

„Der er gået politik i børnesygdomme“
MFR-VACCINATIONENS INDFØRELSE I
DANMARK CA. 1983-1987

AF
ANNE HAGEN BERG

I januar 2019 offentliggjorde Verdenssundhedsorganisationen WHO en liste over de ti største trusler mod den globale sundhed.¹ Blandt disse finder man vaccinationsmodstand. Det reflekterer nutidens stemning af alvor og nødvendighed i relation til vaccinationer generelt og mæslinge-vaccination i særdeleshed, som man også ser i den offentlige og politiske debat i de senere år. Daværende børne- og socialminister Mai Mercado (K) blev for eksempel i 2017 „fnysende arrig“ over forældre, der fravalgte vaccination,² og både politikere og borgere har udtrykt et ønske om at gøre børns indskrivning i daginstitutioner betinget af, at de følger børnevaccinationsprogrammet.³ Det står i kontrast til den langsommelighed, hvormed mæslinge-vaccination blev indført i Danmark. I løbet af 1960'erne og 1970'erne blev mæslinge-vaccination indført i vores nabolande og de fleste øvrige europæiske lande. Først i 1987, knap 25 år efter godkendelsen af den første mæslinge-vaccine, blev den indført i det danske børnevaccinationsprogram som en del af paraplyvaccinen MFR. Den sene indførelse strider mod billedet af Danmark som et velfærds- og sundhedspolitisk foregangsland. Det rejser spørgsmål om årsagerne til såvel forsinkelsen som indførelsen, men trods det påfaldende heri har mæslinge- og MFR-vaccinen ikke tidligere været genstand for en systematisk historisk analyse.

¹ <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> (29.05.2019).

² [https://jv.dk/artikel/ministre-raser-over-anti-vaccine-foraelde-de-er-vanvittige-og-uansvarlige-2018-10-24\(6\)](https://jv.dk/artikel/ministre-raser-over-anti-vaccine-foraelde-de-er-vanvittige-og-uansvarlige-2018-10-24(6)) (03.09.2019).

³ <https://www.altinget.dk/social/artikel/la-krav-om-vaccine-er-en-liberal-kongstanke> (03.09.2019); <https://jyllands-posten.dk/politik/ECE11248394/vaccinekrav-i-institutioner-la-er-formentlig-det-eneste-parti-der-vil-gaa-italiens-vej/> (03.09.2019), <https://www.borgerforslag.dk/se-og-stoet-forslag/?Id=FT-02409> (29.05.2019).

Denne artikel har derfor til formål at analysere, hvorfor og hvordan vaccinen mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR) blev indført i det danske børnevaccinationsprogram i 1987, og hvorfor den ikke blev indført tidligere. Analysens udgangspunkt er, at vaccinationspolitik, som anden politik, er et spørgsmål om, hvordan problemer defineres, og hvilke løsninger der tages i anvendelse.⁴ Forskningsspørgsmålene lyder således: Hvilke problemer og løsninger blev konstrueret i processen og hvordan? Hvorfor blev MFR ikke indført tidligere, og hvorfor blev den så indført på netop dette tidspunkt? Jeg viser i artiklen, at de tre sygdomme mæslinger, fåresyge og røde hunde blev anset for ufarlige for danske børn helt op i 1980'erne. Det er mit hovedargument, at indførslen skete på baggrund af tre udslagsgivende forhold. For det første ændrede myndighederne i 1970'erne og 1980'erne standpunkt i spørgsmålet om, hvornår man skulle vaccinere, hvorved man legitimerede at vaccinere mod mindre farlige sygdomme. For det andet blev forebyggelse og økonomi politiske prioriteter, og da en samfundsøkonomisk analyse viste MFR-vaccinationens økonomiske gavn, kom den højere på den politiske dagsorden, både hos staten og amterne. For det tredje kom indenrigsministeren, under hvis ressort børnevaccinationer hørte, til sidst under pres fra både forældre, amter og i Folketingssalen og blev tvunget til at indføre MFR på trods af finanspolitiske forhindringer.

Analysen fokuserer på den forhandlings- og beslutningsproces, der løb forud for indførslen af MFR. Kronologisk ligger hovedvægten af analysen på perioden 1983 til 1987, hvor forhandlingerne om MFR foregik på politisk niveau. I 1983 indstillede Sundhedsstyrelsen til Indenrigsministeriet, at man skulle indføre MFR, og forslaget blev genstand for sundhedsfaglige og politiske forhandlinger i de følgende tre-fire år. Men beslutningsprocessen trækker tråde tilbage til 1970'erne, hvor Sundhedsstyrelsen for alvor begyndte at interessere sig for de tre sygdomme, og hvor myndighederne var langt med planer om et røde hunde-vaccinationsprogram, som dog aldrig blev realiseret.

Dagsordenfastsættelse og politiske reformer

Politiske beslutningsprocesser og dagsordenfastsættelser er genstand for en omfattende samfundsvidenskabelig litteratur og teoridannelse.⁵ Grundet mit fokus på definitioner og dagsordenfastsættelse an-

⁴ Carol Bacchi: *Analysing Policy. What's the Problem Represented to Be?*, Pearson Australia, Frenchs Forest 2009.

