årsager til sygeligheden.

I de sidste tre årtier af 1900-tallet blev forskellene mellem de to lande mere udtalte – i hvert fald på det programmatisk plan. I Danmark spillede dødelige sygdomme en større rolle end i Sverige, også før den langsomt voksende danske middelalder rystede politikerne. Den enkeltes valg af livsstil blev i Danmark tillagt stor betydning som årsagsfaktor til dårlig sundhed. Det gjaldt især rygning, alkoholforbrug, uhensigtsmæssig kost og fysisk inaktivitet.

I Sverige prioriteredes forebyggelse af ikke-dødelige sygdomme højere, især psykisk sygelighed. Forklaringerne på sygelighed var udover livsstilsfaktorer, forhold, der ikke var direkte relateret til den enkeltes adfærd, såsom arbejdsvilkår, stress, indkomstilstand, socialt netværk og social kapital. Folks levekår blev også set som en del af forklaringen på deres valg af livsstil. Den økonomiske og politiske udvikling i løbet af 1900-tallet, især velfærdsstatens fremvækst, blev i Sverige fremhævet som den væsentligste forklaring på den gode sundhedstilstand i landet, og sundhedstilstanden blev omvendt set som et mål på, hvor godt velfærdspolitikken var lykkedes.

Folkesundhedspolitikken var ved slutningen af 1900-tallet afgrænset mere snævert i Danmark. Politikområder som arbejdsmiljø, trafiksikkerhed, boligforhold mv. blev f.eks. kun sporadisk omtalt som dele af dansk folkesundhedspolitik, mens de blev fremstillet som integrerede dele af den svenske. Der førtes også politik på disse områder i Danmark, men politikker på andre områder end sundhedsministeriets blev sjældnere begrundet med sundhedshensyn.

På to områder blev forskellen i politikernes problemdefinition særlig tydelig. Det gjaldt AIDS og social ulighed i sundhed. Mens AIDS i Danmark blev omtalt og behandlet som en sygdom, der især vedrørte homo- og biseksuelle mænd, var det i Sverige især AIDS-forekomsten blandt narkotikamisbrugere, der satte dagsordenen. Det fik sandsynligvis betydning for den svenske AIDS-politik, som knyttede an til en lang tradition for tvangsbehandling af misbrugere.

Social ulighed i sundhed blev i Danmark af politikerne defineret som det forhold, at en mindre gruppe, de udsatte og svage, havde store sundhedsproblemer. Årsagen blev – i tråd med de forklaringer, som i øvrigt blev givet på sygeligheden – især lokaliseret til de udsattes livsstil. Uligheden karakteriseredes således ved en *dikotomi* mellem de udsatte og resten af befolkningen. I Sverige omtaltes ulighed mellem mange forskellige grupper i befolkningen f.eks. mellem arbejdere og funktionærer og grupper med forskellig uddannelsesbaggrund. Social ulighed i sundhed blev set som en *gradient*, med stigende sygelighed jo lavere en gruppe var placeret stillings- og uddannelsesmæssigt. Derudover omtaltes i Sverige forskelle i sundhedstilstand mellem mænd og kvinder, mellem befolkningen i forskellige landsdele og forskellige etniske grupper som socialt betingede uligheder. Løsningen på ulighedsproblemet i Danmark kunne med det givne udgangspunkt koncentreres til en indsats over for de svages og udsattes livsstil. Dermed kom social- og sundhedsvæsenet til at spille en vigtig rolle. I Sverige indebar løsningen af ulighedsproblemet i højere grad også en indsats på andre områder, f.eks. bolig-, arbejdsmarkeds- og uddannelsespolitik.

Man kan konstatere, at den betydning, folkesundhedspolitikken tildeles, og den plads, enkelte sundhedsproblemer får, ikke synes at være direkte relateret til deres omfang i de respektive lande. Folkesundhed fyldte mere i form af betænkninger, politiske initiativer og aktiviteter i Sverige i de sidste årtier af århundredet end i Danmark, selv om de svenske politikere havde et meget mere positivt billede af sundhedsudviklingen i deres land. Sundhedstilstanden målt ved den samlede dødelighed var også bedre i Sverige igennem hele århundredet. Rygning og AIDS gav anledning til flere initiativer, selv om begge var mindre udbredt i Sverige. Omvendt var de danske tiltag over for tuberkulose, i hvert fald lovgivningsmæssigt, betydelig mere omfattende end de svenske, selv om tuberkulosedødeligheden var meget lavere end i Sverige.

Til problemkonstruktionen hører også den nationale selvfremsstilling. I den danske debat fremførtes jævnligt det argument, at en styringsmetode eller en holdning var „særlig dansk“ eller forenelig med danske værdier eller dansk mentalitet. Danmark var en kategori for sig selv. Når det særlige defineredes, handlede det om, at det var dansk at udvise omsorg for de svage, og om at danskerne var særlig frihedselskende og derfor modstandere af tvang. Selvbilledet dukker op både i 1930'erne og 1940'erne og i slutningen af 1900-tallet. På folkesundhedsområdet har det danske selvbillede været mindre positivt end det svenske bl.a. på baggrund af sammenligninger, især med Sverige.

I Sverige er jeg ikke stødt på en forestilling om, at det svenske er noget særligt. Her er forestillingen, at Sverige er bedst. Det ses især i slutningen af 1900-tallet. I denne positive opfattelse var velfærdsstatens udvikling og de store økonomiske fremskridt i løbet af 1900-tallet centrale. Det var dem, der skabte Sverige som så fantastisk. Svenske politikere og myndigheds personer nærrede gennem hele den undersøgte periode den forestilling, at Sverige var bedre end andre lande, når det gjaldt bekæmpelse af sygelighed og dødelighed. På trods af dette, eller måske på grund af denne opfattelse, var de svenske politikere, som sagt generelt, mere optaget af at forbedre folkesundheden end de danske. Måske fordi det er morsommere at lave noget, man mener, at man er god til.

HVORDAN UDØVES MAGTEN?

MAGTUDØVELSENS PARADOKS

Igennem hele den studerede periode og i begge lande har der været en modsætning i myndighedernes bestræbelser på at få borgerne til at udvise en sundhedsgavnlig adfærd. Der blev appelleret til borgernes ansvarlighed, deres evne til og ønske om selv at tage stilling og til at tage vare på deres liv. Samtidig appelleredes til deres lydighed og villighed til at lytte til og følge autoriternes påbud. I løbet af århundredet blev modsætningen mere udtalt, idet myndighederne gjorde stadig mere ud af, at borgerne selv skulle tage ansvar, og af at deres autonomi skulle respekteres. Myndighederne skulle ligefrem styrke borgernes evne til selv at bestemme ved at give dem handlekompetencer. Samtidig voksede mængden af påbud, ofte formuleret i en

bydende tone om, hvordan borgerne skulle opføre sig. Påbuddene var ofte detaljerede, og de omfattede mange flere områder af menneskers liv. Det var således ikke sådan, som nogle forskere hævder,¹ at den foreskrivende del af sundhedsoplysningen erstattedes af tillid til, at folk af egen vilje søgte sundheden. Der blev også i slutningen af 1900-tallet udstedt mange påbud og forskrifter. Politikere og myndigheder søgte med andre ord at forene frihed og autoritet, som John Stuart Mill omtaler som hinandens modsætninger.² Borgerne fik frihed, hvis de handlede ansvarligt, dvs. hvis de lyttede til autoriteterne.

Er det et paradoks? Det afhænger af, hvilket perspektiv man ser det fra. Borgerne blev udsat for modsatrettede styringsbestræbelser, som havde som mål at forme dem enten som lydige eller selvstændige. De blev både genstand for større paternalistisk omsorg og for voksende bestræbelser på at styrke deres autonomi. Hensigten fra myndigheders og politikeres side var imidlertid den samme. Uanset om de kom med påbud eller søgte at styrke folks handekompetencer, var målet at styre folks adfærd i en sundhedsgavnlig retning. De, som ikke lod sig styre med disse midler, dvs. ikke forvaltede deres autonomi på ønsket måde, blev genstand for mere direkte styring igennem stadig flere opsporende og opsøgende aktiviteter.

SUNDHEDSFREMME – ET UENDELIGT PROJEKT

Velfærdsstatens pastorale magtudøvelse eller omsorg blev således intensivret med henblik på at højne befolkningens sundhedstilstand. Grænserne for, hvilke områder myndighederne havde ret og pligt til at retlede borgerne på, flyttedes og udvidedes. Flere borgere blev genstand for styring. F.eks. skulle hele familien inddrages i forbindelse med helbredsundersøgelserne af børn og gravide. Styringsbestræbelserne omfattede nye områder som følelser og socialt netværk. De udvidedes til arbejdspladser og til dele af sundhedsvæsenet, som tidligere stort set kun beskæftigede sig med behandling. Denne udvidelse blev begrundet i den stadig større vægt, der blev lagt på sundhedsfremme. Talen om at fremme sundheden var ikke ny, men intensiveredes mod slutningen af 1900-tallet. Når målet er sundhedsfremme, er det ikke kun det onde, sygdomme, der skal forebygges, men det gode, sundheden, som skal fremmes. Sundhedsbegrebet kan være meget omfattende. Ifølge WHO, som ofte citeres, handler det om „fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende“. Hvis dette skal opnås, vil sundhedsfremme medføre en indsats på langt flere områder end sygdomsforebyggelse. Sundhedsfremme

indebærer, at politikerne må definere det gode liv for borgerne. Det er desuden et uendeligt projekt, da fuldstændigt velbefindende næppe nogensinde vil kunne opnås, det kan altid blive bedre. Forebyggelse er derimod et projekt, der har en ende, om end kun i princippet, fordi det er afgrænset til at afskaffe definerede sygdomme.

STYRING GENNEM APPEL TIL ØNSKE OM DET GODE LIV

Forsøgene på at styre borgerne skete med appeller til deres forventede ønske om at blive eller forblive sunde. I slutningen af 1900-tallet spillede også appeller til angsten for sygdom en stor rolle. Det blev dog ikke anset for nok. Derfor slog man i sundhedsoplysningen på, at sundhed var et middel til at nå andre mål, eller at andre mål var sidegevinster ved en ændret adfærd. Det kunne være ønsker om skønhed, rigdom, lykke, venner og anerkendelse. I Sverige og Danmark blev der i 1930'erne og 1940'erne ofte appelleret til borgernes ansvarlighed over for et fællesskab, dvs. til deres ønske om at være gode borgere. I de seneste årtier var det stort set forsvundet som tema i sundhedsoplysningen i Danmark og var blevet mindre almindeligt i Sverige. Det sociale og fælles havde tilsyneladende måttet vige for egeninteressen.

STYRING GENNEM FORMNING AF BORGERNES ØNSKER OG EGENSKABER

Politikerne nøjedes ikke med at appellere til de ønsker, de forventede, at folk havde, de ville også gerne forme dem eller skabe nye ønsker og egenskaber. Ved midten af 1900-tallet handlede det om at formå folk til at ville sundheden og om at styrke deres pligtfølelse over for folket eller samfundet. I den senere periode ville politikerne også motivere borgerne til at ville sundheden. Der blev talt meget om at skabe holdningsændringer. Ønsket om at skabe *empowerment* udtrykker også politikernes vilje til at forme folks evner eller egenskaber. Det skete bl.a. ved at fremme deres såkaldte handlekompetencer, men med henblik på at de skulle handle som politikerne ønskede, nemlig så de gavnede deres sundhed. Det var således ikke hensigten, at de skulle benytte en større evne til selv at tilrettelægge deres liv, som de ønskede i al almindelighed, den skulle målrettes sundheden.

Når selvstyring ikke fungerer, må der ydre tvang til. Det defineres som påbud, det er forbundet med sanktioner ikke at følge. Frihed forudsætter, at man vælger rigtigt. Tvang mod de uansvarlige, der ikke opfører sig, som myndighederne ønsker, og som udsætter andre for direkte fare, motiveres med, at de ikke lever op til den selvbeherskelse, som er en forudsætning for frihed. Tvang blev, som vist, i Danmark brugt i forbindelse med skolelægeundersøgelser. Tvangsforanstaltninger blev i begge lande brugt for at forhindre smittespredning, dvs. over for personer, der kunne skade andre. Mulighederne for at bruge tvang over for smittede og syge var større i Danmark på tuberkuloseområdet. I forhold til den sygdom var Sverige et mere liberalt land, med mindre tvang og omsorg. I Danmark var der mere tryk, men også mere tvang, hvilket ikke helt svarer til det danske selvbillede af tvangsmodstand. Med hensyn til AIDS var forholdet det stik modsatte. I Sverige var der mulighed for tvangsundersøgelse, registrering og isolation af HIV-smittede, mens dette ikke var tilfældet i Danmark. Når det drejer sig om disse smitsomme sygdomme, gik Danmark fra at være det mest restriktive land til at blive det mest liberale, og Sverige modsat. Der er dog ikke noget entydigt mønster at spore i anvendelsen af tvang.³ Den blev brugt på forskellige områder i de to lande og i de to tidsperioder.

