

Magt over tingene

Signild Vallgård om politik, sundhed og sygdomsforebyggelse i historien

Interview ved Peter Henningsen

Fortid og Nutid december 2001, s. 306-312

I 1997 oprettedes Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, som en del af det nyetablerede Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitets sundhedsvidenskabelige fakultet. Afdelingen beskæftiger en række forskere med vidt forskellig baggrund og interesser, men med en fælles interesse for forskning i sygdom, sundhed, sundhedsvæsen og sygdomsforebyggelse: sociologer, antropologer, økonomer, læger, historikere m.m. Fortid og Nutid har sat den tidligere leder for afdelingen, historikeren Signild Vallgård, stævne til en samtale om hendes forskning, afdelingens arbejde og dens forskningsprofil.

Signild Vallgård, f. 1952, cand.mag. i historie og litteraturhistorie, dr.med. 1992 på afhandlingen *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*. Medlem af forskningsledelsen på projektet *Magt og demokrati i Danmark*. Har bl.a. udgivet *Trends in perinatal Death Rates in Denmark and Sweden 1915-1990*, *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1995:9; *Hospitalisation of Deliveries. The Change of Birth in Denmark and Sweden from the Late 19th Century to 1970*, *Medical History* 1996:40 og *Om at styre menneskers liv. Danske myndigheders tiltag for at reducere sygelighed og dødelighed 1750-2000*, *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2000, 16/2.

Afdeling for sundhedstjenesteforskning. Hvad er det, og hvad laver I?

Afdeling for Sundhedstjenesteforskning er en del af Institut for Folkesundhedsvidenskab, som blev oprettet for fem år siden som en sammenlægning af Socialmedicin, Almen medicin, Biostatistik og Videnskabsteori. Siden er det vokset og har udvidet sig således, at der nu er 11 forskellige afdelinger. Vi har ansvar for en række uddannelser og bidrager bl.a. til lægeuddannelsen. Vi har en særlig uddannelse i folkesundhedsvidenskab, som er en almindelig bachelor-kandidatuddannelse, en »master of public health« og »master of international health«. Hertil kommer, at vi uddanner ph.d.'ere. Det er hele instituttets opgave. I Afdeling for sundhedstjenesteforskning er

forskningen koncentreret om sundhedsvæsenet. Og det er ikke kun humanistisk forskning. Det er meget flerfagligt. I afdelingen er der både læger, økonomer, sociologer og antropologer, kommunikations- og forvaltningsforskere og historikere, og vi forsker i vidt forskellige ting.

Instituttet blev oprettet fordi det var universitetets politik, at reducere antallet af institutter for at fremme decentraliseringen. Det har man set ske både på humaniora og andre steder. Vi var f.eks. tidligere fire institutter, som nu er sammenlagt. Grunden til at vi med tiden er vokset så meget er, at der er kommet meget fokus på spørgsmålet om forebyggelse og sundhed, bl.a. som en følge af den store opmærksomhed på den danske middellevetid i de

senere år. Det er i øvrigt en tendens, der også findes i det øvrige Europa: At man altså fokuserer mere på forebyggelse, og derfor også ønsker at fremme forskning på forebyggelsesområdet.

Nu er du uddannet historiker. Det giver mig anledning til at spørge, om man direkte har efterspurgt medicinsk forskning i et historisk perspektiv?

Nu er forskningen jo ikke styret på den måde. Baggrunden for at jeg sidder her er, at jeg i 1984 fik et kandidatstipendium på det, der dengang hed Institut for Samtidshistorie og efterfølgende henvendte jeg mig til det daværende Institut for Socialmedicin for at spørge, om jeg måtte sidde der og forske. Jeg ville gerne prøve noget nyt. Det måtte jeg gerne og så kom jeg! Det var ikke fordi, at de havde efterspurgt mig, det var tværtimod mig, der var kommet til dem. Det var helt nyt dengang og jeg er vist stadig den eneste historiker, der er dr. med. Tidligere har der dog været ansat historikere her, f.eks. på Medicinsk historisk museum, som nu er en del af Institut for Folkesundhedsvidenskab. Så det er ikke fremmed for fakultetet at beskæftige historikere, selvom det var fremmed for instituttet, dengang jeg kom.