⁵ Se for eksempel Christian Albrekt Larsen & Jørgen Goul Andersen: *Magten på Borgen: en analyse af beslutningsprocesser i større politiske reformer*, Aarhus Universitetsforlag, Aarhus 2004, s. 23-51.

vender jeg politolog John Kingdons „multiple streams“-model til at strukturere analysen.⁶ Modellen har til formål at undersøge, hvorfor visse problemer kommer på den politiske dagsorden, mens andre ikke gør, og hvorfor nogen løsninger bliver realiseret og andre ikke.

Kingdon definerer tre forskellige „strømme“, som løber gennem samfundet. I *problemstrømmen* konkurrerer forskellige problemer og problemanalyser om at komme på den politiske dagsorden. Det er her, mæslinger, fåresyge og røde hunde konstrueres og udvikles som problemer, der kalder på politisk indgriben. I *løsningsstrømmen* handler det om de forskellige ideer og løsningsforslag, som konkurrerer om opmærksomhed og prioritering. I denne strøm findes MFR-vaccinationen som en ny mulig politik. *Politikstrømmen* udgøres af aktører og aktiviteter relateret til det formelle politiske system, altså det, som blandt andet sker i Folketinget, interesseorganisationer og embedsværket. Det vil fremgå af analysen, at politikstrømmen langt hen ad vejen var en hindring for indførelsen af MFR.

Ifølge Kingdon er udviklingen af politik styret af tilfældigheder. De tre strømme eksisterer og udvikles parallelt og uafhængigt af hinanden. Når de mødes, åbnes et reformvindue, hvor reformer kan gennemføres. Det kan for eksempel ske i forbindelse med regeringsskifter eller fremkomsten af større problemer.

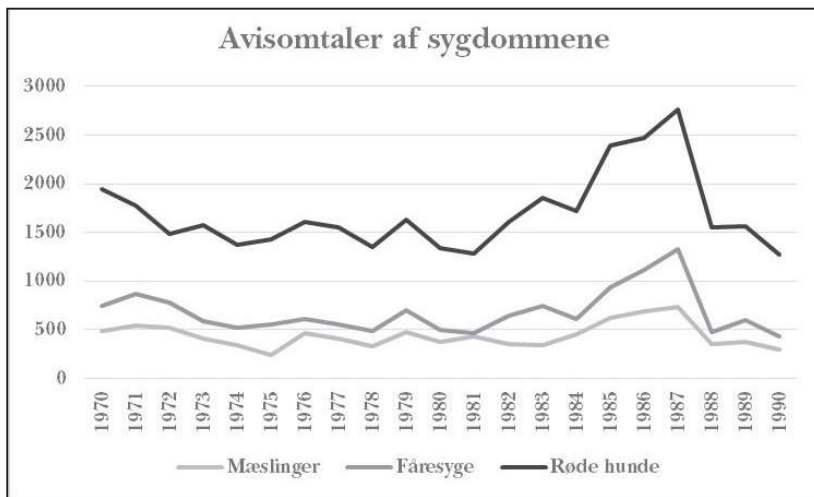
Andre har nuanceret Kingdons model. Politolog Gary Mucciaroni påpeger, at modellen indfanger kompleksiteten og uforudsigeligheden i den politiske proces, men at den er for vag til at forklare mange politiske reformer.⁷ Han mener, modsat Kingdon, at problemer, løsninger og politik er symbiotiske. Derfor vil ændringer i én strøm medføre ændringer i de andre. Politik og reformer er ikke tilfældige, men formes af læring og udvikling, og derfor lægger han vægt på reformernes historiske kontekst og baggrund. Desuden har Christian Albrekt Larsen og Jørgen Goul Andersen peget på, at politiske beslutninger herhjemme ofte træffes „hastigt og ikke altid lige velovervejet“, fordi aktører har held med at presse regering eller kommune.⁸

I det følgende analyserer jeg den lange og komplekse beslutningsproces ved hjælp af Kingdons og Mucciaronis teorier. Jeg diskuterer, hvordan problemerne og løsningerne blev udviklet og forhandlet i processen. Derudover diskuterer jeg, hvilken rolle det spillede, at forhandlingerne foregik i Schlüters regeringstid, hvor sparepolitik var

⁶ John W. Kingdon: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2. udg. Longman, Boston 2011.

⁷ Gary Mucciaroni: „The Garbage Can Model & the Study of Policy Making: a Critique“ *Polity*, bd. 24, nr. 3, 1992, s. 459-82.

⁸ Larsen & Andersen 2004, s. 27.



Figur 1: Avisomtaler af sygdommene. Data til grafen er trukket fra Det Kgl. Biblioteks visualiseringsværktøj for dagblade, Smurf.

omdrejningspunkt. Endelig diskuterer jeg den indbyrdes relation mellem problemer, løsninger og politik.

Artiklen baserer sig især på arkivmateriale fra Sundhedsstyrelsen, Serumintitutet og Indenrigsministeriets sundhedsafdeling. Alle tre institutioner har samlet sagerne om MFR i store, samlede journalsager, hvorfor jeg primært henviser til disse. Amtrådsforeningen var også en vigtig aktør, men det relevante arkivmateriale herfra er bortkommet.⁹ Journalsagerne fra Sundhedsstyrelsens såkaldte vaccinationsudvalg er ligeledes bortkommet.¹⁰ Udvalget blev nedsat i 1971 som et ekspertudvalg, der rådgav om udviklingen af vaccinationsprogrammet. Dets aktiviteter er i stedet så vidt muligt belyst gennem referater og breve, som er bevaret i de øvrige arkiver.