B E G R U N D E L S E N : F Æ L L E S S K A B E T S V E L E L L E R D E T G O D E L I V

Noget forenklet kan man opdele politikerens begrundelser for magtudøvelse i forbindelse med forbedring af folkesundheden i to kategorier. De, der henviser til, at den vil gavne et fællesskab som samfundet, nationen, folket eller slægten, og de, som henviser til, at de vil medføre bedre liv for de enkelte borgere. De første begrundelser blev mere sjældne i løbet af den undersøgte periode i begge lande. En undtagelse var henvisningen til den offentlige sektors økonomi. Økonomiske hensyn har i hele perioden været gangbare som argument. De to lande var dog lidt forskellige på dette punkt. Henvisninger til, at initiativer vil gavne samfundet, var i begge perioder hyppigere i Sverige end i Danmark. Et socialt retfærdigt samfund, i slutningen af 1900-tallet omtalt som velfærdsstaten, spillede en større rolle i den svenske politik som eksplicit mål. Sundhed var ikke alene et mål i sig, men et middel til at skabe et bedre samfund. I Danmark blev sundheden oftere omtalt som et mål i sig selv. Det var dog skabelsen af gode liv for borgerne, dvs. indivi-

dets lykke mere end fællesskabets vel, der dominerede begrundelserne i de sidste årtier. Dette kan måske ses som et udtryk for en generel forandring i velfærdsstatsprojektet fra at være kollektivt til at have en større grad af indvidorientering.

Forestillingen om, at myndighederne har ret og pligt til at sørge for borgerne og at lægge deres liv til rette, var udbredt i begge lande. Det var en opgave som politikere og myndigheder gjorde stadig mere ud af. Den kan bedst siges at svare til en positiv definition af frihed, hvor myndighederne ser det som deres opgave at sikre, at borgerne har de nødvendige ressourcer, f.eks. i form af sundhed og viden, til at kunne realisere deres ønsker. Det var med andre ord statens opgave at forme borgerne sådan, at de fik evner til at udnytte deres muligheder. Denne opfattelse svarer til en velfærdsstatlig tankegang. Heroverfor står en liberal tilgang, der indebærer negativ definition af frihed, dvs. frihed fra indblanding. Forestillingen om samfundet som et fællesskab, som er forpligtende og støttende, og som er en garant for friheden, var stærkere i Sverige i begge perioder.⁴ Karakteristikken af de skandinaviske velfærdsstater som præget af et positivt frihedsbegreb⁵ er gyldig, men som så mange andre tilsvarende karakteristika af skandinaviske lande mere gyldig for Sverige end Danmark.

Undersøgelsen har kort sagt vist, at der var forskelle mellem landene med hensyn til afgrænsningen af folkesundhedsproblemerne. Forklaringerne på folkesundhedsproblemerne blev i Danmark i slutningen af 1900-tallet især søgt i det, der kaldes borgerens livsstil, mens man i Sverige ud over livsstilen søgte forklaringer i den måde, samfundet fungerede på med hensyn til levekår og sammenhængskraft. Ser man på styringsbestræbelserne, er lighederne mellem landene og mellem de to perioder dog mere påfaldende end forskellene. Ved 1900-tallets midte mente politikere som ved dets slutning, at de havde både ret og pligt til at sørge for, at folk levede sundt. De søgte at opnå adfærdsendringer gennem en kombination af appeller til både lydighed og selvstændighed og til drømme om det gode liv. Den mest markante ændring var, at styringsbestræbelserne blev mere omfattende. Flere sider af menneskers liv blev genstand for forsøg på styring. Styringsambitionerne voksede således mod slutningen af 1900-tallet, samtidig med at individets selvbestemmelse fremhævedes mere. Mere statslig indblanding og retledning blev tilsyneladende set som en forudsætning for større frihed.

NOTER

- 1 Rose, 1999, s. 86-87 og 88; Palmblad & Eriksson, 1995.
- 2 Mill, 1998, s. 5.
- 3 Brugen af tvang er forskellig i de to lande i slutningen af 1900-tallet afhængig af, om man ser på forebyggelse af smitsomme sygdomme i øvrigt, sterilisationer af svagtbegavede, behandling af misbrugere og psykiatriske patienter eller fjernelse af børn fra deres familier.
- 4 Denne forskel kan man i øvrigt også læse ud af de to landes grundlove, hvilket dog også kan skyldes, at de er udstedt med tyve års mellemrum. Den danske grundlov fra 1953 indeholder hovedsagelig, men ikke udelukkende, negativt definerede rettigheder, mens den svenske fra 1974 også indeholder mange positivt definerede rettigheder. F.eks. står der i paragraf 2: „Det allmänna skall verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden ... Det allmänna skall verka för att alla människor skall kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället“ Kungörelse (*SFS 1974:152*) om beslutad ny regeringsform.
- 5 Trägårdh, 1997, s. 253.

LISTE OVER LOVE

DANMARK

- Forordning for Danmark og Norge, angaaende Vaccinationen, 1810.
Lov om Indpodning af Kokopper, 1871.
Lov om Foranstaltninger imod Udbredelse af smitsomme Sygdomme, 1888.
Tuberkulose indført i Epidemiloven i 1897.
Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse, 1905.
Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse, 1912.
Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse, 1918.
Lov om Vaccination mod Kopper, 1930.
Lov om Oprettelse af Husholdningsraad, 1935.
Lov om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveaar (indførelse af sundhedsplejersker), 1937.
Lov om Svangerskabshygiejne, 1945.
Lov om Skolelæger, 1946.
Lov om Lægeundersøgelser af Børn, 1946.
Lov om sundhedsplejerskeordninger, 1963.
Lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, 1972.
Lov om skolelæger, 1972.
Lov om sundhedsplejerskeordninger, 1973.
Lov om bekæmpelse af kønssygdomme, 23. maj 1973.
Lov om et forebyggelsesråd, 1979.
Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme, 1979.
Cirkulære om sikring af røgfri miljøer i statslige lokaler, transportmidler og lign., 1988.
Tobaksreklamer forbudt i reklamefjernsyn i 1988.
Lov om et forebyggelsespolitisk råd og et tobaksskaderåd, 1990.
Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring m.v. (Friere sygehusvalg, behandling på private specialsygehuse m.fl., specialesamling, ambulancetjeneste, færdigbehandlede patienter samt planlægning og samarbejde), 1992.
Lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, 1995.
Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, 1995.
Lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, 1995.
Lov om ændring af lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, 2000.
Lov om forbud mod tobaksreklame m.v. 7. juni 2001.
Lov om ændring af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. med flere love og om ophævelse af lov om et forebyggelsespolitisk råd og et tobaksskaderåd, 2001 (Bl.a. oprettelse af Nationalt råd for folkesundhed).
Lov om fremstilling, præsentation og salg af tobaksvarer, 2002.
Lov om ændring af lov om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende – om forbud mod rygning for elever i folkeskolen og ungdomsskolen, ungdoms-kostskoler og for børn i dags- og klubtilbud, 2002.

SVERIGE

- Underrättelse om hvad iakttagas bör till förekommande af smittosamma sjukdomars och farso-
ters utbredande, 1813.
- Kongl. Maj:ts nådiga reglemente för vaccinationen, 1816.
- Kongl. Maj:ts Nådiga Kungörelse om ändringar och tillägg uti en del Medicinalförfattningar,
till beredande af en förbättrad hälsovård i Landsorterne, 1828.
- Kongl. Maj:ts förnyade nådig Reglemente för Skyddskoppypmpningen i Riket: Gifvet Stock-
holms Slott, den 29. September 1853.
- Kongl. Maj:ts nådiga Förordning, angående hwad till förekommande och hämmande af farso-
ter och smittosamma sjukdomar bland Rikets innevånare iakttagas bör, 30. december 1857.
- Kongl. Maj:ts nådiga Förordning angående åtgärder mot införande och utbredning af smitt-
samma sjukdomar bland rikets invånare, 19. mars 1875.
- K.Kung. den 27 juni 1914 angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulos-
sjukvårdsanstalter m.m., 1914.
- Lag angående vissa åtgärder mot utbredning av lungsot, 1914.
- Kungl. Maj:ts nådiga kungörelse angående statsbidrag till understödjande av dispensärverk-
samhet, 1914.
- Lag om skyddskoppysympning, 1916.
- Epidemilag, 1919.
- Förebyggande mödra- och barnavård, 1937.
- Tuberkulosförordning given Stockholms Slott, 31. marts 1939, SFS 1939.
- Kungl. Maj:ts kungörelse angående statsbidrag till driftskostnaderna vid anstalter för lungtu-
berkulos, SFS 1939: nr. 480.
- Rationalisering och utbyggnad av skolhälsovården, 1944.
- Smittskyddslag, 1968.
- Lag om varningstext och innehållsdeklaration på tobaksvaror, 1975.
- Lag med vissa bestämmelser om marknadsföring av tobaksvaror, 1978.
- Lag om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter, 1987.
- Smittskyddslag, 1988.
- Tobakslag, 1993.
- Lag om ändring i tobakslagen, 2001.

BILAG 2

NAVNELISTE

- Andersen, Dorit Myltoft (1943-). Cand. pæd.psyk. Folketingsmedlem for Det Radikale Ven-
stre 1993-94.
- Appel, Elin (1913-80). Cand.mag. Lærer. Medlem af Folketinget fra 1945 for Venstre.
- Baastруп, Anne-Margrethe (1952-). Cand.jur. Medlem af SF 1987. Medlem af SF's hovedbesty-
relse siden 1992.
- Bennedsen, Dorte (1938-). Teologisk embedseksamen. Fra 1964 medlem af Socialdemokratiet.
Kirkeminister i 1971. Medlem af Folketinget fra 1975.

- Björck, Karl Anders Wilhelm (1888-1975). Fil. Dr. Statssekretær i Socialdepartementet 1934-36. Generaldirektør og chef for Statskontoret 1939. Sekretær i Skolkommissionen 1918-23. Socialdemokratisk rigsdagsmand.
- Bonnevie, Poul (1907-1990). Professor i hygiejne 1948, Professor i social medicin på Københavns Universitet 1969-77. Konsulent i hygiejne for Sundhedsstyrelsen, 1948-74.
- Carlsson, Leif (1930-), læge, medlem af Moderata Samlingspartiet.
- Christensen, Jacob (1873-1924). Redaktør. Medlem af Folketinget for socialdemokraterne 1913-24.
- Curman, Carl Peter (1833-1913). Med.lic. 1864. Professor i plastisk anatomi ved Konstakademien 1869-1902. Docent i balneologi og klimatologi ved Karolinska Institutet 1880-98.
- Dahlbäck, Oscar Fredrik (1886). Riksdagsmedlem i Andra kammaren for folkpartiet 1937-40.
- Dahlerup-Petersen, Johanne (1896-1983). Lærerindeksamen fra N. Zahles Seminarium. Medlem af Landstinget, november 1940- april 1947 for Det Konservative Folkeparti. Formand for De danske Husmoderforeninger 1946.
- Dahlgaard, Bertel (1887-1972). Cand.polit. Radikal indenrigsminister 1929-40 i det andet ministerium under Stauning, Økonomiminister og minister for nordiske anliggender i ministeriet H.C.Hansen 1957 og i ministeriet under Kampmann 1960-61.
- Enggaard, Knud (1929-). Cand.polyt.Venstre. Folketingsmedlem 1964-77 og 79-81. Folketingsmedlem 1984-98. Indenrigsminister 1978-79. Energiminister 1982-86. Indenrigsminister 1986-87.
- Faber, Knud (1862-1956). Dr. med. Professor i klinisk medicin samt overlæge ved Frederiks Hospital 1896-1932.
- Fischer, Anders Victor Gunnar (1901-1956). Doktor i bakteriologi og professor i hälsovårdslära ved Uppsala Universitet. Medlem af medicinalstyrelsens videnskabelige råd 1935.
- Fleron, Kate (1909-). Journalist. Ansat ved den konservative avis *Nationaltidende* 1930-42. Fyret på grund af sine antityske holdninger i 1942. Konservativ repræsentant i redaktionen for *Frit Danmark* 1943.
- Fog-Petersen, Gunnar (1881-1939). Landbrugseksamen. Redaktør. Folketingsmand for Det Radikale Venstre 1913-1920. Landstingsmand for 6. Kreds 1920.
- Frandsen, Johannes (1891-1968). Læge. Chef for Sundhedsstyrelsen, Medicinaldirektør 1928-1961. Medlem af Folketinget 1947-50 for Venstre. Medlem af mange udvalg bl.a. formand for Skolehygiejnekommissionen af 1936.
- Fridericia, L.S. (1881-1947). Dr.med. Læge i intern medicin og hjertesygdomme 1918. Leder af Statens Vitaminlaboratorium 1931.
- Gloerfelt-Tarp, Kirsten (1889-1977). Cand.polit. Kontorchef i Arbejdstilsynet 1938. Formand for Danske kvinders nationalråd 1931-46. Medlem af Folketinget for Det Radikale Venstre fra 1945.
- Grove, Henning Kvist Gregersen (1932-). Kgl.Veterinær- og Landbohøjskole. Det Konservative Folkeparti. Folketingsmedlem for Viborg Amtskreds 1977-2001. Fiskeriminister 1982-1986.
- Gullestrup, Aage (1894-1964). Med. eks. 1922. Formand for Den alm. danske Lægeforenings hygiejnekomité 1936-64. Medlem af Mødrehjælpens Fællesråd 1939-56 og af indenrigsministeriets udvalg vedr. helbredsundersøgelser. Formand for Givekredsens konservative vælgerforening 1927-36.
- Hansen, Julius (1892-1971). Kontoruddannet. Socialdemokrat. Medlem af borgerrepræsentationen 1929 i København og dets formand 1937-38. Borgmester for magistratens 2. afd. 1938-62. Formand for Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse 1954. Præsident for Rigsforeningen til gigtens bekæmpelse 1950-69.
- Hansen, Karen Thurøe (1918). Medlem af Folketinget 1970-87 for Det Konservative Folkeparti.

Hjärne, Urban Gustaf Erlandsson (1896-1960). Doktor i pædiatri ved Uppsala Universitet. Overlæge ved Stockholms stads skolor 1944. Skoleoverlæge ved Skolöverstyrelsen.

Hovmand, Sven Erik (1945-). Tømmeruddannet 1966. Journalistuddannet 1970. Venstre. Folketingsmedlem for Storstrøms Amtskreds 1975. Energiminister 1986-1988. Boligminister 1990-93.