Har det at være ene humanist blandt fortrinsvis medicinere afstedkommet nogen konflikter omkring faglighed?

Nej, egentlig ikke. Det, at der i forvejen var så mange faggrupper repræsenteret på Socialmedicin har betydet, at fagchauvinismen er mindre og »de spidse albuer« færre, end så mange andre steder. Vi konkurrerer jo ikke om det samme. Der eksisterer faktisk en grundlæggende åbenhed her og jeg er virkelig imponeret over, hvor åbne man fra lægeside har været for, at der kom folk med en anden baggrund og studerede »deres« område. Det har faktisk været meget lidt konfliktfyldt.

Smitter jeres forskning direkte af på undervisningen af de medicinstuderende?

Nej. Selvom man jo siger, at man har forskningsbaseret undervisning er det ikke altid tilfældet. Det er f.eks. ikke tilfældet for os, der er historikere. Vi kan kun delvis bruge vores egen forskning i undervisningen. Lægeuddannelsen er jo en professionsuddannelse. De har nogen bestemte ting, de skal lære og de kan ikke vælge – ligesom de historiestuderende kan – om de vil tage et område i oldtiden eller i middelalderen. De skal lære hvordan kroppen er opbygget. Det kan de ikke vælge fra. Så de har en lang række obligatoriske fag med meget få valgmuligheder.

På afdelingen underviser vi i, hvordan sundhedsvæsenet fungerer, og når jeg holder forelæsninger anlægger jeg et historisk perspektiv på problemerne. Men havde jeg ikke undervist i det pågældende fag, ja så havde de studerende ikke fået det historiske perspektiv med.

Vil det sige, at en antropolog underviser med et antropologisk perspektiv, en historiker med et historisk osv.?

Nej, ikke nødvendigvis. Men det er klart at det farves af, hvem der underviser. På afdelingen fastlægger vi i fællesskab, hvad undervisningen skal handle om. Det har mere karakter af kollektivt arbejde at tilrettelægge undervisning her, end det f.eks. har på Humaniora. Det skyldes, at vi er mange, der underviser i det samme fag.

Hvordan tager de medicinstuderende imod den undervisning, som f.eks. historikere leverer. Betragter de det som pligt fag eller er de interesserede i det historiske perspektiv?

Det er meget forskelligt. Vi underviser faktisk ikke i medicinhistorie som obligatorisk fag. Det er valgfrie kurser, så det er kun de interesserede, der kom-

mer. I den obligatoriske undervisning undervises de f.eks. i sundhedsvæsenet. Jeg holder selv to forelæsninger i emnet og der får de selvfølgelig et historisk perspektiv på sagen og jeg tror da, at det er interessant for dem, men det er ikke sådan, at det virkeligt »fylder« noget i deres uddannelse.

Du er medlem af forskningsledelsen på et projekt, der hedder »Magt og demokrati i Danmark«. Hvad går det ud på? Efter mange års diskussioner besluttede Folketinget i 1997, at bevillige 50 millioner kr. til at undersøge magt og demokrati i Danmark, og det var meningen, at der skulle være tale om selvstændig, altså ikke bestilt, forskning. Der skulle udpeges en forskningsledelse, som dels skulle forske selv og dels sørge for, at der blev sat nye initiativer og projekter i gang. Ledelsen kom til at bestå af fire folk fra samfundsvidenskaberne og så mig fra humaniora. Det overordnede mål i projektet er at finde ud af, hvordan magten og demokratiet fungerer i Danmark i sammenligning med, hvordan det har været tidligere og hvordan det er i andre lande. Og vi har valgt, at der skal være et samfundsmæssigt perspektiv i det, vi laver. Dvs., at vi f.eks. ikke ser på sådan noget som ændrede magtforhold i familien og andet af mere privat karakter. Det skal handle om magten i det offentlige rum, f.eks. om magtforholdet mellem behandlere og klienter i det sociale system.