Derudover inddrager jeg artikler fra *Ugeskrift for Læger*, Serumintitutets nyhedsbrev *EPI-NYT* og dagblade. Sidstnævnte har jeg fundet gennem søgninger i *Mediestream*, *Politikens* og *Informations* arkiver med søgeordene *mæslinger*, *fåresyge*, *røde hunde*, *MFR*, *paraplyvaccination*. Jeg har indsamlet artikler fra perioden 1970-1990 for at se åre-

⁹ Den del af Amtrådsforeningens arkiv, som er overført til Rigsarkivet, indeholder kun journalsager til og med 1982, og Danske Regioner har skriftligt meddelt, at de ikke kan finde de pågældende sager i den del af Amtrådsforeningens arkiv, som stadig opbevares hos dem. Meddelt af chefrådgiver i Danske Regioner, Trine Friis, pr. mail den 20.12.2017.

¹⁰ Både Rigsarkivet, Sundhedsstyrelsen og det nuværende vaccinationsudvalg er kontaktet med henblik på at lokalisere arkivalierne. Ingen er lykkedes med at finde dem.

ne 1983-86 i en længere sammenhæng. Som det ses i figur 1, steg avisernes omtaler af sygdommene fra 1982/1983, og de faldt ret brat igen fra 1988. Der er altså et tidsmæssigt sammenfald mellem intensiveringen af pressens omtaler af sygdommene og forhandlingerne og implementeringen af vaccinationen. Det tyder på, at medieomtalerne kom i kølvandet på de politiske forhandlinger og altså ikke, at medierne satte MFR på den politiske dagsorden. Medierne var dog med til at fastholde sagen på den politiske dagsorden gennem årene.

Børnevaccinationer i forskningslitteraturen

Det er bemærkelsesværdigt, at hvor andre forebyggelsesprogrammer er grundigere undersøgt – for eksempel sundhedsplejerskeinstitutionen¹¹ – har det mest omfattende danske forebyggelsesprogram, børnevaccinationer, kun været genstand for meget begrænset forskning, primært med fokus på de tidlige koppevaccinationer. Gerda Bonderup har i *En kovending* fra 2001 og i et par artikler analyseret indførelsen af koppevaccinationer omkring 1800 og vist, at den danske almuebefolkning tog overraskende hurtigt imod vaccinationerne, takket være en fælles indsats fra læger, præster, skolelærere og andre myndigheds personer.¹² Hun peger på Danmarks position som et foregangsland, der i 1801 indførte kontrol med koppevaccinationerne og i 1810 gjorde dem så godt som obligatoriske som den anden stat i verden efter Bayern. Enkelte andre forskere berører vaccinationer som dele af analyser af sundhedshistorien.¹³ Signild Vallgård har, som et led i sin analyse af magtudøvelse på sundhedsområdet fra 2003, analyseret en rigsdagsdebat fra 1930 om tvangen i forbindelse med koppevaccinationer.¹⁴ Hun konkluderer, at hensynet til fællesskabets sundhed vejede tungere end individets frihed, hvorfor tvangen blev stadfæstet. Vær-

¹¹ Henriette Buus: *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse. En kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. Museum Tusulanums Forlag, København 2001.

¹² Gerda Bonderup: *En kovending. Koppevaccinationen og dens udfordring til det danske samfund omkring 1800*. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus 2001. Bonderup: „Kopper i Vendsyssel!“, *Siden Saxo*, bd. 18, nr. 4, 2001, s. 10-15. Bonderup: „Pastor Blichers besvær med vaccinationen i 1807“, *Dansk Medicinhistorisk Årbog* 2011, s. 35-40.

¹³ Anker Brink Lund: *Smitsomme sygdomme i dansk journalistik*, Munksgaard, København 1997; Klaus Jensen: *Bekæmpelse af infektionssygdomme – Statens Serum Institut 1902-2002*, Statens Serum Institut, København 2002; Kurt Jacobsen & Klaus Larsen: *Ve og velfærd. Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*, Lindhardt og Ringhof, København 2007.

¹⁴ Signild Vallgård: *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus 2003, s. 92-99.

kerne er udkommet omkring og få år efter årtusindskiftet, og der er således ingen nyere dansk forskning i feltet.

Internationalt er der flere analyser af vaccinationshistorie og implementeringen af nye vacciner. Blume og Tump analyserer indførslen af MFR i Holland, som ligeledes skete i 1987.¹⁵ Holland havde indført vaccinationer mod røde hunde og mæslinger i 1970'erne. Skiftet til MFR blev motiveret af cost-benefit-analyser og Hollands ønske om at harmonisere sit vaccinationsprogram med de øvrige europæiske lande. I en antologi fra 2017 viser en række historikere på baggrund af forskellige cases, at et lands evne til selv at producere vaccine mod en given sygdom er med til at forme ønsket om at indføre den.¹⁶ James Colgrove har vist, at der i 1960'ernes USA skete et ideologisk skift, som førte til en ambition om at befri mennesker for smitsomme sygdomme.¹⁷ Jeffrey Baker kontrasterer USA og Storbritannien og konkluderer, at amerikansk vaccinationspraksis (og -udvikling) var formet af en stemning af hast, mens briterne var mere forsigtige og lagde større vægt på klinisk evidens.¹⁸ Vaccinationspolitik udvikles altså i nationale kontekster, som ud over epidemiologi handler om kultur, politik og etablerede praksisser.