Husmark, Birgitte (1945-). Cand.psyk. Medlem af Folketinget for Socialistisk Folkeparti, 1987-94.

Höjer, Johan Axel (1890-1974). Læge, børnelæge. Docent i hygiejne 1927-31. Chef for Medicinalstyrelsen 1935- 1952. Socialdemokrat.

Jensen, Anders Mølgaard (1958-). Lærer. Venstre. Folketingsmedlem for Vejle Amtskreds 1990.

Jensen, Egon (1922-). Kontoruddannet. Indenrigsminister i det tredje ministerium Krag 1971. I ministeriet Anker Jørgensen 1972-73, i det andet ministerium Anker Jørgensen 1975-78.

Jensen, Karen Højte (1938-). Lærer, Det Konservative Folkeparti. Folketingsmedlem 1979-1998.

Jensen, Marius (1888). Gårdejer. Medlem af Folketinget 1935-45 for Venstre

Johansen, H. P. (1881-1962). Lærer. Medlem af Socialdemokratiet. Medlem af Landstinget 1924-53. Medlem af Landstingets finansudvalg og af Rigsretten til 1953.

Johansson, Børre (1911-1945), sygekasselæge, senere ansat i Sundhedsstyrelsen. Disputats om sygdoms- og dødsårsagsstatistik, som han ikke nåede at forsvare. Dræbt af et vådeskud 6/5 1945.

Kemp, Tage (1896-1964). Leder af universitetsinstitut for human arvebiologi og eugenik 1938. Professor i human arvebiologi og eugenik ved Københavns Universitet 1948-63.

Kjær, Einar (1893-1947). Kommunelærer. Medlem af Folketinget for Venstre 1935-43 og 1945-1947. Indenrigsminister i Ministeriet Knud Kristensen 1945-1947.

Kjær, Henriette (1966-). Fra 1988 ansat på *Jyllands-Posten* i diverse stillinger. Folketingsmedlem 1994- for Det Konservative Folkeparti. Socialminister og minister for ligestilling fra 2001.

Koch, Carsten Johan (1945-). Cand.polit. Socialdemokratiet. Medlem af Folketinget for Frederiksborg Amtskreds 1998-2000. Skatteminister 1994-98. Sundhedsminister 1998-2000.

Kofoed, Kristian Hansen (1879-1951). Cand.mag. 1908; adjunkt ved Rønne Statsskole 1909-20. Folketingsmand for Aakirkebykredsen (Radikale Venstre) 1913-20.

Larsen, Aksel (1869-1942). Praktiserende læge i Nakskov 1903-40. Fra 1907 skolelæge. Æresmedlem af Skolelægeforeningen uden for København 1942.

Larsen, Tove Lindbo (1928-). Ernærings- og husholdningsøkonom. Socialdemokratiet. Folketingsmedlem 1971-73. 1977-87 og 1988-98.

Laustsen, Agnete (1935-). Cand.jur. 1979 valgt til Folketinget for Det Konservative Folkeparti. 1987-88 landets første sundhedsminister siden 1920'erne.

Lindhagen, Carl Albert (1860-1946). Riksdagsmedlem i Första kammaren 1922-.

Lindhagen, Fredrik Emanuel Manna (1868-1936). Med.lic. Överläkare ved Sönderby sjukhus. Överläkare ved sjukhuset S:t Görans tuberkulosarbetet i Sverige.

Lund, Torben (1950-). Cand.jur. Medlem af Folketinget for Socialdemokratiet fra 1981-98. Sundhedsminister 1993-94. Politisk ordfører 1994-98. Medlem af Europa-Parlamentet for Socialdemokratiet. Medlem af Socialdemokratiets forretningsudvalg og hovedbestyrelse.

Madsen, Mette (1924-). Satirisk medarbejder ved *Aalborg Amtstidende* 1958-67 og herefter *Vendsyssel Tidende*. Valgt til Folketinget opstillet for Venstre i Nordjyllands amtskreds 1971.

Monrad, Svenn (1867-1945). Børnelæge. Professor ved den kliniske Praktikantundervisning 1934-40. Stifter af og formand i pædiatrisk Selskab 1908-1913.

Munck, Viggo (1891-1961). Praktiserende læge. Leder af Danske Arbejder Idrætsforbunds Lægekantor 1938.

Mundt, Gerda (1874-1956). Folketingsmedlem 1932-45 for Det Konservative Folkeparti.

- Omkring århundredskiftet studerede hun social-filantropisk arbejde i England. Medlem af Borgerrepræsentationen 1919-1946.
- Myrdal, Alva (1902-1986). Fil.kand. Rektor for socialpædagogisk seminarium 1936-48. Medlem af Skolkommissionen. Mange internationale opgaver bl.a. 1949 chef for FN's generalsekretariats sociale afdeling. Socialdemokrat.
- Myrdal, Karl Gunnar (1898-1987). Jur. dr. Professor i nationaløkonomi ved Stockholms Højskole 1933-50. Chef for Europakommissionens sekretariat i Genève 1947. Medlem af Befolkingskommissionen. Socialdemokrat.
- Möller, Fritz Gustav (1884-1970). Socialdemokrat. Socialminister 1914-26 og 1932-36. Havde siden denne post til 1951 med afbrud 1938-1939, da han var handelsminister. I riksdagen fra 1918 til 1954.
- Møller, Grethe Fenger (1941-). Cand.jur. Landsformand for Dansk Kvindesamfund 1974-1981. Medlem af Folketinget for Det Konservative Folkeparti 1977-93.
- Møller, Lone (1949-). Uddannet som sygehjælper. Socialdemokrat. Folketingsmedlem for Frederiksborg Amtskreds fra 1987.
- Neander, Gustaf Verner (1874-1941). Med.fil.-eksamen 1895. Læge ved Svenska nationalforeningen mot tuberkulos sanatorium och socialhygieniska försöksanstalt Hälsan. 1903-07. Overlæge ved landstings tuberkulossjukvårdsanstalt 1914-16. Sekretær nationalforeningen 1916-41.
- Nordentoft, Inger Merete (1903-60). Skoleinspektør. Medlem af Folketinget for DKP 1945-53.
- Pedersen, Esther Malling (1885-1968). Medlem af Landstinget 1936-1939, tingvalgt fra 1939 for Venstre. Redaktør og forfatter. Var medlem af Bestyrelsen for Dansk Kvindesamfund.
- Pürschel, Victor (1877-). Cand.jur. Landsdommer ved Vestre landsret 1919 og ved Østre landsret 1924. Generalauditor for hæren og søværnet 1929-45. Medlem af Folketinget for Det Konservative Folkeparti 1920-1939.
- Rasmussen, Henning (1926-). Cand.oecon. Socialdemokrat. Indenrigsminister 1979-82. I Folketinget 1960-64 og 1981-94.
- Rudiengaard, Preben Georg (1944-). Cand.med. Speciallæge i almen medicin og samfundsmedicin/administrativ medicin. Venstre. Folketingsmand for Ribe Amtskreds 1998.
- Schmedes, H. (1886-1946). kreds-læge.
- Stauning, T.H. (1873-1942). Socialdemokrat. Minister uden portefeuille i ministeriet Zahle 1916-20. Statsminister og minister for industri, handel og søfart 1924-26. Statsminister 1929, tillige minister for søfart og fiskeri 1929-33 og forsvarsminister 1933-35. Formand for den socialdemokratiske rigsdagsgruppe 1910-24 og 1926-29.
- Steincke, K.K. (1880-1963). Cand.jur. Justitsminister 1924-26. Socialminister 1929-35, justitsminister 1935-39.
- Sørensen, Th. (1839-1914). Læge bl.a. medlem af Arbejderkommissionen. Sygekasseinspektør 1892-.
- Tarschys, Daniel (1943-). Riksdagsman for Folkpartiet 1976-82 (orlov 1978-79) og 1985-94. Professor i statskundskab.
- Teisen, Fritze (1887-1935). Cand.jur. Medlem af Landstinget 1930-1935 for Det Konservative Folkeparti. Formand for Danske Kvinders konservative Forening 1921-30.
- Trier, Hjalmar (1888-1978). Obstetriker.
- Tørning, Kjeld (1899-1981). Tuberkulose-læge. Overlæge på Øresundshospitalet i København.
- Weiss, Birte (1941-). Journalist. Socialdemokrat. Folketingsmedlem 1971-73, 1975-84 og 1987-2001. Indenrigsminister 1993-97 fra 1994-96 tillige kirkeminister. Indenrigsminister og sundhedsminister 1996-97. Sundhedsminister 1997-98.
- Westman, Karl Gustaf (1876-1944). Riksdagsman i årene 1919-43, Bondeforbundet.

LITTERATUR

Love, lovforslag, propositioner etc. er ikke opført selvstændigt i litteraturlisten, når de er fundet i henholdsvis *Rigsdagstidende*, *Folketingstidende*, *Riksdagens protokoll* og *Riksdagstryck*. Der henvises i stedet til disse publikationer. Svenske love publiceres i *Svensk författningssamling*, og de er heller ikke opført i litteraturlisten, til gengæld er de behandlede love opført i en særlig lovliste, se bilag 1.

- Albæk, Erik (1992). Denmark: AIDS and the political „pink triangle“. I: David L. Kirp & Ronald Bayer (eds.). *AIDS in the industrialized democracies*. New Brunswick: Rutgers University Press, s. 281-316.
- Albæk, Erik (2004). Holy Smoke, No More? Tobacco Control in Denmark. I: Eric Feldman & Ron Bayer (eds.). *Unfiltered: International Conflict over Tobacco Policy and Public Health* (foreløbig titel). Boston: Harvard University Press. Under udgivelse.
- Allmän hälso- och sjukvård*. Sveriges Officiella Statistik. Diverse år.
- Andersen, Oluf (1939). Saadan skal Deres Barn passes. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag.
- Andersen, Oluf (1941). Sundhedsplejerskerne og deres Virksomhed. *Ugeskrift for Læger*, 103, s. 1292-98.
- Andersen, Otto (1985). *Dødelighed og erhverv 1970-80*. København: Danmarks Statistik.
- Andersen, Otto, Laursen, Lisbeth & Jørn Korsbø Petersen (2001). *Dødelighed og erhverv 1981-1995*. København: Danmarks Statistik.
- Andersson, Lars I. (1996). Askkopparnas tid är förbi. Konstruktionen av den aktive och den passive rökaren 1870-1939. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, s. 195-220.
- Anell, Anders & Rosita Claesson (1995). *Svenska sjukhus förr och nu. Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*, Lund: IHE.
- Apotekets råd för livet: Rökning under graviditet*.
- Arbetarrörelsen och folkhälsan* (1945). En programskrift. Andra upplagan. ABFs kulturutrednings skrifter 2. Stockholm: ABF.
- Armstrong, David (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of health and illness*, 17, s. 393-404.
- Att förebygga ohälsa* (1986). Socialstyrelsen redovisar 1986:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Atwood, Margaret (1994). *Katteøjte. (Cat's Eye)*. Oversat af Lisbeth Møller-Madsen.) København: Lindhardt og Ringhof.
- Backer, K.H. (1945). Børre Johansson. Nekrolog. *Ugeskrift for Læger*, 107, s. 407.
- Badet paa Den store Sundhedsudstilling (1939). *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag.
- Ballard, John (1998). The constitution of AIDS in Australia. Taking 'government at a distance' seriously. I: Mitchell Dean & Barry Hindes (eds.). *Governing Australia. Studies in contemporary government*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 125-138.
- Barn i vente. Graviditet, fødsel, spædbarnspleje* (1990). Sundhedsstyrelsens vejledning til gravide. København: Sundhedsstyrelsen.
- Barn i vente. Graviditet, fødsel, spædbarnspleje* (1993). Sundhedsstyrelsens vejledning til gravide. København: Sundhedsstyrelsen.
- Barn i vente. Graviditet, fødsel, spædbarnspleje* (1999). Sundhedsstyrelsens vejledning til gravide. København: Sundhedsstyrelsen.