Indtil nu har vi sat omkring 70 projekter i gang, hvoraf de fleste er monofaglige, altså ikke tværfaglige og der er mange faggrupper repræsenteret, både fra humaniora og fra samfundsvidenskaberne, men der er ikke så mange projekter, hvor de forskellige faggrupper arbejder sammen. Det skyldes sandsynligvis, at det i praksis er svært at arbejde tværfagligt. Folk fra forskellige fagområder

tænker meget forskelligt. En samfundsforskers måde at gå til et emne på er ikke den samme som en historikers. Vi humanister har desuden en tradition for at arbejde selvstændigt, og det kan jo ikke undgå at smitte af.

Giver det problemer, når man så endelig arbejder på tværs af fagene – og hvilke faglige diskussioner giver det anledning til?

Jeg synes egentlig ikke, at det giver nogen problemer. Snarere er det utroligt frugtbart, hvis vi ser på erfaringerne på instituttet. Der, hvor vanskelighederne er størst, er mellem de forskere, som arbejder kvalitativt med tekster og de epidemiologiske forskere, som arbejder med kvantitative metoder. Der kan der ofte være en mangel på forståelse og nogen gange også en mangel på gensidig respekt – men især en mangel på forståelse, fordi vi tænker så forskelligt. Det er f.eks. svært, at diskutere et socialkonstruktivistisk projekt med en epidemiologisk forsker, der er mere interesseret i at afdække forhold »ude i virkeligheden«. Så kan man let komme til, at tale forbi hinanden.

Har afdelingens forskning også til formål at vise, hvordan man kan få folk til at leve mere sundt? F.eks. at få dem til at spise mindre fedt, holde op med at ryge etc.?

Nej, i min egen forskning ser jeg ikke på om de forskellige perioders sundhedsforanstaltninger virker i praksis, men kun på, hvad man har ønsket at gøre, og hvad man rent faktisk har gjort. Det projekt, jeg arbejder med nu, handler f.eks. om forebyggelsespolitik i Danmark og Sverige fra 1930'erne til i dag. Jeg undersøger, hvordan politikerne motiverer deres magtudøvelse. Hvordan begrunder de, at de skal blande sig i, hvordan folk lever. Det er jo tit meget private ting – spisevaner, sexuel adfærd osv. – man blander sig i.



Fig. 1. Signild Vallgård har siden midten af 1980'erne arbejdet indenfor det medicinsk-historiske område og blev i 1992, som den første og hidtil eneste danske historiker, dr. med. For tiden forsker hun i spørgsmålet om forholdet mellem magt og sundhed: Hvem definerer, hvad sundhed er og hvordan der skal forebygges? Og hvordan kan det være, at der på forebyggelsesområdet er så store forskelle mellem de skandinaviske lande Danmark, Norge og Sverige (foto: Stig Stasig).

Jeg kigger altså på de officielle begrundelser og på de tiltag man satte i værk, men ikke på om de »virkede«.

Det lyder som en slags diskursanalyse?

Ja, men det er det nu nok ikke i strikt forstand. Jeg ser jo også på, hvad man gør og ikke kun på, hvad man siger. Hvis man f.eks. laver oplysningskampagner, hvad er det så man spiller på? Spiller man på folks pligtfølelse, deres æstetiske sans eller dødsangst? Hvilke midler bruger man til at få folk til at ændre adfærd? Omvendt ser jeg ikke på om folk så også ændrer adfærd – det er i øvrigt et ret umuligt foretagende – så min forskning er slet ikke anvendelsesorienteret på den måde, at man på baggrund af den kan sige noget om, hvorvidt en strategi er effektiv eller ej. Det er heller ikke en »ren« diskursanalyse. I diskursanalysen ser man oftest udelukkende på, hvordan der tales om ting, hvem der taler til hvem osv., men ikke på, hvad man gør i praksis. Jeg analyserer ganske vist tekster, men forsøger ikke at finde frem til bestemte diskursive formationer og regimer.

Dit projekt handler om forebyggelsespolitik. På hvilken måde?