Den danske indførsel af MFR var ligeledes kompleks og styret af andre forhold end epidemiologi. Beslutningen om at vaccinere mod disse almindelige børnesygdomme var en svær, langstrakt og politisk proces, som blev trukket i langdrag trods et evidensgrundlag, der viste, at det var oplagt af både sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske årsager. Det er en kompliceret historie om konflikt og forhandlinger mellem de sundhedspolitiske aktører, om en periode, hvor økonomiske hensyn (Finansministeriet) stod over sundhedspolitiske, om videnskab og politik, om medier og sundhedsdebat. I 1985 besluttede Amtsrådsforeningen at indføre et decentralt MFR-tilbud, og det førte til, at Indenrigsministeriet omsider traf beslutning om et nationalt tilbud i stedet. Det blev dermed Amtsrådsforeningen, som i sidste instans gennemtrumfede den beslutning, de fleste var enige i, men ikke kunne

¹⁵ Stuart Blume & Janneke Tump: „Evidence and policymaking. The introduction of MMR vaccine in the Netherlands“, *Social Science & Medicine*, bd. 71, 2010, s. 1049-55.

¹⁶ Christine Holmberg, Stuart Blume & Paul Greenough (red.): *The Politics of Vaccination. A Global History*. Manchester University Press, Manchester 2017, del 2.

¹⁷ James Colgrove: *State of Immunity. The Politics of Vaccination in Twentieth-Century America*, University of California Press, New York og Berkeley 2006.

¹⁸ J.P. Baker: „Immunization and the American Way: 4 Childhood Vaccines“, *American Journal of Public Health*, bd. 90, nr. 2, 2000, s. 199-207.

blive enige om at gennemføre. I det følgende vil jeg analysere beslutningsprocessen og diskutere, hvorfor MFR var så svær at indføre.

Mæslinger, fåresyge og røde hunde før 1983

At samle vaccinerne mod mæslinger, fåresyge og røde hunde i én sprøjte er praktisk, men ikke nødvendigvis sundhedsfagligt logisk. Der er tale om tre forskellige sygdomme, der kan forårsage vidt forskellige problemer for vidt forskellige befolkningsgrupper. I dette afsnit viser jeg, hvordan de tre sygdomme blev konstrueret som problemer og ikke-problemer, før MFR kom på den politiske dagsorden i 1983.

De danske myndigheder indtog i international sammenhæng en særposition i forhold til mæslinger. Den første mæslingevaccine blev godkendt til brug af de amerikanske myndigheder i 1963, og de fleste vestlige lande begyndte at vaccinere i løbet af 1960'erne og 1970'erne. Sygdommen blev internationalt set som en alvorlig sygdom,¹⁹ men de danske myndigheder anså sygdommen for at være en ubehagelig, men harmløs og uundgåelig del af barndommen. Det blev cementeret i en rapport, som blev udarbejdet for Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg i 1973.²⁰ Mæslinger giver forkølelseslignende symptomer, udslæt og høj feber, og der kan tilståde komplikationer i form af især diarré, mellemørebetændelse, lungebetændelse og hjernehindebetændelse. Følgesygdomme kan være livstruende, men med antibiotika og penicillin, som blev almindeligt i efterkrigsårene, kunne de kontrolleres, og dødeligheden faldt betydeligt. Som en undtagelse anbefalede vaccinationsudvalget dog vaccination af kronisk syge, immunsvækkede børn, som måske ikke kunne overleve mæslingeinfektion.

Forståelsen af mæslinger som en ufarlig sygdom var etableret allerede flere årtier tidligere. I 1945 havde Serumintituttet udviklet en mæslingevaccine, men der var ingen planer om at indføre almen vaccination mod sygdommen. Det fremgik af et forsideinterview i *Politiken* med Serumintituttets direktør Jeppe Ørskov fra samme år: „Dels vil man gerne have Lov til fortsat at eksperimentere, dels er Mæslinger saa godartet en Sygdom, at man næppe vil iværksætte et Felttog for en generel Sikring af Menneskeheden mod dette Virus“.²¹ Den danske

¹⁹ Se f.eks. Andrew David Cliff, Peter Haggitt & Matthew R. Smallman-Raynor: *Measles. An historical geography of a major human viral disease, from global expansion to local retreat, 1840-1990*, Blackwell Reference, Oxford 1993.

²⁰ Ole Horwitz m.fl.: „Mæslinger i Danmark. Epidemiologi og klinisk forløb vurderet ud fra en landsomfattende stikprøve“, *Fra Sundhedsstyrelsen* bd. VI, nr. 13, 1973.

²¹ „Dansk vaccine mod mæslinger fremstillet“, *Politiken* 03.05.1945.

mæslingevaccine blev tilsyneladende skrinlagt – i hvert fald er der ingen senere spor efter den i arkiverne.