- Befolkningskommissionen (1938). *Betænkning afgivet af Befolkningskommissionen af 1935 angaaende Moderens Rettigheder i Anledning af Fødsel samt angaaende Seksualoplysning*. København.
- Befolkningsudvikling og sundhedsforhold 1901-60* (1966). Statistiske undersøgelser nr. 19. København: Det Statistiske Departement, Danmarks Statistik, Statistikbank.
- Befolkningsutvecklingen under 250 år. Historisk statistik för Sverige* (1999). Demografiska rapporter: 2. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Bekæmp Tuberkulosen* (1946). Pjecen findes i Københavns Bymuseum. Den blev lavet af reklamebureauet Sylvester-Hvid og husstandsomdelt i 1946 sammen med et kontrolkort til en undersøgelse.
- Beretning om De samvirkende Fagforbunds Virksomhed 1941* (1942). København.
- Berónius, Mats (1994). Statsförnuft och kroppspolitik. En ny politisk rationalitet. *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag, Symposium, s. 13-72.
- Berridge, Virginia (1999). Passive smoking and its pre-history in Britain: policy speaks to science? *Social Science and Medicine*, 49, s. 1183-95.
- Beskow, Allan (1979). Nationalföreningen fyller 75 år. *Kvartalskrift Svenska nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar*, 74, 1, s. 3-20.
- Betänkande rörande omläggning av nykterhetsundervisningen samt rörande åtgärder mot missbruk av tobak och kaffe* (1918). Avgivet av för ändamålet inom kungl. Ecklesiastikdepartementet den 30 oktober 1917 tillkallade sakkunnig. Stockholm: Ivar Hægströms boktryckeri AB.
- Betænkning afgivet af Kommissionen til Drøftelse af Skolens navnlig Folkeskolens hygiejniske Forhold og Opgaver. 2. Del* (1939). Skolelæger og Skoletandlæger. København: A/S J.H. Schultz Bogtrykkeri.
- Betænkning angaaende en Skolelægeordning. Afgivet af Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité* (1942). *Ugeskrift for Læger*, 104, s. 758-66.
- Betænkning fra fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter og lungekræft* (1961). København.
- Betænkning nr. II angaaende profylaktisk Lægegerning. Afgivet af Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité* (1944). København: N. Olaf Möllers Bogtrykkeri.
- Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet af det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg* (1964). Betænkning nr. 357. København.
- Betænkning over Beskyttelsesforanstaltninger m.v. samt etablering af en almindelig Helbreds kontrol for Ungdommen* (1948). København: Statens Trykningskontor.
- Betænkning vedrørende den fremtidige skolelægeordning. Afgivet af det af Undervisningsministeriet den 6. oktober 1965 nedsatte udvalg* (1970). Betænkning 591. København.
- Bevæg dig – bevar dig* (1995). København: Sundhedsstyrelsen.
- Bispebjerg Hospital (1997). *På vej mod god klinisk praksis for forebyggelsessamtaler*. København: H:S.
- Bjarteveit, Kjell (1998). The history of the Norwegian ban on tobacco advertising. I: S. Lock, L. Reynolds & E. Tansey (eds.). *Ashes to ashes*. Amsterdam: Rodopi, s. 216-20.
- Bjerregaard, Peter & Knud Juul (1993). *Middellevedid og dødelighed*. København: DIKE.
- Björkman, Jenny (2001). *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*. Stockholm: Carlssons.
- Björkquist, Oswald (1945). Hälsovårdens huvudvägar. *Läkartidningen*, 42, s. 1256-9.
- Blom, Ida (1998). *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbetet 1900-1960*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Blom, Ida (1999). Frivillige organisasjoner i kamp mot tuberkulose 1900-1940. *Nord*, 9, s. 209-39.
- Blomquist, Helle (2000). Kampen mod tuberkulosen. Flagskib for det moderne. *Historiske Meddelelser om København*, s. 117-46.
- Boman, John (2002). *Viljans vägar och villovägar. Den politiske diskussionen om klasskillnader i hälsa under 1980- och 1990-talet*. Linköping dissertations on health and society. No 1. Linköping.
- Bonderup, Gerda (2001). *En kovending – koppevaccinationen og dens udfordring til det danske samfund omkring 1800*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Bonnevie, Poul (1951). Fremtidens sundhedsmæssige opgaver. *Samfundet og folkesundheden*, s. 7-21.
- Bonnevie, Poul (1953). Den såkaldte helbreds kontrol. *Ugeskrift for Læger*, 115, s. 57-64.
- Borberg, L. P. (1939). Sygeforsikringens Stilling til forebyggende Sundhedsforholdsregler („Profylakse“). *Sygekassetidende*, 43, 10, s. 311-17.
- Boström, Gunnel & Gudrun Petersson (2001). The development and distribution of public health. *Scandinavian Journal of Public Health. Health in Sweden – The National Public Health report 2001*, supplement 58, s. 17-36.
- Brandt, Allan M. (1998). Blow some my way. I: S. Lock, L. Reynolds & E. Tansey (eds.). *Ashes to ashes*. Amsterdam: Rodopi, s. 164-191.
- Bremberg, Sven (2002). Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Broberg, Gunnar & Mattias Tydén (1991). *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Gidlunds.
- Broman, Birger (1942). *Förebyggande mödra- och barnvård*. Stockholm.
- Bunton, Robin (1992). More than a woolly jumper; health promotion as social regulation. *Critical Public Health*, 2, 3, s. 4-11.
- Buus, Henriette (1997). *Kortfattet Vejledning om det spæde Barns Pleje og Ernæring. En genealogisk analyse (af) vejledninger fra 1921 til 1950*. Opgave i etnologi Københavns Universitet.
- Buus, Henriette (1999). *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – en interpellationsanalyse*. København: Museum Tusulanums forlag.
- Buus, Henriette (2001). *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Bättre hälsa – bättre folk* (1945). Stockholm: Tiden.
- Centerpartiet. *Partiprogram*. 1981.
- Christensen, Birgit Westphal, Krasnik, Allan, Bjørne, Jakob & Bo Eriksson (1988). *AIDS. Prævention og kontrol i Norden*. Stockholm: Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Christiansen, Ask Vest (2000). Folkesundhed og disciplinering – kulturanalyse af en opdragelsesstrategi. *Idræts historisk årbog 2000*. Odense: Odense Universitetsforlag, s. 143-166.
- Christiansen, Irene (2001). Den motiverende samtale. *Tidsskrift for jordemødre*, 4, s. 8-11.
- Christiansen, Niels Finn (2002). Velfærd og national identitet. Nogle præliminære historiske refleksioner foranlediget af aktuelle dilemmaer. *Nyhedsbrev fra Netværk for nordisk velfærdsstatshistorie nr. 18 marts*.
- Cirkulære af 26. November 1945 fra Sundhedsstyrelsen til Landets Læger og Jordemødre vedrørende Retningslinjer for Helbredsundersøgelser i Medfør af Lov Nr. 472 af 1. oktober 1945 om Svangerskabshygien* (1945). *Ugeskrift for Læger*, 107, s. 1052-53.

- Coker, Robert (2000). *From chaos to coercion. Detention and the control of tuberculosis*. New York: St. Martin's Press.
- Dalmark, Charlotte (1936). *Legemlig og aandelig Hygiejne*. Udgivet af Folkeuniversitetsudvalget. København.
- Dalum, Peter & Torsten F. Sonne (2000). *Hvordan taler man om livsstil?* København: Tobaksskaderådet.
- Danmark som foregangsland* (1997). København: Finansministeriet.
- Danske Kvinders Nationalraad. Udvalget „Vore Børns Sundhed“ (1936). *Tidsskrift for Jordemødre*, 46, s. 68-71.
- Daidsen, Mette-Marie, Sonne, Torsten F. & Peter Dalum (2000). *At tale om forandring*. København: Tobaksskaderådet.
- De voksnes røg er noget møg – fakta om børn som passive rygere*. København: Tobaksskaderådet, Sundhedsstyrelsen. Uden år.
- Dean, Mitchell (1999). *Governmentality. Power and rule in modern society*. London: Sage Publications.
- Dean, Mitchell (2002). Liberal government and authoritarianism. *Economy and society*, 31, s. 37-61.
- Den store Sundhedsudstilling* (1939). Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag.
- Deres Dreng skal i Skole (1939). Axel Larsen. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 46-47.
- Det bästa för Sverige. Handlingsprogram* (1994). Moderaterna.
- Det er bruk for alle* (1998). Styrkning af folkehelsearbejdet i kommunerne. NOU 1998:18. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, Statens Trykningstjeneste.
- Det spæde Barns Ernæring og Pleje samt Regler og Raad for Kvinders Ernæring under Svangerskab og Diegivning* (1946). Kortfattet Vejledning udgivet af Sundhedsstyrelsen. 11. Oplag. København: Johan Ullsted og Sønner.
- DIKE (1989). *Udviklingen i sundhedstilstanden i 80'erne. Nogle sundhedsmæssige udfordringer for 90'erne*. Udarbejdet som bidrag til Sundhedsministeriets publikation til Folketinget om sundhedsvæsenets udvikling i 1980'erne. København: DIKE.
- DIKE (1997). *Danskernes sundhed mod år 2000. Sundhedsadfærd. Sundhedstilstand. Sygelighed. Dødelighed. Levekår*. København: DIKE.
- Druckner, P. (1941). *Gør det saa rigtigt. I: Vor Mad*. Tolv Radio-Foredrag tilrettelagt af Lægeforeningens Hygiejnekomité, Statens Husholdningsråd, Ernæringsnævnets Oplysningsudvalg. København: Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck, s. 83-90.
- Dødsårsagerne i Kongeriget Danmark*. Diverse år.
- Elfving, Gösta (1945). *Den stora illusionen. Arbetarrörelsen och folkhälsan*. En programskrift. Andra upplagan. ABFs kulturutrednings skrifter 2. Stockholm: ABF, s. 89-94.
- Elldin, Harald (1945). *Arbetarrörelsen och folkhälsan. Arbetarrörelsen och folkhälsan. En programskrift*. Andra upplagan. ABFs kulturutrednings skrifter 2. Stockholm: ABF, s. 3-8.
- en liberal sundhedspolitik*. Uden år.
- En lille Lektion om Tobak* (1910). Udgivet af Landsforeningen „Bort med tobakken“. København: Erik Kristensen Bogtrykkeri.
- En Rundgang paa Udstillingen. *Den store Sundhedsudstilling* (1939). Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 20-26.
- En socialdemokratisk sundhedspolitik* (1979).

- Eriksen, Sidsel (1990). Drunken Danes and sober Swedes. Religious revivalism and the temperance movements as keys to Danish and Swedish folk cultures. I: Bo Stråth (ed.). *Language and the construction of class identities. The struggle for discursive power in social organisation. Scandinavia and Germany after 1800*. Göteborg.
- Eriksson, Bengt Erik (1991). Ett sundare liv. Visioner och realiteter i livsstilskampanjer. I: Sven Erik Olsson & Göran Therborn (eds.). *Vision möter verklighet. Om social styrning och faktisk samhällsutveckling*. Stockholm: Allmänna förlaget, s. 139-162.
- Et sundt liv. Konservativ sundhedspolitik*. Uden år.
- Ett friskare folk. Typföredrag till hälsokampanjen (1945)*. Utarbetade av Hälsokampanjens Medicinska Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Faber, Knud & J. Ostenfeldt (1926). *Tuberkulosen i Danmark*. København: Gyldendal.
- Farvel tobak (1980)*. Kræftens bekæmpelse.
- Fenger, V.A. (1944). Statens hygiejniske oplysningsvirksomhed. *Ugeskrift for Læger*, 106, s. 789.
- Fischer, Gunnar (1945). Hälsovårdens huvudvägar. *Läkartidningen*, 42, s. 433-8.
- Fleron, Kate (1939). Sundhed er blevet moderne. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 12-15.
- Flor, Kai (1939). Prolog til Sundhedsudstillingen i Forum. *Berlingske Tidende* 18/3.
- Folke-calmettevaccination (1949). Leder. *Ugeskrift for Læger*, 111, s. 903-4.
- Folkhälsoinstitutet: „Det hade jag inte en aning om!“. Stockholm. Uden år.
- Folkhälsoinstitutet: *Röka i fred. Information om passiv rökning*. Uden år.
- Folkhälsorapport (1987)*. Socialstyrelsen redovisar, 15.
- Folkhälsorapport (1991)*. SoS-rapport 1991:11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Folkhälsorapport (2001)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Forebyggelse og Sundhedsvæsen (1941). Danmarks sociale Lovgivning 1891-1941. *Socialt Tidsskrift*, 17, s. 189-217.
- Forebyggelsesrådet (1986). *Forebyggelse, hvorfor og hvordan*. København: Forebyggelsesrådet.
- Forebyggelsesrådet (1986). *Sundhed for dig, sundhed for alle*. København: Forebyggelsesrådet.
- Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier (1995)*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Foredragsgrundlag til Filmen Sunde Børn (1943)*. Hygiejnekomitéens Arkiv Kasse 189-210-15.
- Forordning for Danmark og Norge, angaaende Vaccinationen*, 3. April, 1810.
- Foucault, Michel (1972). Truth and power. I: Colin Gordon (ed.). *Power and knowledge*. New York: Pantheon Books, s. 109-33.
- Foucault, Michel (1979). Omnes et Singulatim: Towards a Criticism of „Political Reason“. I: *The Tanner Lectures on Human Values*. Salt Lake City: University of Utah Press, 1981.
- Foucault, Michel (1982). The subject and power. Why study power: The question of the subject. How Power is exercised. I: Hubert L. Dreyfus & Paul Rabinow (eds.). *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. With an afterword by Michel Foucault. Brighton: The Harvester Press, s. 208-26.
- Foucault, Michel (1988). Technologies of the self. I: Martin H. Luther, Huck Gutman & Patrick H. Hutton (eds). *Technologies of the self*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