Jeg har valgt at sammenligne sygdomsforebyggelsespolitik i Danmark og Sverige og jeg er interesseret i at forstå, hvorfor man tager initiativer til sygdomsforebyggelse og hvordan man vil udføre dem i praksis. Jeg ser på de forskellige begrundelser, politikerne benytter og på de metoder, man vælger at bruge, og jeg bruger materiale, hvoraf det klart fremgår at der er tale om en politisk sanktioneret aktivitet, selvom aktiviteten måske foregår i mere eller mindre privat regi. F.eks. var der en stor sundhedsudstilling i København i 1939, som var arrangeret af en avis og et forlag, og hvor Stauning var protektor. Den ligger også inden for mit område, fordi der ligger en myndighedsaccept i foretagendet, i og

med at Stauning var protektor. Og lige sådan, når de svenske myndigheder samarbejder med Røde Kors og Lægeforeningen om at lave kampagner, Det ligger også inden for mit område. Hvilke begrundelser benytter politikerne sig af for at gå med i disse kampagner? Er det for at give folk et bedre liv, for at sikre samfundsøkonomien, eller for at sikre slægten, som det jo hed dengang? Derudover ser jeg på, hvilke metoder de brugte?

I 1930'erne talte man f.eks. meget om oplysning, men også om opdragelse, og man indførte en lang række helbredscontrollere for børn og gravide. Der var i praksis tale om en kombination af overvågning og opdragelse. Man brugte sundhedskontrollerne til både at overvåge børns udvikling og til at fortælle forældrene, hvordan de skulle opføre sig. Tilsvarende ser jeg på, hvad man gør i dag.

Hvad er det du præcist vil vise med din forskning?

Pointen med at søge efter de forskellige begrundelser for sundhedspolitisk magtudøvelse er at gøre politikere og andre bevidste om, hvorfor man egentlig vil have, at folk skal være sunde og raske! Der køres på, som om det er en selvfølge, men det er jo lidt uklart om man gør det fordi man mener, at man har fundet de vises sten – recepten på det gode liv – og mener sig berettiget til, på andre folks vegne, at definere hvad det gode liv er, eller om man f.eks. gør det af samfundsøkonomiske grunde, på grund af national stolthed eller nogle særlige værdier, man vil have fremmet. Der er en politisk pointe i, at gøre sig disse begrundelser klart. Hvad er det egentlig man vil og hvorfor vil man det?

Det har vel også et budskab til nutiden?

Ja, det har det bestemt, men jeg vil stadig sige, at min forskning ikke er anvendelsesorienteret. Man kan ikke bru-

ge den til f.eks. at vise, hvordan man skal disciplinere folk, men man kan bruge den til at blive bevidst om sine egne begrundelser, gøre sig klart, om de egentlig er legitime, når det kommer til stykket. Ved at synliggøre de metoder, der benyttes, kan man diskutere om de i grunden er ok. Det kan så igen give anledning til en diskussion om, hvorfor man i dag gør tingene på den måde, man gør. Jeg mener principielt, at historieforskningen bør kunne bruges til at gøre nogle refleksioner om sig selv og den tid, man lever i. Men nu er jeg jo også koblet på et forskningsprojekt – projektet om magt og demokrati – der ser det som en af sine opgaver at være debatskabende. Derfor er det også helt naturligt, at jeg på baggrund af min forskning gør mig nogle refleksioner over, hvordan de samme forhold er i dag. Det er bl.a. på den måde, at historie har en vigtig funktion.

Nu siger du, at det bl.a. er meningen, at projektet skal være debatskabende. Betyder det, at der er nogen krav til jer om, at I også skal deltage i den offentlige debat, i aviser o. lign.?

Der er krav til magtudredningsprojektet om, at vi skal være debatskabende. Det har vi valgt at fortolke på den måde, at vi skal skrive på en måde så det kan læses af andre end forskere. I »magtudredningen« publicerer vi en bogserie på baggrund af vores forskning. Men vi ser også gerne, at forskerne er med i debatten på andre måder. Ved f.eks. at skrive kronikker eller holde foredrag o. lign. og det giver nogle særlige vilkår. Der er jo en hel række forskere, som ikke er vant til at skrive for et bredere publikum. Det er vi historikere mere i vane med.

Er I så det i praksis. Med til at skabe debat?