Mæslinger blev altså senest i 1940'erne konstrueret som en sygdom, der som udgangspunkt var harmløs under danske forhold, men som i sjældne tilfælde kunne være farlig. Forebyggelsen skulle derfor målrettes disse børn. Omvendt blev almen mæslingevaccination indført i det grønlandske børnevaccinationsprogram i 1976, fordi mæslinger her blev anset for en større risiko. Det skyldtes blandt andet, at mange grønlandske samfund lå langt fra lægehjælp, hvis der skulle støde komplikationer til.²² Denne forskel i vaccinationspolitikken i Danmark og Grønland viser, at sundhedstilstanden og sundhedsvæsenets indretning i Danmark var med til at forme synet på mæslinger som harmløs. I 1980 drøftede vaccinationsudvalget atter spørgsmålet og konkluderede, at det dels var urealistisk at opnå en tilstrækkeligt høj vaccinationsdækning, dels at man var usikker på, hvor lang tid vaccinen virkede. Derfor fastholdt man, at den kun skulle anvendes „i særskilte tilfælde“.²³

Danmark anlagde også en strategi mod røde hunde, som var anderledes end i udlandet. Røde hunde er en virussygdom, som forløber let, ofte symptomfrit, men som kan medføre alvorlige fosterskader, hvis en gravid kvinde bliver smittet. I 1969 blev den første vaccine godkendt til brug, og den blev hurtigt udbredt til mange vestlige lande med det formål at beskytte gravide kvinder.²⁴ I Europa vaccinerede man som oftest store piger eller unge kvinder for at sikre deres individuelle immunitet, mens USA vaccinerede småbørn af begge køn for at udrydde virusset. Danmark valgte fra 1969 en tredje strategi, som ikke involverede vaccination. Gravide kvinder, der havde været udsat for røde hunde-smitte, blev tilbudt blodprøver for at fastslå, om de var smittede. Hvis prøven var positiv, blev de tilbudt abort. I løbet af få år blev tilbuddet udvidet, så kvinder også kunne få fastslået deres immunitetsstatus før en planlagt graviditet, men de danske myndigheder fastholdt, at der ikke skulle indføres vaccination i Danmark.²⁵

²² Christian Koch: „Beretning om arbejdet i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende vaccinationsproblemer“, *Ugeskrift for Læger*, bd. 138 nr. 35, 1976, s. 2150.

²³ Rigsarkivet, Indenrigsministeriet 3. Sundhedskontor, 1978-1982 Journalsager (Herefter RA IM3 1978-82), pakke 176, journalsag 5312-6, notat dateret 27/2 1981.

²⁴ Meredith Wadman: *The Vaccine Race. How Scientists Used Human Cells to Combat Killer Viruses*, Doubleday, London 2017; Stuart Blume: *Immunization: How Vaccines Became Controversial*, Reaktion Books, London 2017, s. 186-91.

²⁵ Sagen om røde hunde er samlet i Seruminstituttets arkiv: Rigsarkivet, Sta-

I forbindelse med en røde hunde-epidemi i 1977 opstod imidlertid en flaskehals på Serum instituttet, som ikke kunne følge med efterspørgslen i det hidtidige tempo. I kølvandet på epidemien anbefalede Sundhedsstyrelsen at indføre røde hunde-vaccination til unge kvinder, som endnu ikke var immune. De skulle identificeres ved at udrulle blodprøvescreeningerne til hele årgange af piger. Anbefalingen blev dog ikke realiseret, men blev forhandlet med jævne mellemrum frem til forslaget om MFR-vaccinen i 1983.

Fåresyge blev i Danmark og de fleste andre lande anset for at være fuldstændig harmløs. Den viser sig især ved betændelse og smertefulde hævelser i spytkirtlerne. Den kan føre til døvhed og en ufarlig virusmeningitis. Ligeledes kan virusset angribe andre kirtler, især testiklerne og, i hvert fald teoretisk, medføre sterilitet hos mænd. Trods disse mulige komplikationer var sygdommen kun sjældent genstand for omtaler i for eksempel *Ugeskrift for Læger*, før diskussionerne om den kombinerede MFR-vaccination begyndte i de tidlige 1980'ere.

Selvom Danmark ikke umiddelbart planlagde at indføre vaccinationer mod sygdommene, fik godkendelsen af vaccinerne betydning. Tilgængeligheden af vaccinerne og udlandets brug af dem fik de danske sundhedsmyndigheder til at forholde sig til mæslinger, fåresyge og røde hunde som sygdomme, man måske skulle vaccinere imod. I 1971 nedsatte Sundhedsstyrelsen det ovennævnte vaccinationsudvalg.²⁶ Udvalget bestod af eksperter indenfor blandt andet pædiatri, forebyggelse og epidemiologi og skulle løbende vurdere behovet for ændringer i børnevaccinationsprogrammet. De vacciner, der især var på udvalgets dagsorden, var mod mæslinger, fåresyge og røde hunde.²⁷ Vaccinationsudvalget påpegede dog tidligt, at de var „mindre alvorlige, end de lidelser for hvilke der allerede er indført vaccination“.²⁸ Der skete dermed en ændring i synet på både vacciner og sygdomme, idet sundhedsmyndighederne åbnede for, at Danmark måske kunne begynde at forebygge sygdomme, som ellers blev anset for relativt ufarlige.

Det vil sige, at med den potentielle løsning blev de tidligere ikke-problemer i stigende grad set som problemer. Løsninger og problemer var altså ikke fuldstændig adskilte, som Kingdon skriver, men var i højere grad symbiotiske. Selvom mæslinger og fåresyge ikke blev anset for sundhedsproblemer, og røde hunde-problematikken blev hånd-

tens Serum Institut Administration, 1968-1991 Journalsager generel journal, pakke 24, journalsag 061-2-1977.

²⁶ Esther Ammundsen: „Problemer vedrørende vaccinationer“, *Fra Sundhedsstyrelsen*, bd. 6 nr. 13, 1973, s. 145.