- Framtidens foretag är hälsodiplomerat* (2001). Korpen, Folkhälsoinstitutet, Cancerfonden, coop komiform, Skandia.
- Frandsen, Johannes (1932). Om den offentlige Sundhedsplejes Udvikling og fremtidige Opgave med særligt Henblik paa Socialhygiejnen. *Ugeskrift for Læger*, 94, s. 387-91, 415-21.
- Frandsen, Johannes (1939). Vi skal værne om Sundheden. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 8-10.
- Frandsen (1942). Forord. I: Johansson Børre. *Samfund og Hygiejne*. København: Forlaget Fremad.
- Fremtiden kræver Deres Sundhed* (1947). København: Egmont H. Petersens Kgl. Hof-Bogtr.
- Fridericia, L. S. (1929). Hygiejnisk Oplysningsarbejde og Undervisning i Hygiejne. *Nordisk Hygienisk Tidsskrift*, 10, s. 327-46.
- Frihed i fællesskab* (1993). Det Konservatives Folkepartis principprogram.
- Frisk Luft*, årgang 1-4, 1907-1910. Udgivet af Landsforeningen „Bort med Tobakken“.
- Friskt folk* (1943), 2/2, s. 4-6.
- Fysisk aktivitet för nytta och nöje* (1999). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- FYSS: *Det nya hjälpmedlet för de som ordinerar fysisk aktivitet på recept!* Sweden Society of Sports Medicine, Folkhälsoinstitutet. Uden år.
- Fælles fremtid – fælles mål* (1996). Socialdemokratiets arbejdsprogram. 1996-2000.
- Författningar och cirkulär m.m. angående förebyggande mödra- och barnavård m.m.* (1957). Stockholm: Kungliga Medicinalstyrelsen.
- Gostin, Lawrence (1997). The legal regulation of smoking (and smokers). Public health or secular morality. I: Allan M. Barndt & Paul Rogin (eds.). *Morality and health*. New York, s. 331-57.
- Government Resolution on the Health 2015 public health programme* (2001). Publication 2001:6 Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Gravid. Den nye pjece om muligheder og rettigheder – og om en god og tryk graviditet og fødsel* (2000). København: Sundhedsstyrelsen.
- Graviditet og rygning*. Sundhedsstyrelsen. Uden år.
- Guldager, Else & Signild Vallgård (1988). Det omvandrede kvindenetværk. *Barndom*. København: Dansk Sygeplejeråd, s. 83-88.
- Gullestrup, A. (1939). *Kortfattede Betragtninger vedrørende Skolelæge-Problemet*. Hygiejnekomiteens Arkiv. Rigsarkivet, 14. august.
- Hansen, Emanuel (1939). Om de lyse Sider i idrætten – og den ene mørke: Overdrivelsen og Uforsigtigheden: Idræt, Arbejde og Glæde, Risiko. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 53-55.
- Hansen, Julius (1948). Udkast til *Fødselsdagsbrev* til Københavns mødre med påmindelse om årlig lægeundersøgelse (1948). Rigsarkivet: privatinstitutioner. Den almindelige danske Lægeforening, Hygiejnekomitéen. Ark.nr. 10.588. Pk.nr. 186. sag 210-3-b. Bilag 78.
- Health 21 – health for all in the 21th century* (1998). An introduction. European Health for all series No. 5. København: WHO.
- Hela folkets hälsa. En nationell strategi* (1991). Folkhälsogruppen Nr. 8. Stockholm.
- Henningsen, Eigil Juel (1939). De smitsomme Sygdomme. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 62-70.
- Henriksson, Benny & Hasse Ytterberg (1992). Sweden: The power of the moral(istic) left. I: David L. Kirp & Ronald Bayer (eds.). *AIDS in the industrialized democracies*. New Brunswick: Rutgers University Press, s. 317-38.

- Heywood, Andrew (1998). *Political ideologies. An introduction*. New York: Palgrave.
- Hillgren, K.E. (1942). Härdning – en väg till hälsa eller tvärtom? *Friskt folk*, 12, s. 23-7.
- Hilton, Matthew & Simon Nightingale (1998). ,A microbe of the Devil's own Make': Religion and science in the British anti-tobacco movement, 1853-1908. I: S. Lock, L. Reynolds & E. Tansey (eds.). *Ashes to ashes*. Amsterdam: Rodopi, s. 41-77.
- Hindess, Barry (2001). The liberal government of unfreedom. *Alternatives: Social transformation and human governance*, 26, 1, s. 93-111.
- Hirdmann, Yvonne (1989). *Att lägga livet till rätta*. Stockholm: Carlssons.
- Historisk Statistik för Sverige* (1960). Statistiska Centralbyrån: Stockholm.
- Hjärne, Urban (1945). Skolhälsovård. I: Arvid Wallgren (ed.). *Förebyggande hälsovård för moder och barn*. Stockholm: Hugo Gebers förlag, s. 129-140.
- Holmström, Agne (1942). En stor uppgift. *Friskt folk*, nr. 1.
- Holmström, Agne (1945). *Redogörelse för Hälsokampanjen*, s. 276-83.
- Holstein, Björn (2002). Lokalsamfund, social kapital og helbred. I: Lars Iversen, Tage S. Kristensen, Bjørn E. Holstein & Pernille Due (eds.). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, s. 64-86.
- Horder, Lord (1939). En Hilsen til den store Sundhedsudstilling. *Den store Sundhedsudstilling*. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 16-17.
- Hou-Jensen, H. (1939). *De ved, hvad Sundhed er, men ved De, hvordan De er bygget?* Den store Sundhedsudstilling. Udstillingskatalog. København: *Berlingske Tidende* og Arthur Jensens Forlag, s. 30-32.
- Hultgren, E.V. & B. R. Höglund (eds.) (1946). *Sveriges läkarförbunds årsbok 1946*.
- Hwang, Philip & Birgitta Wickberg (2001). *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Hygiejnekomitéens arkiv: Brev fra Hygiejnekomitéen til Sundhedsstyrelsen om Komitéens Virke 13. juni 1957*. J.nr. 210-4/1957 b.nr.1.
- Hälsa och friluftsliv* (1934). Utgiven av överstyrelsen för svenska röda korset till förmån för dess verksamhet för folkhälsans höjande. Stockholm: Esselte aktiebolag.
- Hälsokampanjen, preliminär sammanfattning av några resultat och siffror från Hälsokampanjen t.o.m. 14 mars (1945). *Läkartidningen*, 42, s. 787-89.
- Hälsokampanjen växer till en våg (1945). *Läkartidningen*, 42, s. 419-22.
- Hälsokampanjen 1945 under beskydd av Hans Maj:t Konungen* (1945). Stockholm: Sveriges Läkarförbunds Förlags Aktiebolag.
- Hälsokampanjens öppnande (1945). *Läkartidningen*, 42, s. 581-82.
- Hälsoregler. Utarbetade i samråd med Hälsokampanjens medicinska expertråd (1945). *Friskt folk*, 4, 3, s. 18-19.
- Hälsouppllysning. Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning* (1974). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården* (1981). Allmänna råd från socialstyrelsen, 4.
- Hälsovård före, under och efter graviditet* (1996). SoS-rapport 1996:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Höjer, J. Axel (1941). *En läkares syn på befolkningsfrågan*. Särtryck ur Svenska Läkartidningen, 43.
- Höjer, J. Axel (1942). Personlig hälsovård. *Friskt folk*, 1, 1, s. 3-11.
- Höjer, J. Axel (1943). En fanfar för ett friskt folk. Radioeko fredagen 29 jan. före startandet av hälsokampanjen vid hälsosoarén i Stockholms konserthus. *Friskt folk*, 2.
- Höjer, J. Axel (1945). Våra folksjukdomar och kampen mot dem. *Friskt folk*, 4, 2, s. 5-9.

- Höjer, J. Axel (1949). *Hälsovård och läkarvård i går – i dag – i morgon*. Stockholm: Kooperativa förbundets förlag.
- Höjer, J. Axel & Einar Sjöwall (1945). *Folkhälsan som samhällsangelägenhet*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Höjlund, Holger & Lars Thorup Larsen (2001). Det sunde fællesskab. *Distinktion. Tidskrift för samfundsteori*, 3, s. 73–90.
- Information om rygning* (1999). København: Kræftens Bekæmpelse.
- Informationsmaterial om tobak. Ett axplock av aktuellt informationsmaterial om tobak samt var man kan beställa det* (2003). Statens folkhälsoinstitut.
- Instruction for Stifts- og Land Physici* (1818).
- Instruktion för sjuksköterskorna vid Västernorrlands läns dispensärer* (1937). Sundsvall: Sahlins, boktryck.
- Isager, Karsten (1937). Hvorledes beskytter vi vore Hjem mod Tuberkulosen. *Sundhed og Sygdom*, s. 17–28.
- Iversen, Lars (2002). Forebyggelse og sundhedsfremme. I: Lars Iversen, Tage S. Kristensen, Bjørn E. Holstein & Pernille Due (eds.). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, s. 275–301.
- Jensen, Adolph (1937). *Befolkningspørgsmålet i Danmark*. København: Studentersamfundets oplysningsforening.
- Jensen, Tine Vinther (1996). *Kort og godt om amning*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Johannisson, Karin (1991). Folkhälsa – det svenske projektet från 1900 till 2:a världskriget. *Lychnos*, 1991, s. 139–95.
- Johannisson, Karin (1994). The people's health: public health policies in Sweden. Dorothy Porter (ed.). *The history of public health and the modern state*. Amsterdam: Clio Medica, s. 165–182.
- Johansen, Hans Chr. (1999). *The decline in Danish Tuberculosis Mortality before World War II*. Research Report 10, 1999. Odense: Danish Centre for Demographic Research.
- Johansson, Alf W. (2001). Vad är Sverige? Rösterna om svensk nationell identitet. Stockholm: Prisma.
- Johansson, Børre (1942). *Samfund og Hygiejne*. København: Forlaget Fremad.
- Johansson, Børre (1945). *Ugeskrift for Læger*, 107, s. 407.
- Johansson, Hilding (1980). *Folkkrøllelserna i Sverige*. Stockholm: Sober förlag AB.
- Jordansson, Birgitta & Tinne Vammen (1998). *Charitable Women – Philanthropic Welfare 1780-1930*. Odense: Odense University Press.
- Josefsson, Arnold (1945). Vart siktar den moderna läkekonsten? *Läkartidningen*, 42, s. 2579–89.
- Juel, Knud & Niels Kristian Rasmussen (2002). Danmark i internationalt perspektiv. I: Lars Iversen, Tage Søndergaard Kristensen, Bjørn Evald Holstein & Pernille Due (eds.). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, s. 45–63.
- Kalberg, S. (1994). *Max Weber's comparative-historical sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Kemp, Tage (1940). Profylaktisk Lægegerning. *Ugeskrift for Læger*, 102, s. 912–913.
- Kjøller, Mette & Niels Kr. Rasmussen (eds.) (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987*. København: DIKE.
- Kjøller, Mette, Rasmussen, Niels Kr., Keiding, Lis, Petersen, Hans Chr. & Gert Allan Nielsen (1995). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987*. København: DIKE.

- Knudsen, Lisbeth B. (1988). *Fødsler og sociale forhold*. Vitalstatistik I:22:1988. København: Sundhedsstyrelse.
- Koch, Lene (1996). *Racehygiejne i Danmark 1920-56*. København: Gyldendal.
- Koch, Lene (2000). *Tvangsterilisation i Danmark 1929-67*. København: Gyldendal.
- Kock, Wolfram (ed.) (1963). *Medicinalvæsendet i Sverige 1813-1962*. Stockholm: Impressum.
- Konferensen: Folkhälsa och Reklam. Föredrag och diskussionsinlägg (1938)*. Stockholm: Svenska Reklamförbundet.
- Kongl. Maj:ts nådiga Förordning angående hvad till förekommande och hämmende af farsoter och smittosamme sjukdomar bland Rikets invånare iakttagas bör*; Gifwen Stockholms Slott den 30 December 1857.
- Kongl. Maj:ts nådiga Förordning angående åtgärder mot införande och utbredning af smittosamma sjukdomar bland rikets invånare*; Gifwen Stockholms Slott den 19 Mars 1875.
- Kongl. Maj:ts Nådiga Förordning Om Hvad, i hændelse af yppad Koppsmitta iakttagas bör*. Gifwen Stockholms Slott den 11 December 1816.
- Kongl. Maj:ts Nådiga Kungörelse om ändringar och tillägg uti en del Medicinalförfattningar, till beredande af en förbättrad hälsowård i Landsorterne*. Gifwen Stockholms Slott den 27 Februarii 1828.
- Kongl. Maj:ts Nådiga Reglemente för Vaccinationen i Riket*. Gifwit Stockholms Slott den 6 Marts 1816.
- Kost, motion och hälsa (1986)*. Stockholm: Socialstyrelsen/Statens livsmedelsverk.
- Kost och motion inför 80-talet (1979)*. Underlag för åtgärdsprogram för bättre kost- och motionsvanor. H-rapport. Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kristensen, Tage Søndergaard. Sygdom og årsager til sygdom. I: Lars Iversen, Tage S. Kristensen, Bjørn E. Holstein & Pernille Due (eds.). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, s. 15-42.
- Lalonde, Marc (1986). *Ny syn på hälsan – ett arbetsdokument*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsen, Axel (1931). Nakskov Skolehygiejne i Købstæderne. *Købstadforeningens Tidsskrift*, 42, s. 19-22.
- Lavindkomstkommissionens betænkning (1981)*. Betænkning 946. København
- Leva med barn. En bok om småbarns hälsa och utveckling (1983)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Leva med barn. En bok om småbarns hälsa och utveckling (1993)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Leva med barn. En bok om småbarns hälsa och utveckling (2002)*. 9:e upplagan. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Levetiden i Danmark (1994)*. Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. København: Sundhedsministeriet.
- Lichtenstein, A. & A. Wallgren (1945). *Spädbarnsvård*. Svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet. Socialmedicinske delegationens ströskrifter Nr. 22. Stockholm: Oskar Eklunds tryckeri.
- Lindgren, Sven Åke (1991). Omåttligheten som samhällsfara. I: E. S. Olsson & Göran Therborn (eds.). *Vision möter verklighet. Om social styrning och faktisk samhällsutveckling*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Lindgren, Sven Åke (1993). *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970*. Stockholm: Symposion.
- Lindhart, Jan (1996). *Retorik*. København: Munksgaard.
- Ljunggren, C. Aug. (1932). Några erfarenheter beträffande skolradioföredrag i hälsölära. *Nordisk Hygienisk Tidsskrift*, 13, s. 271-81.