Nu er der jo ikke kommet så forfærdelig mange resultater endnu. Jeg tror det var Fremskridtspartiet eller Dansk

Folkeparti, der allerede et år efter projektets igangsættelse spurgte, hvilke resultater, der var kommet. Men forskning tager nu engang lang tid. Der er dog udkommet et par bøger og nogle skrifter, men det meste vil komme i løbet af 2002 og 2003. Inden for de seneste tre år har jeg selv publiceret nogle analyser af folkesundhedsprogrammer i Danmark, Norge, Sverige og England med henblik på at sammenligne forholdene i de fire lande og se på, hvordan politikerne argumenterer for deres politik og hvordan de definerer problemerne. Det er nemlig også en form for magtudøvelse, at definere problemer og sætte dagsorden. Hvis man f.eks. siger, at høj dødelighed skyldes rygning, får man jo en anden form for politik end hvis man siger, at dødeligheden skyldes fattigdom.

Det er ret interessant at opdage, at de forholdsregler man har truffet i de forskellige lande er utroligt forskellige. Man taler ellers om, at de nordiske lande er så ens, men på dette område er de meget forskellige. I Norge har man f.eks. »Empowerment« som det helt afgørende begreb. »Empowerment« betyder, at man skal give folk magt over deres eget liv. I Norge har man også et meget bredt sundhedsbegreb. Det handler ikke blot om, at man skal være fri for sygdom men også om, at man skal have indflydelse på sit eget liv – og en mening med livet. Man skal have magt over tingene. Nordmændene tror på, at folk vil blive sundere, hvis de får mere magt over deres eget liv. Hvis man med andre ord giver folk magt til selv at bestemme, vil de gøre det, som de styrende ønsker de skal gøre.

I Danmark har man i stedet fokuseret på dødelighed og livsstil, altså rygning, alkohol, kost og motion. Det er det, der går igen hele tiden, både som mål i sig selv og som det, man skal arbejde frem imod. Det drejer sig om me-

get adfærdsbetingede mål. I Sverige er man derimod ikke så bekymret over dødeligheden, hvilket selvfølgelig skyldes, at middellevetiden er noget højere i Sverige end i Danmark. I Sverige lægger man mere vægt på psykiske sygdomme og på ændring af de såkaldte strukturelle forhold: Velfærdsstaten ses som midlet til at opnå mere sundhed. En bedre økonomisk fordeling skal f.eks. sikre børnefamilierne bedre vilkår, mere støtte til de svage, øget integration, bedre boliger osv. Der er i det hele mere fokus på de strukturelle forhold – på de ting, som politikerne direkte kan gøre noget ved.

Kan der være en historisk forklaring på disse forskelligheder?

Det er i hvert fald pudsigt, at forskellene mellem de nordiske lande var meget mindre i 1930'erne end de er nu. Da brugte man stort set de samme argumenter og tog de samme forholdsregler. Den meget store forskel vi kan se nu fandtes ikke dengang. Det er med andre ord et forholdsvis nyt fænomen – så vidt jeg kan se – men jeg er endnu ikke i stand til at give en forklaring på, hvorfor der er denne store forskel. Måske hænger det sammen med

noget politisk. Socialdemokraterne står f.eks. stærkere i Sverige end i Danmark og måske er accepten af velfærdsstaten stærkere i Sverige. Det er dog rent hypotetisk. Men opfattelsen af statens rolle og velfærdsstaten, som noget man skal forsvare, synes at være stærkere i Sverige end i Danmark. Men jeg kan alligevel ikke forstå, hvorfor der er den kolossale fokusering på livsstil her i Danmark.

Mange ser nu om dage rygning som et af de alvorligste problemer. Der er en kolossal fokusering på rygning, selvom mange andre faktorer også kunne spille ind, f.eks. en dårlig boligsituation, arbejdsløshed, stress osv. Men politik handler jo ikke kun om 'rationelle' beslutninger og om at træffe beslutninger på baggrund af forskeres resultater, men også om værdier. Hvilke værdier man gerne vil have udbredt. I det hele taget har det været meget karakteristisk for dansk sundhedspolitik i de sidste 10-15 år, at det er folks livsstil man har fokuseret på.

Hvorfor tror du, det er sådan?

Det er faktisk lidt af en gåde. Det er bl.a. det, jeg håber at finde ud af.