²⁷ Smst.

²⁸ Smst.

teret gennem screeninger og aborter, vedblev MFR at have sundhedsmyndighedernes interesse.

Sundhedsstyrelsen indstillede i marts 1983 til Indenrigsministeriet, at man skulle indlede forhandlinger om at indføre MFR i børnevaccinationsprogrammet. Kildematerialet giver ikke noget konkret svar på, hvorfor forslaget om røde hunde-vaccination fra 1977 blev ændret til et forslag om MFR, og hvorfor det kom på det tidspunkt. Det vender jeg tilbage til, men først skal vi se, hvordan indstillingen konstruerede de tre sygdomme som problemer på en ny måde.

MFR på dagsordenen 1983

Sundhedsstyrelsen anbefalede at indføre vaccination af børn på 15 måneder og 12 år. MFR skulle indføres under den gældende rammelov, den såkaldte vaccinationslov,²⁹ og skulle, som de øvrige danske børnevaccinationer, være et frivilligt, vederlagsfrit tilbud. Eftersom Seruminstituttet ikke selv producerede nogen af vaccinerne, skulle de importeres.

Indstillingen og vaccinationsudvalgets argumenter for MFR reflekterer konstruktionen af de tre sygdomme som sundhedsfaglige problemer, der var alvorlige og ens nok til at legitimere en kombinationsvaccine. Forslaget blev baseret på de samme data, som tidligere havde begrundet fravalget af vaccination, men som nu blev tolket anderledes. I forbindelse med arbejdet besluttede Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg at betegne kombinationsvaccinen MFR – og altså ikke en anden rækkefølge af bogstaverne – fordi „vi synes, at det måske er det mest mundrette, og måske er der også noget med, at vi synes, at mæslingevaccinen er den vigtigste“.³⁰ Det udsagn står i kontrast til de foregående ti års praksis, hvor behovet for mæslingevaccination var blevet afvist, men hvor behovet for bekæmpelse af røde hunde dominerede vaccinationsdagsordenen. Nu var der byttet rundt på rækkefølgen, hvis vaccinationsudvalgets bogstavlogik skal følges.

Hvorfor skulle man nu til at vaccinere alle børn mod mæslinger? I motivationen for MFR var den skelnen mellem kronisk syge børn og i øvrigt raske børn, som ellers havde været et afgørende argument imod universel mæslingevaccination, fjernet:

Hvert år dør herhjemme 5-6 børn af mæslinger, og mindst 3 børn får blivende neurologiske følgetilstande efter morbilli encephali-

²⁹ Lov nr. 634 af 17. december 1976 om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme.

³⁰ Rigsarkivet, Sundhedsstyrelsen, 1982-1992 Journalsager (herefter RA SST 1982-92), pakke 258, journalsag 4120-1-1983, brev dateret 12. januar 1983.

tis [mæslingerelateret hjernebetændelse]. Yderligere 10 børn om året gennemlever et svært sygdomsforløb på grund af morbilli encephalitis; men de kommer sig.³¹

Som det står her, var risikoen for at dø eller få hjerneskader lige stor for alle børn. Behovet for at vaccinere alle børn mod mæslinger blev konstrueret ved at udelade sundhedsmæssige forskelle mellem forskellige grupper. Mæslinger blev dermed også konstrueret som et folkesundhedsmæssigt problem i stedet for et snævert problem for nogle få kronisk syge børn. Argumentet for at vaccinere børn på 15 måneder var, som i dag, at spædbørn er beskyttet af antistoffer fra moderen det første halve år, og ved at vaccinere i en lidt højere alder kunne man undgå, at disse medfødte antistoffer skulle neutralisere vaccinen. I 12-års alderen skulle gives en såkaldt booster for at sikre, at så mange som muligt *blev* immuniseret. Vaccinen virkede ikke altid, og man kunne ikke opnå 100 % tilslutning til en enkelt vaccination; ved at vaccinere to aldersgrupper sikrede man, at så mange som muligt blev vaccineret mindst én gang.

Røde hunde-vaccination blev, som hidtil, legitimeret af risikoen for fosterskader. Det blev anslået, at 60-70 % af røde hunde-tilfælde forløb uden symptomer, og mange gravide kvinder kunne således risikere at blive smittet uden at vide det. I 1977 havde Sundhedsstyrelsen anbefalet vaccination af ikke-immune unge kvinder for at sikre, at de var individuelt beskyttet, når de blev gravide. Nu anbefalede de, at vaccinationen blev rettet mod børn på 15 måneder og 12 år. Det skyldtes forskellige forhold. For det første viste internationale studier, at en tredjedel fik „forbigående, men ubehagelige ledsmerter“ efter vaccination, hvis de blev vaccineret i voksenalderen, hvilket gjorde det „ønskeligt at overflødiggøre vaccination af voksne kvinder ved at vaccinere på et tidligere tidspunkt“. Men pigerne skulle vaccineres så tæt på puberteten som muligt for at sikre, at de stadig var beskyttede i graviditeten. Det talte for vaccination „omkring 12 års alderen“. Dermed ville virus stadig kunne cirkulere blandt yngre børn, som ville risikere at tage smitten med hjem til eventuelle gravide mødre. For bedst at beskytte de gravide, mente vaccinationsudvalget, skulle man også vaccinere småbørn af begge køn for at standse viruscirkulationen og dermed øge beskyttelsen af kvinder. Det retfærdiggjorde de to vaccinationer. Som et tredje ben skulle voksne kvinder i en overgangsperiode

³¹ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, Notat vedrørende indførelse af vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde i det danske børnevaccinationsprogram, 10. januar 1983, s. 10.

tilbydes røde hunde-vaccination for omgående at komme røde hunde-problemet til livs.