- Lundholm, Ian (1944). Har läkaren någon uppgift som folkuppfostrare? *Läkartidningen*, 41, s. 235-41.
- Lundqvist, Torbjörn (2001). Den nya folkhälsopolitikens framväxt: styrning från socialt och ekonomiskt perspektiv. *Historisk Tidskrift*, 121, 4, s. 751-65.
- Lynch, John, Smith, George Davey, Hillemeier, Marianne, Shaw, Mary, Raghunathan, Trivellore & George Kaplan (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *The Lancet*, 358, s. 194-200.
- Lynge, Elsebeth (1979). *Dødelighed og erhverv 1970-75*. Statistisk undersøgelse nr. 37. København: Danmarks Statistik.
- Läkarmötet dryftade medicinsk folkkupplysning. Problemetts lösning bör på alla sätt främjas (1942). *Social-medicinsk tidskrift*, 19, s. 149-66.
- Løkke, Anne (1998). *Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800-1920*. København: Gyldendal.
- Mabeck, Carl, Kallerup, Hans & Margareta Maunsbach (2001). *Den motiverende samtale*. Klaringsrapport 1. København: Dansk selskab for almen medicin, 2001.
- Matthiessen, Poul Chr. (2000). *Befolkning og samfund*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Medicinalberetning for Kongeriget Danmark*. Diverse år.
- Mellemgaard, Signe (1992): *Distriktslægen og læsøboerne. En medicinsk topografi fra 1859 og dens forudsætninger*. Odense Landbohøjskolehistorisk Selskab.
- Mellemgaard, Signe (1998). *Kroppens natur. Sundhedsoplysning og naturlighedsideal i 250 år*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Mill, John Stuart (1998). *On Liberty and other essays*. Oxford: Oxford University Press.
- Mitchell, B.R. (1981). *European historical statistics 1780-1975*. London: Macmillan.
- Motion og psyke. En vejledning for større psykisk velvære* (1998). København: Sundhedsstyrelsen.
- Motion og sundhed* (2002). København: Forum for motion.
- Motion styrker livet* (2000). Temahæfte til vandredstilling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Munck, Viggo (1936). Lægernes sundhedspropaganda. *Ugeskrift for Læger*, 98, s. 750-2.
- Munk, Hans (1804). *Love for Medicinalvæsenet*. København: Joh. Fred. Schultz.
- Myrdal, Alva & Gunnar Myrdal (1934). *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm.
- Møde om loven om svangerskabshygiejne 20/12 1945. *Foreningen for Gynækologi og Obstetrik's Forhandlinger 1943-1944 og 1944-1945*.
- Møllerhøj, Jette (igangværende ph.d.-projekt). *Dansk psykiatris historie*.
- Mønsterinstruks for Skolelæger (1948). *Ministerialtidende for Kongeriget Danmark 1947*. Afdeling A. København: Schultz, s. 120-123.
- Mønsterinstruks for Sundhedsplejersker (1938). Vejledning vedrørende Gennemførelsen af Lov Nr. 85 af 31. Marts 1937 om bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i deres første Leveaar. Sundhedsstyrelsen og Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejneudvalg. *Ugeskrift for Læger*, 100, s. 147.
- Neander, Gustaf (1928). *Folksjukdomen tuberkulos och dess bekämpande*. Stockholm: Albert Bonnier.
- Nelson, Marie Clark & John Rogers (1992). The right to die? Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm. *Social History of Medicine*, 5, s. 369-88.
- Nexo, Sniff (igangværende ph.d.-projekt). *Den styrede reproduktion. Abortlovgivningen i Danmark i 1937 og 1973*.

- Nielsen, Vagn (1994). Forord til *Levetiden i Danmark*. Middellevetidsudvalget. København: Sundhedsministeriet.
- Nikku, Nina (1993). Paternalism och prevention. *Socialmedicinsk tidskrift*, 70, s. 78–82.
- Nordberg, Karin (1998). *Folkhemmets röst. Radion som folkbildare 1925-1950*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Nordgren, Gunnar (1945). Ett sunt folk i ett sunt samhälle. *Arbetarrörelsen och folkhälsan*. En programskrift. Andra upplagan. ABFs kulturutrednings skrifter 2. Stockholm: ABF, s. 9–20.
- Nordiska rådet* (1971). A 336/j. 5/7
- Normalinstruktion för den förebyggande mödra och barnavården* (1955). Fastställd av kungl. medicinalstyrelsen den 29 oktober (MF 121).
- Normalreglemente för mödra -och barnhälsovården* (1969). Fastställt av socialstyrelsen den 13. juni. Medicinalväsendet samling av författningar och cirkulär m.m, nr. 39, paragraf 22.
- Noter til Hygiejne. I* (1949). København.
- Nr. 1. Förbättrad folkhälsa – en angelägen samhällsuppgift (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinsk Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Nr. 2. Sund föda – en av folkhälsans grundpelare (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinsk Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Nr. 3. Vardagslivets hygien (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinska Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Nr. 8. Fostran till hälsa (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinsk Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Nr. 12. Pediatrisk hälsovård (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinsk Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Nr. 19. Skolans hälsofostran genom gymnastik och idrott (1945). *Ett friskare folk*. Typföredrag till hälsokampanjen 1945 utarbetade av Hälsokampanjens Medicinska Expertråd i samarbete med särskilt sakkunniga. Samlade och utgivna av Sveriges läkarförbund.
- Okkels, Harald (1939). Sundhetspropaganda. *Berlingske Tidende* 15/3.
- Om fyra minuter är du på gång att sluta röka* (1998). Folkhälsoinstitutet.
- Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver* (2003). København: Sundhedsstyrelsen.
- Osborne, Thomas (1997). On health and statecraft. I: A. Petersen & R. Bunton (eds.). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, s. 173–88.
- Ostenfeldt, J. (1930). *Om Tuberkulose*. Udgivet af Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse. København: Egmont H. Petersens kgl. Hof-Bogtrykkeri.
- Our Healthier Nation – A Contract for Health* (1998). Green paper by Secretary of State for Health: The Stationary Office, UK.
- Palmblad, Eva (1990). *Medicinen som samhällslära*. Göteborg: Daidalos.
- Palmblad, Eva (1993). Sundhetsideal inom hälsörörelsen 1930-1950. *Socialmedicinsk tidskrift*, 70, s. 102.
- Palmblad, Eva & Bengt Erik Eriksson (1995). *Kropp och politik. Hälsouppllysning som samhällspegel*. Stockholm: Carlssons.

- Parish, Richard (1995). Health promotion. Rhetoric and reality. I: Robin Bunton, Sarah Nettleton & Roger Burrows (eds.). *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge.
- Petersen, Niels & Helle Blomquist (1996). *Sundhed. Byråkrati. Politik*. København: DJØFs forlag.
- Poulsen, Janne Gry (1985). *Sundhed og formidling – en oversigt over sundhedspædagogikkens udvikling*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Principper for radikal sundhedspolitik* (1997). Det Radikale Venstre.
- Prioriteringsudvalget (1977). *Prioritering i sundhedsvæsenet*. Betænkning fra sundheds-prioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809. København: Statens Trykningskontor.
- Proctor, Robert N. (1999). *The Nazi war on cancer*. Princeton: Princeton University Press.
- Puranen, Bi (1984) *Tuberkulos. En sjukdoms förekomst och dess orsaker 1750-1980*. Umeå: Umeå studies in economic history nr. 7.
- På menneskets vilkår. Socialdemokratiets arbejdsprogram 1992-96* (1992). Vedtaget på parti-kongressen, september.
- På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på kost* (1997). København: Sundhedsstyrelsen.
- På vej mod en sundere arbejdsplads. Fokus på motion* (1997). København: Sundhedsstyrelsen.
- På vej mod en sundere arbejdsplads – og større trivsel blandt medarbejderne* (1997). København: Sundhedsstyrelsen.
- Qvarsell, Roger (1989). Människan och hennes hälsa. Om hälsobegreppet och häl-soupplysningens idéhistoria. I: Sten Philipsson & Nils Uddenberg (eds.). *Hälsa som livsmening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Qvarsell, Roger (1991). Hälsa, hälsoupplysning och förebyggande hälsövård. I Qvarsell, Roger *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons, s. 27-44.
- Qvarsell, Roger (1994). Ett sunt folk i ett sunt samhälle. I: Gösta Carlsson & Ola Arvids-son (eds.). *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur, s. 76-108.
- Qvarsell, Roger (1995). Socialmedicinen och den sociala ingenjörskonsten. *Nordisk medi-cinhistorisk årsbok*, s. 125-48.
- Rasmussen, Niels Kr., Groth, Margit Velsing, Bredkjær, Søren Rask, Madsen, Mette & Finn Kamper-Jørgensen (1988). *Sundhed og sygelighed i Danmark 1987*. København: DIKE.
- Regeringen (1989). *Regeringens forebyggelsesprogram*. Programdel. København: Sundheds-ministeriet.
- Regeringen (1989b). *Regeringens forebyggelsesprogram*. Dokumentationsdel. København: Sundhedsministeriet.
- Regeringen (1999). *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret pro-gram for sundere rammer i hverdagen*. København: Sundhedsministeriet.
- Regeringen (1999b). *Regeringens redegørelse om Folkesundhedsprogrammet*. København: Sundhedsministeriet.
- Regeringen (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Regeringen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Retningskansliet. *Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige. Den tredje utvärderingen av „Hälsa för alla“ strategier i Europa* (1997). Ds, s. 62.
- Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp* (1976). København: Sundhedssty-relsen.
- Retningslinier for svangerskabshygiejne og fødselshjælp* (1985). København: Sundhedsstyrelsen.

- Richter, Mervin (1995). *The history of political and social concepts. A critical introduction*. New York: Oxford University Press.
- Riismøller, Peter (1971 og 1977). *Sultegrænsen*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Riktlinjer för hälsovård under graviditet (1996). Medicinsk faktabas. Nr. 3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Rimpelä, Matti (1977). Från forskning till intervention – mot en hälsoinriktad tobakspolitik. *Nordisk Medicin*, 93, s. 73–78.
- Ringbäck-Weitof, Gunilla (2001). Social differences, vulnerability and ill-health. Health in Sweden. The national public health report 2001. *Scandinavian Journal of Public Health*. Supplement 58.
- Rohleder (1936). Radioforedrag. Skolebarnets Hygiejne i Hjem og Skole. *Sund Levevis*, 3, s. 18–20.
- Roholm, Kaj (1944). *Hvad enhver bør vide i Dag om smitsomme Sygdomme*. Udgivet i Samraad med Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité. København: Nordisk Forlag for Videnskab og Teknik.
- Rose, Nikolas (1993). Government, authority and expertise in advanced liberalism. *Economy and Society*, 22, s. 283–98.
- Rose, Nikolas (1999). *Powers of freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas & Peter Miller (1992). Political power beyond the state: Problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43, s. 172–205.
- Rothstein, Bo (1994). *Vad bör staten göra? Om välfärdstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS förlag.
- Rud, Holger (1935). Aandelig Hygiejne. III. *Sund Levevis*, 1, 12, s. 9–11.
- Rüdiger, Mogens (2003). *Statens synlige hånd. Om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Runcis, Maija (1998). *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront.
- Röka i fred. *Information om passiv rökning*. (1999). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Rökfri graviditet. *Motivationshöjande samtal. En handledning för barnmorskor* (2001). Cancerfonden, Folkhälsoinstitutet, Hjärt-lungfonden.
- Rökfritt på jobbet. *Praktisk handledning i bättre arbetsmiljö* (1999). FHI och Center för tobaksprevention. Rökfri arbetsplats bättre hälsa.
- Råd för rökare. *En liten bok om tobak* (1977). Socialstyrelsen, Nämnden för hälsouppllysning.
- Raad og Vejledning for svangre Kvinder. *Kortfattet Vejledning udgivet af Sundhedsstyrelsen i henhold til Lov om Svangerskabshygiejne* (1946). København.
- Råd till blivande mödrar (1946). Utarbetade av svenska gynekologförbundet. Svenska fattigvårds- och barnvårdsförbundet. Socialmedicinska delegationens ströskrifter.
- Råd till den lungsjuke (1929). Göteborgs och Bohus läns dispensärer.
- Råd till lungsiktiga och deras omgivning (1926). Arvidsjaur's dispensär. Svenska nationalföreningen mot tuberkulos.
- Råd till lungsjuka (1936). Gefle stads Tuberkulosbyrå.
- Saving Lives: Our Healthier Nation* (1999). White paper by the Secretary of State for Health: The Stationary Office, UK.
- Schmedes, H. (1933). Hygiejnen og Skolen. Foredrag ved Danmarks Lærerforenings 10de Skolemøde. *Skolehygiejnisk Tidsskrift*, 4, s. 49–62.
- Schmedes, H. (1955). *Hygiejnen og skolen. Skolehygiejne i medicinsk og psykologisk belysning* (22 foredrag) Undervisningsministeriet september, s. 23–31.