Fåresygens epidemiologi og mulige komplikationer i Danmark var stort set ukendte, og man lænede sig derfor op ad viden fra Sverige og USA. På den baggrund estimerede vaccinationsgruppen, at 3 % af de smittede blev indlagt på grund af meningitis, og mellem 10 og 70 voksne mænd ville blive smittede og få betændelse i testiklerne årligt, hvoraf 50 % muligvis kunne blive sterile. Risikoens størrelse var altså meget usikker. Historiker Elena Conis har vist, at teorien om sterilitet blev udviklet og ret aggressivt fremført – på et meget begrænset videnskabeligt grundlag – af de medicinalvirksomheder, som udviklede og producerede fåresygevaccine i 1960'ernes og 1970'ernes USA.³² Som tidligere nævnt var der heller ingen omtaler af fåresyge i *Ugeskrift for Læger* før midten af 1980'erne, og der var ingen dansk forskning i sygdommen. Det samme gjorde sig gældende i Holland³³ og muligvis andre steder. Det er derfor rimeligt at antage, at det i en vis udstrækning var en reproduktion af de teorier, der var udviklet med henblik på markedsføring af vaccinen. Sundhedsstyrelsen konkluderede, at:

Måske er de mest iøjnefaldende begrundelser på nuværende tidspunkt for at indføre vaccination mod fåresyge, at der foreligger en kombineret MFR-vaccine, samt at denne vaccination har en klar økonomisk nyttevirkning. Fra et medicinsk synspunkt er de vigtigste fordele formentlig, at mange børn og unge spares for en ubehagelig sygdom, der for en dels vedkommende fører til sygehusindlæggelse, og en del mænd for relativt langvarige sygefravær (orchitis). [...]

I forbindelse med indførelsen af en kombineret vaccination mod mæslinger og røde hunde synes der således at være flere gode grunde til at inkludere vaccination mod fåresyge (MFR-vaccine) og ingen overbevisende grunde til ikke at gøre det.³⁴

Fåresygevaccinationen handlede mere om bekvemmelighed, økonomi og tilgængelighed end alvorlighed: Der kunne spares penge på hospitalsindlæggelser ved at bruge trekomponentvaccinen, hvis man allerede havde besluttet at vaccinere mod mæslinger og røde hunde. Det

³² Elena Conis: *Vaccine Nation. America's Changing Relationship with Immunization*, University of Chicago Press, Chicago og London 2015, s. 63-84.

³³ Blume & Tump 2010.

³⁴ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, Notat vedrørende indførelse af vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde i det danske børnevaccinationsprogram, 10. januar 1983, s. 15f.

blev ikke gjort til genstand for diskussioner, men blot accepteret. Det står i kontrast til for eksempel situationen i Holland, hvor meget af diskussionen om MFR-vaccinen handlede om at opnå konsensus om et videnskabeligt grundlag for netop fåresygekomponenten.³⁵

I indstillingen fra 1983 havde Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg altså forment sygdommene, så det gav mening at bruge trekomponentvaccinen. Løsninger og problemer blev til stadighed udviklet i samspil med hinanden eller, mere specifikt, blev problemerne forment til at passe til løsningen. I det følgende vil jeg vise, at MFR til dels blev sat på dagsordenen i Danmark som konsekvens af internationale ambitioner om at indføre mæslinge vaccinationer globalt.

Internationale perspektiver på mæslinge vaccination

Indførelse af vaccination mod mæslinger i Danmark har været drøftet i Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende vaccinationsproblemer i 1972-73 og i 1979. Resultatet har ved begge lejligheder været, at udvalget ikke har fundet anledning til at optage denne vaccination i børnevaccinationsprogrammet. I 1982 har udvalget atter drøftet indførelsen af mæslinge vaccinationen. Hovedsagelig på grund af den internationale udvikling på området, men også på grund af større viden betinget af den længere observationstid for de tidligst vaccinerede personer har udvalget nu anbefalet, at mæslinge vaccination indføres i børnevaccinationsprogrammet.³⁶

Citatet stammer fra et notat om MFR fra Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg fra januar 1983, nogle måneder inden indstillingen blev sendt til ministeriet. Der er flere argumenter i spil, men det er „den internationale udvikling“, der især betones. Selve beslutningsprocessen vedrørende MFR var national, men den blev forhandlet inden for en international ramme, som var med til at presse Danmark i retning af MFR. I første omgang fik det ingen indflydelse på dansk politisk niveau, men det påvirkede sundhedsmyndighedernes udlægning af problematikken. Sundhedsstyrelsens vaccinationsudvalg understregede, at WHO lagde:

et betydeligt pres på de industrialiserede lande for at få intensivret vaccinationen mod mæslinger. Blandt disse lande er Danmark

³⁵ Blume & Tump 2010.