- Schwenke, Ernst (1939). Intet er vigtigere end Sundheden. Interview med Johannes Frandsen. *Berlingske Tidende* 17/3.
- Skocpol, T & M. Somers (1980). The uses of comparative history in macrosocial inquiry. *Comparative Studies in Society and History*, 22, s. 174-97.
- Sköld, Peter (1996). *The two faces of smallpox. A disease and its prevention in eighteenth- and nineteenth-century Sweden*. Report nr 12 from the Demographic Data Base. Umeå.
- Sluta röka utan att gå upp i vikt* (1995). Folkhälsoinstitutet.
- Sode-Madsen, Hans (2003). *Farlig ungdom. Samfundet, ungdommen og ungdomskommissionen 1945-1970*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet* (2000). 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. Sundhedsministeriet. Sundhedsanalyser 2000:2. København.
- Social ulighed, sundhed og sygdom. Illustration af sammenhænge* (1996). København: DIKE.
- Socialdemokraterna. *Hälsa- och sjukvården i framtiden* (1978). Ett underlag för diskussion och debatt från landstingsförbundets socialdemokratiska grupp.
- SOU 1929: 28. *Betänkande angående moderskapskydd*. Stockholm.
- SOU 1935: 19. *Socialdepartementet. Kungl. medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnavård*. Stockholm: Ivar Hæggströms boktryckeri A.B.
- SOU 1936: 12. *Socialdepartementet. Betänkande angående förlossningsvården och barnmorskeväsendet samt förebyggande mödra- och barnavård avgivet av befolkningskommissionen*. Stockholm: Kungliga boktryckeriet. P.A. Norstedt och söner.
- SOU 1938:6. *Betänkande i näringsfrågan avgivet av befolkningskommissionen*. Socialdepartementet. Stockholm: Isaac Marcus Boktryckeri-Aktiebolag.
- SOU 1976:46. *Skolhälsovård. Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning*. Stockholm.
- SOU 1978:5. *Föräldrautbildning. 1. Kring barnets födelse. Betänkande från barnomsorgsgruppen*. Stockholm.
- SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdsplan. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredning (HSU)*. Stockholm.
- SOU 1980:27. *Barn och vuxna. Barnomsorgsgruppens slutbetänkande om föräldrautbildning*.
- SOU 1981:18. *Minskat tobaksbruk. Slutbetänkande från tobakskommittén*, Stockholm.
- SOU 1984:39. *Hälso- och sjukvård inför 90-talet. HS90. Huvudrapport*
- SOU 1984:43. *Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom ett hälsopolitiskt handlingsprogram*. Stockholm.
- SOU 1984:67 (1987). *Cancer. Orsaker, förebyggande mm. Betänkande av cancerkommittén*. Stockholm.
- SOU 1990:29. *Tobakslag. Betänkande av tobaksutredningen*. Stockholm.
- SOU 1997:119. *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet. Delbetänkande av HSU 2000. Parlamentarisk kommitté*.
- SOU 1997:161. *Stöd i föräldraskapet. Betänkande av Utredningen om föräldrautbildning*. Stockholm.
- SOU 1998:43. *Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*. Stockholm: Faktainfo.
- SOU 2000:19. *Från dubbla spår till elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av nationella folkhälsokommittén*. Stockholm: Fritzes.

- SOU 2002:5. *Slutbetänkande av Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Status 2001 för folkesundhedsarbejdet* (2002). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Ström, Justus (1940). Principerna för barnvårdscentralernas verksamhet. Sammanträde i Svenska Läkaresällskapet 8/3 1930. *Nordisk Medicin*, s. 2663–5.
- Stråth, Bo (1990). Liberalismen och moderniseringen av Sverige. I *Liberala perspektiv. Vision och verklighet i historia och politik*. Till Jörgen Weibull, s. 231–50.
- Sulkunen, Pekka, (ed.) (2000). *Broken spirits: power and ideas in Nordic alcohol control*. Helsingfors: NAD.
- Sunde Børn skaber et sundt Folk!* (1948). Udgivet af Københavns Kommune. Rigsarkivet. Privatinstitutioner. Den almindelige danske Lægeforening. Hygiejnekomiteen Ark.nr. 10.588 Pk nr 186. Sag 210-3-b. Bilag 78.
- Sunde børn. Vejledning til forældre med børn i alderen 0-3 år* (1988). København: Sundhedsstyrelsen, 1. udgave.
- Sunde børn. Vejledning til forældre med børn i alderen 0-3 år* (2000). København: Sundhedsstyrelsen, 3. udg.
- Sundhed for hele folket* (1988). Specialarbejderforbundet i Danmark. København.
- Sundhed og Sygdom* (1937). 6 Radioforedrag med Instruktioner København: Forlaget for Radioforedrag.
- Sundhedsfremme og forebyggelse herunder fødsels- og forældreforberedelse samt barselsomsorg* (1996). Rapport fra 3. undergruppe under Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende revision af retningslinierne for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedskomiteen (2000). *Lægen som individuel sundhedsformidler*. København: Den almindelige danske lægeforening.
- Sundhedsministerens redegørelse 1994. Samarbejde om sundhed 1994-97* (1994). København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsplejerskeinstitutionen* (1970). *Betænkning I afgivet af det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg vedrørende revision af sundhedsplejerske- og hjemmesygeplejerskeordningen*. Betænkning nr. 573, København.
- Sundhedspædagogik i Danmark – Beskrivelse og handlingsplan* (1981). København: Forebyggelsesrådet.
- Sundhedsstyrelsen Aarsberetning* (1935). København.
- Sundhedsstyrelsens hjemmeside* (2003). Sundhedsoplysning. Fysisk aktivitet. 15/2.
- Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer i bekæmpelsen af AIDS* (1987). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedstilstand. Sundhedsadfærd. Forebyggelsesprogram* (1991). Bilag til sundhedsministerens redegørelse til Folketinget 1991 om regeringens forebyggelsesprogram. København: DIKE.
- Sundin, Jan (1994). Vägen mot ett längre liv. I: Gösta Carlsson & Ola Arvidsson (eds.). *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur, s. 33–75.
- Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse* (1998). Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svedenius, Gunnar (1940). Principerna för barnvårdscentralernas verksamhet. Sammanträde i Svenska Läkaresällskapet 8/3 1930. *Nordisk Medicin*.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Mödrhälsovård (1991). *Hälsövervakning vid normal graviditet*. Rapport, 21.

- Svenska Nationalföreningens mot tuberkulos utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige* (1929). Avlämnad till statsrådet och chefen för Kungl. socialdepartementet den 12 april 1929. Stockholm.
- Sveriges läkarförbunds årsbok 1946*. Stockholm: Svenska läkarförbundet.
- Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-1954* (1960). København: Munksgaard.
- Sätt Sverige i rörelse 2001. En nationell kraftsamling för ökad fysisk aktivitet* (2001). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Sørensen, Th. (1984). *Social-statistiske undersøgelse*. Reprografisk genudgivet og forlagt af selskabet for udgivelse af kilder til dansk historie. København.
- Targets for health for all* (1985). København: WHO.
- The Nordic Welfare States 1900-2000 (2001). *Scandinavian Journal of History*, 26/3.
- Thylin, Henning (1944). Den svenska sjuk- och hälsovården. I: *Ett genombrott. Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål*. Stockholm: Tidens förlag, s. 311-42.
- Til forældre – om børn og passiv rygning*. Kræftens Bekæmpelse, Tobaksskaderådet, Sundhedsstyrelsen. Uden år.
- Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning* (1973). Stockholm: Publica.
- Tobaksrökning eller hälsa. Tobakens medicinska skadeverknningar* (1979). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Torell, Ulrika (2002). *Den rökande människan. Bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950- och 1990-tal*. Stockholm: Carlssons.
- Townsend, Peter & Nick Davidson (1982). *Inequalities in health. The Black report*. Hammondswoth: Penguin.
- Tre Manuskripter til Dr. Backers Udsendelser* (1950). Skoleradioen 1950 Hygiejnekomitéens Arkiv Kasse 210-1-190.
- Trägårdh, Lars (1997). Statist individualism: On the culturality of the nordic welfare state. I: Øystein Sørensen & Bo Stråth (eds.). *The cultural construction of Norden*. Oslo: Scandinavian University press, s. 253-85.
- Tuberkulosförfattningar utgivna av svenska nationalföreningen mot tuberkulos* (1945).
- Tørning, Kjeld (1945). *Tuberkulosen og Samfundet*. København: Store Nordiske Videnskabsboghandel.
- Uhl, Erik (1947). Om den danske Skolelægelov. *Nordisk Medicin*, 27, s. 1459-61.
- Uhl, Erik (1947). Om den danske Skolelægelov. *Skolehygiejnisk Tidsskrift*, 35, s. 1-5.
- Uldall, F.U. (1863). *Den civile Medicinallovgivning i kongeriget Danmark med nordlige Bilande og Colonier*. København: F.H. Eibes Forlag.
- Ulighed i sundhed og forebyggelse* (1998). Forebyggelsespolitisk råds beretning 1996-1998. København.
- Underrättelse om Hwad iakttagas bör till förekommande af smittosamma Sjukdomars och Farsoters utbredande Uppsatta på Kongl. Maj:ts Nådiga befallning i enlighet med Kongl. Sundhets-Collegii underdåniga Betänkande*. (1813) Stockholm: Kongl. Tryckeriet.
- Vallgård, Signild (1985). *Sjukhus och fattigpolitik. Ett bidrag till de danska sjukhusens historia 1750-1880*. København: FADLs forlag.
- Vallgård, Signild (1989). The increased obstetric activity: a new meaning to induced labour? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, s. 48-52.
- Vallgård, Signild (1992). *Sygehus og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*. København: DJØFs forlag.
- Vallgård, Signild (1995a). Trends in perinatal death rates in Denmark and Sweden 1915-1990. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 9, s. 201-218.

- Vallgård, Signild (1995b). Træk af de medicinske ideers historie. *Bibliotek for læger*, 187, s. 47-57.
- Vallgård, Signild (1996). Hospitalisation of deliveries. The change of place of birth in Denmark and Sweden from the late 19th century to 1970. *Medical History*, 40, s. 173-96.
- Vallgård, Signild (1999). Forbudsdanmark? *Ugeskrift for læger*, 161, s. 4221.
- Vallgård, Signild (2000). Om at styre menneskers liv. Danske myndigheders tiltag for at reducere sygelighed og dødelighed 1750-2000. *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, 16, 2, s. 9-27.
- Vallgård, Signild (2001a). Fortiden som idealtipe. *Dansk sociologi*, 12, 2, s. 85-88.
- Vallgård, Signild (2001b). Det goda livet och det goda samhället. Styrning i folkhälsopolitiken eller hur välfärdsstaten söker forma sina människor. I: H. R. Christensen, U. Lundberg & K. Petersen (eds.). *Frihed, lighed og tryghed. Velfærdspolitik i Norden*. Rapporter til Det 24. Nordiske Historikermøde 2. Århus: Jysk Selskab for Historie, s. 90-107.
- Vallgård, Signild (2001c). Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health*, 11, 4, s. 386-92.
- Vallgård, Signild (2002a). Styrning gennem frihed. Magtudøvelse i folkesundhedens navn. I: E. Albæk, P.M. Christiansen & B. Møller (eds.). *Demokratisk set. Festskrift til Lise Tøgeby*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, s. 115-131.
- Vallgård, Signild (2002b). Social ulighed i sundhed som politisk problem. I: U.U. Jensen, H. Fink & C. T. Lystbæk (eds.). *Humaniora og sundhedsvidenskab*. Århus: Philosophia, s. 77-88.
- Vallgård, Signild (2003a). Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb *governmentality*. I: Peter Munk Christiansen & Lise Tøgeby (eds.). *På sporet af magten*. Århus: Århus Universitetsforlag, s. 117-31.
- Vallgård, Signild (2003b). Sammenlignende undersøgelser. I: Koch, Lene & Signild Vallgård (eds.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 2. rev. Udgave. København: Munksgaard, s. 111-123.
- Valverde, Mariana (1996). 'Despotism' and ethical liberal governance. *Economy and society*, 25, s. 357-72.
- Vammen, Tinne (1998). Ambiguous Performances: Women in Copenhagen Philanthropy, c. 1849-1915. Birgitta Jordansson & Tinne Vammen. *Charitable Women – Philanthropic Welfare 1780-1930*. Odense: Odense University press, 1998, s. 91-133.
- Vejledende retningslinier vedrørende tilrettelæggelse af skolelægeordning, 2. august 1972. København: Sundhedsstyrelsen.
- Vejledning i profylaktiske Undersøgelser af Børn fra 0 til 7 Aar (1946). Meddelelse til Landets Læger fra Sundhedsstyrelsen og Den almindelige danske Lægeforenings Hygiejnekomité.
- Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte (1992). København: Sundhedsstyrelsen.
- Vejledning vedrørende Gennemførelse af Lov Nr. 236 af 30. April 1946 om Lægeundersøgelse af Børn.
- Vor Mad (1941). Tolv Radio-Foredrag tilrettelagt af Lægeforeningens Hygiejnekomité, Statens Husholdningsråd, Ernæringsnævnets Oplysningsudvalg. København: Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck.
- Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap från socialstyrelsen (1980). Stockholm: Socialstyrelsen.

- Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldrarskap från socialstyrelsen* (1991). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldrarskap från Folkhälsoinstitutet* (2002). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Vågerø, Denny (1991). Klass och dödlighet. I: Finn Diderichsen, Piroska Östlin, Göran Dahlgren & Christer Hogstedt (eds.). *Klass och ohälsa – en antologi om orsaker till ojämlika ohälsan*. Stockholm: Tiden/Folksam.
- Wallgren, Arvid (1945). *Förebyggande hälsovård för mödrar och barn*. Stockholm: Hugo Gebers förlag, s. 88–116.
- Wallgren, Arvid (1945). *Späda barns vård*. Stockholm: Svenska Socialvårdsförbundet.
- Werkö, Lars (1962). Medicinsk undersökningar i förebyggande syfte – organisatoriska och medicinska aspekter. *Läkartidningen*, 59, s. 2268–79.
- Wintzell, Johan Fil (1942). Bättre hygienisk folkupplysning både inom och utom skolan. *Friskt folk*, 5.
- Ågren, Gunnar (2002). *Mot en ny folkhälsopolitik*. Dokument om folkhälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Åmark, Klas (2001). Trygghet och tvång. Makt, normer och aktörer i nordisk välfärdsstatshistoria. *Nyhedsbrev för nätverk för nordisk välfärdsstatshistorie*, 16, september, s. 3–11.
- Åtgärder mot fetma. Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma* (2002). Statens folkhälsoinstitut.
- 1945 – ett folkhälsans år (1945). *Friskt folk*, 4, 1.

STIKORDSREGISTER

- advarselstekster mod rygning 199
AIDS 246 ff
alkohol 47, 196
anonymitet 250, 252, 256
ansvar for andre 35, 151, 152
ansvarliggørelsesteknologier 15
ansvarlighed 36, 48, 65, 73, 77, 79, 89, 98, 105,
148 f, 204, 225, 253, 257
arbejdspladser 209
autonomi 229
autoritet 267
autoritetstro 38, 43, 74, 160, 205, 227, 232
- barnavårscentraler* 69
bastklubbar 250
Bättre hälsa – bättre folk 29 ff
befolkningsspørgsmålet 34, 58 ff
begrundelser 17, 58, 126 ff, 170, 269,
behovsbestemte tilbud 219, 220, 234, 235
Bonnievie, Poul 31, 76
børn 65, 99, 106, 204, 217 ff
børnedødelighed 61, 63, 169
børneplejestationer 68
børneundersøgelser 69, 72, 224
- ,conduct of conduct'* 13
- DALYs 135
danskhed 37, 62, 110, 158, 166, 266
demokrati 127, 129
Den store Sundhedsudstilling 28
det gode liv 127, 128, 195, 200, 202
diagnosestationer 108
dikotomi 174, 175
dispensärer 102, 103, 108
dødelighed 120 f, 131
dødsårsager 122
- egen nytte 210
empowerment 15, 159, 195
erhvervsforbud 101, 103, 107
EU-direktiv 191, 199
- familiens trivsel 224
følelser 232, 233
folkelige bevægelser 30
folkesundhedsvidenskab 125
folkhälsa 133
- Folkhälsogruppen* 123
Folkhälsainstitutet 125
Folkhälsokommittén 123 ff
forebyggelse 194 ff
Forebyggelsespolitisk råd 124
Forebyggelsesrådet 124
forebyggende hjemmebesøg 158
forfængelighed 40, 202
formynderi 157
fornuft 38, 154
forældre 63, 74, 97, 99, 204, 217 ff
forældreuddannelse 222, 227
Foucault, Michel 13 ff
Frandsen, Johannes 81, 86
frihed 18, 89, 95, 110, 129, 141, 182, 184, 267
frivillighed 253, 256, 257
fysisk aktivitet 192
- governmentality* 13, 89
gradient 171, 179
- handlekompetence 15, 159, 227
helbredsundersøgelser 56 ff, 219 ff
historisk forskning 12
h-nämnden 125
homoseksuelle 247
husmødre 31, 32
hærdning 45
Hälsokampanjen 29 ff, 35
Hälsovårdsupplysningsdelegationen 125
Höjer, J. Axel 35, 44, 63
- indblanding 157, 235, 236
- kaffe 46, 196
karantæne 90
kategorisering 237
Kierkegaard, Søren 207
kildemateriale 23
kildesøgning 24
kliniske retningslinjer 208
koppevaccination 92, 220
koppevaccination, Danmark 93
koppevaccination, modstand mod 93, 94, 96
koppevaccination, Sverige 96
kultur 140
konsroller 233
konssygdomme 248

- levekår 137, 138, 141, 149, 150, 161, 180, 184
 livskvalitet 203
 livsstil 37, 136 ff, 141, 177, 180, 181, 209
 lydighed 39, 69, 77, 79, 160, 205, 232,
- magtudøvelse 11 ff
 magtudøvelsens paradoks 266
 meldepligt (se registrering)
 middellevetid 120, 127, 131, 133
 Middellevetidsudvalget 123, 131
mjølkdropper 70
 moderne 41, 202
 motion på recept 208
 motivation 31, 76, 156 f, 193, 226
 motiverende samtale 206
mødravårdscentraler 70
 Möller, Gustav 63, 106
 målgrupper 31
- narkomaner 247, 254, 255
 Nationalforening mod tuberkulose 107 f
 Nationalt råd for folkesundhed 124
 naturen 45, 46, 140
 normalitet 56
- omsorg 16, 56, 82
 opdragelse 31, 36, 39, 42, 107, 154, 156
 oplysning 28, 107, 154
 oplysningsmateriale 29, 190, 191, 221
 opsøgende virksomhed 158, 182, 235
 overvågning 16, 56, 71, 75, 82, 103, 231
 overvågningsmedicin 67, 231
- passiv rygning 192, 204
 pastoral magtudøvelse 16
 paternalisme 230, 239
 pligt 33, 35, 79
 Prioriteringsudvalget 123, 127, 131
 problemdefinition 12
 psykiske og sociale forhold 222
 påbud 205, 230, 232
- regelmæssighed 45, 72
 registrering 91, 101, 103, 104, 250, 252, 254, 256
 reklameforbud 198
 ressourcer, egne 226, 228
 risikogrupper 223, 250, 254
 rygning 192, 196 ff
 røgfri miljøer 199
- samfundsansvar 162, 238
 samfundssind 210
 samlet fertilitet 218
 sammenligninger 19, 61
- sanatorier 108
 sanktioner 89, 94, 96
 seksualliv 233
 selektion 188
 selvbeherskelse 42, 43
 selvteknologier 14, 16, 43
 selvtilid 202, 227
 skam 40, 82, 89
 skolelæger 65, 66, 70, 73, 80, 220
 skolesundhedsplejersker 75
 skønhed 40, 202
 slægten 33, 34, 59
 smitsomme sygdomme 89, 91, 246, 248
 smittekilder 108, 249
 social kapital 139, 173
 social position 138, 173
 social ulighed i sundhed 169 ff
 sociale netværk 229
 sociale relationer 141
 sol 46
 spædbarnsdødelighed 61, 68, 74
Statens folkehøjskoleinstitutt 125
 Stauning, Th. 34
 stigmatisering 105, 109
 styringsambitioner 239
 sundhedsfremme 190, 201, 217 ff, 267
 sundhedsoplysning 28, 190, 208
 sundhedspædagogik 154
 sundhedsplejersker 65, 68, 72, 78, 208, 219, 221
 sundhedsvæsenet 208
 svangerundersøgelser 69, 71, 85, 219, 223
 sygdomsbyrde 134 f
 søvn 46
- tale åbent 233
 tobak 47
 tuberkulose 92, 99 ff, 246
 tvang 80, 89, 95, 99, 101
 tvangsbehandling 91, 101, 106, 248, 249
 tvangsisolation 249, 256
 tvangsundersøgelse 102, 104, 248, 249
- uansvarlighed 65, 105, 225
 udsatte grupper 170, 174, 175, 176, 178, 180, 235
 uvidenhed 65, 74, 80, 154
- valg 226 f
 vejledning 74, 109
 velfærdspolitik 140, 172
 velfærdsstaten 35, 129, 139
 velfærdssygdomme 180
 videnskabelig dokumentation 38, 125, 136, 205, 225
 vilje til sundhed 31, 109, 149, 156 f, 194

UDGIVELSER FRA MAGTUDREDNINGEN

PR. 30. OKTOBER 2003

BØGER

Jørgen Goul Andersen, Peter Munk Christiansen, Torben Beck Jørgensen, Lise Tøgeby & Signild Vallgård (red.) (1999). *Den demokratiske udfordring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Peter Munk Christiansen, Birgit Møller & Lise Tøgeby (2001). *Den danske elite*. København: Hans Reitzels Forlag.

Anette Borchorst (red.) (2002). *Kønsmagt under forandring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Martin Marcussen (2002). *OECD og idespillet – Game Over?* København: Hans Reitzels Forlag.

Lise Tøgeby (2002). *Grønlandere i Danmark. En overset minoritet*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Torben Beck Jørgensen & Kurt Klaudi Klausen (red.) (2002). *Territorial dynamik – streger på landkort, billeder i vore hoveder*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Flemming Mikkelsen (red.) (2002). *Bevægelser i demokrati. Foreninger og kollektive aktioner i Danmark*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Jens Blom-Hansen (2002). *Den fjerde statsmagt? Kommunernes Landsforening i dansk politik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Margaretha Järvinen, Jørgen Elm Larsen & Nils Mortensen (red.) (2002). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Anker Brink Lund (2002). *Den redigerende magt – nyhedsinstitutionens politiske indflydelse*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Finn Sivert Nielsen & Inger Sjørslev (red.) (2002). *Folkets repræsentanter. Et antropologisk blik på Folketinget*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Thomas Pedersen (red.) (2002). *Europa for folket? EU og det danske demokrati*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Peter Munk Christiansen & Asbjørn Sonne Nørgaard (2003). *Faste forhold – flygtige forbindelser. Stat og interesseorganisationer i Danmark i det 20. århundrede*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Martin Marcussen & Karsten Ronit (red.) (2003). *Internationaliseringen af den offentlige forvaltning i Danmark – forandring og kontinuitet*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Gorm Winther (red.) (2003). *Demokrati og magt i Grønland*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Lise Tøgeby (2003). *Fra fremmedarbejdere til etniske minoriteter*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Torben Beck Jørgensen (red.) (2003). *På sporet af en offentlig identitet – værdier i stat, amter og kommuner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

- Erik Damgaard (2003). *Folkets styre. Magt og ansvar i dansk politik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Hans Mouritzen (red.) (2003). *Er vi så forbeholdne? Danmark over for globaliseringen, EU og det nære*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Hans Sode-Madsen (2003). *Farlig ungdom. Samfundet, ungdommen og ungdomskommissionen 1945-1970*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Lars Bille & Jørgen Elklit (red.) (2003). *Partiernes medlemmer*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Peter Munk Christiansen & Lise Togeby (red.) (2003). *På sporet af magten*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Tim Knudsen (2003). *Offentlighed i det offentlige – om historiens magt*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Niels Nørgaard Kristensen (2003). *Billeder af magten – Portrætter til forståelse af magt og demokrati*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Jørgen Grønnegård Christensen (2003). *Velfærdsstatens institutioner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Mogens Rüdiger (2003). *Statens synlige hånd. Om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Thomas Pallesen (2003). *Den vellykkede kommunalreform og decentraliseringen af den politiske magt i Danmark*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Palle Svensson (2003). *Folkets røst. Demokrati og folkeafstemninger i Danmark og andre europæiske lande*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Jørgen Goul Andersen (2003). *Over-Danmark og under-Danmark? Ulighed, velfærdsstat og politisk medborgerskab*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Sigmild Vallgård (2003). *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

S K R I F T E R

- Erik Oddvar Eriksen (1999). *Is Democracy Possible Today?* Århus: Magtudredningen.
- Ole Hammer & Inger Bruun (2000). *Etniske minoriteters indflydelseskanaler*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Peter Frølund Thomsen (2000). *Magt og indflydelse*. Århus: Magtudredningen.
- Jørgen Elklit, Birgit Møller, Palle Svensson & Lise Togeby (2000). *Hvem stemmer – og hvem stemmer ikke?* Århus: Magtudredningen.
- Jacob Gaarde Madsen (2000). *Mediernes konstruktion af flygtninge- og indvandrerspørgsmålet*. Århus: Magtudredningen.
- Karsten Vrangbæk (2001). *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*. Århus: Magtudredningen.
- Søren Laursen (2001). *Vold på dagsordenen. Medierne og den politiske proces*. Århus: Magtudredningen.

- Jørgen Goul Andersen & Mette Tobiasen (2001). *Politisk forbrug og politiske forbrugere. Globalisering og politik i hverdagslivet*. Århus: Magtudredningen.
- Erik Albæk, Peter Munk Christiansen & Lise Togeby (2002). *Ekspertes i medierne. Dagspressens brug af forskere 1961-2001*. Århus: Magtudredningen.
- Helle Porsdam (2002). *Fra pax americana til lex americana? En diskussion af dansk retliggørelse som en påvirkning fra USA*. Århus: Magtudredningen.
- Eva Østergaard-Nielsen (2002). *Politik over grænser: Tyrkeres og kurderes engagement i det politiske liv i hjemlandet*. Århus: Magtudredningen.
- Jonathan Schwartz (red.) (2002). *Medborgerskabets mange stemmer*. Århus: Magtudredningen.
- Walter Korpi (2002). *Velfærdsstat og socialt medborgerskab. Danmark i et komparativt perspektiv, 1930-1995*. Århus: Magtudredningen.
- Steen Thomsen, Torben Pedersen & Jesper Strandskov (2002). *Ejerskab og indflydelse i dansk erhvervsliv*. Århus: Magtudredningen.
- Frank Rasmussen & Peder Andersen (2002). *Globaliseringens økonomiske konsekvenser for Danmark*. Århus: Magtudredningen.
- Carsten Greve (2002). *Privatisering, regulering og demokrati. Telestyrelsens funktion som uafhængig reguleringsmyndighed*. Århus: Magtudredningen.
- Ann-Dorte Christensen (2003). *Fortællinger om identitet og magt. Unge kvinder i senmoderiteten*. Århus: Magtudredningen.
- Thomas Schøtt (2003). *Den økonomiske elites netværk*. Århus: Magtudredningen.
- Peter Dahler-Larsen & Niels Ejersbo (2003). *Djæficering – myte eller realitet?* Århus: Magtudredningen.
- Jan H. Hermansen, Lars Bille, Roger Buch, Jørgen Elklit, Bernhard Hansen, Hans Jørgen Nielsen & Karina Pedersen (2003). *Undersøgelsen af medlemmerne af de danske partiorganisationer. Dokumentation*. Århus: Magtudredningen.
- Lars Torpe & Torben K. Kjeldgaard (2003). *Foreningssamfundets sociale kapital. Danske foreninger i et europæisk perspektiv*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Blom-Hansen (2003). *Subsidiaritetsprincippet vendt på hovedet? EU's strukturpolitik og Danmark*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Peter Christensen (2003). *Domstolene – den tredje statsmagt*. Århus: Magtudredningen.
- Camilla Palmhøj Nielsen (2003). *Til glæde for hvem? – om intern regulering i staten*. Århus: Magtudredningen.
- Peter Munk Christiansen & Asbjørn Sonne Nørgaard (2003). *De som meget har ... Store danske virksomheder som politiske aktører*. Århus: Magtudredningen.
- Birte Siim (2003). *Medborgerskabets udfordringer – belyst ved etniske minoritetskvinders politiske myndiggørelse*. Århus: Magtudredningen.