³⁶ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, Notat vedrørende indførelse af vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde i det danske børnevaccinationsprogram, 10. januar 1983, s. 9f.

det eneste, hvor mæslinge vaccinationen ikke er optaget i børnevaccinationsprogrammet. [...] Global udryddelse af mæslingesygdommen (ligesom kopper) drøftes internationalt.³⁷

Presset blev blandt andet konkretiseret på den måde, at WHO kritiserede Danmark for at være „nettoeksportør af mæslinger til de [...] lande, som har gjort en indsats inden for mæslinge kontrol“.³⁸ Det reflekterer, at WHO, naturligt nok, anskuede smitsomhed og vaccinationer i et globalt perspektiv frem for et nationalt.

Vaccinationer er på den vis på én gang en national og global teknologi.³⁹ Selvom vaccinationsprogrammer udformes nationalt, er lande, i hvert fald til en vis grad, afhængige af hinandens indsats mod sygdomme. Det blev anerkendt og formaliseret i 1970'erne og 1980'erne som et led i WHO's og UNICEF's arbejde for at forbedre den globale sundhedstilstand. I 1974 søsatte WHO det globale vaccinationsinitiativ Expanded Programme on Immunization (EPI), som i 1977 satte som mål at udrydde seks såkaldte *child killers* inden 1990, herunder mæslinger.⁴⁰ Samme år vedtog den 30. World Health Assembly programmet „Sundhed for alle i år 2000“, og i 1979 blev programmet operationaliseret af den 32. World Health Assembly. I 1984, året efter at Sundhedsstyrelsen fremsatte forslaget om MFR, tiltrådte WHO's europæiske region programmet, og medlemslandene skulle som led heri arbejde for øget vaccinationsdækning.⁴¹ „Sundhed for alle i år 2000“ blev et tilbagevendende argument for at indføre MFR i de danske forhandlinger.⁴²

Det danske fravalg af mæslinge vaccinationer blev i stigende grad en afvigelse fra nabolandene og de internationale netværk, Danmark var en del af. Det påpegede Sundhedsstyrelsen ved mange lejligheder. Presset for at indføre mæslinge vaccination kom dog ikke kun udefra.

³⁷ Smst. s. 3

³⁸ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, brev dateret 15. marts 1983.

³⁹ Melissa Leach & James Fairhead: *Vaccine Anxieties. Global Science, Child Health and Society*, Earthscan, London 2007.

⁴⁰ *World Health. The Magazine of the World Health Organization*, jan-feb 1987, temanummer „Immunization. A chance for every child“. De øvrige sygdomme var difteri, kighoste, stivkrampe, polio og tuberkulose, som Danmark allerede vaccinerede imod.

⁴¹ World Health Organization: *Global strategy for Health for All by the Year 2000* („*Health for All*“ series 3), Genève 1981.

⁴² Se for eksempel „300.000 børn skal vaccineres“, *Danmarks Amtsråd*, nr. 3, 1986 og *Tillæg A til Folketingstidende 198/86 Tillæg A*, J. H. Schultz Forlag, København 1987, sp. 4292. Se også Lund 1997, anf. værk, s. 336.

Myndighederne oplevede også et stigende forventningspres blandt forældre til i øvrigt raske børn:

I Danmark har vaccinen hidtil kun været anbefalet til såkaldte „risikobørn“, hos hvem mæslinger forventes at få et alvorligere forløb end normalt [...]. Inden for det sidste halve års tid er forældrenes interesse for at få også raske børn vaccineret steget betydeligt.⁴³

Efterspørgslen havde i december 1982 medført, at Serum instituttet var nødt til at standse al udlevering af mæslingevaccine til andre end risikogrupperne for at være sikre på at have vaccine nok til dem.⁴⁴ Disse to forhold er den væsentligste forandring i spørgsmålet om mæslinger og var med til at sætte vaccination på dagsordenen. Det var altså ikke et spørgsmål om en ændret trussel mod sundhedstilstanden i Danmark. I stedet handlede det om et ændret syn på sygdommen i befolkningen og et ønske om at bidrage til det internationale samarbejde. Det var dog ikke ensbetydende med, at de danske politikere ville være indstillede på at indføre nye vaccinationer.

Vaccinationer i sparetider

Som udgangspunkt burde MFR være simpel at indføre. Sundhedsstyrelsen havde autoritet til at anbefale ændringer i børnevaccinationsprogrammet, og indenrigsministeren havde hjemmel til at indføre nye vacciner uden politiske forhandlinger. Alligevel foregik forhandlingerne i tre år, før der blev truffet beslutning. Det skyldtes ikke uenighed om behovet, men handlede om finansiering. Det var altså det politiske klima, den politiske strøm, som betød, at MFR ikke umiddelbart kunne indføres.

I efteråret 1982, et halvt år inden Sundhedsstyrelsens indstilling, havde Anker Jørgensen-regeringen trukket sig efter en årrække med økonomiske vanskeligheder.⁴⁵ De offentlige udgifter, ikke mindst i sygehussektoren, havde været under kritisk granskning siden begyndelsen af 1970'erne. I 1977 påpegede det såkaldte Sundhedsprioriteringsudvalg, at løsningen skulle være øget forebyggelse. Som en konsekvens

⁴³ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, Notat vedrørende indførelse af vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde i det danske børnevaccinationsprogram, 10. januar 1983, s. 11.

⁴⁴ *EPI-NYT* uge 50 1982.

⁴⁵ Niels Wium Olesen: *Anker Jørgensens tid 1972-1982, (De Danske Ministerier 1972-1993 bd. 1)*, Gads Forlag, København 2017.

heraf blev Forebyggelsesrådet oprettet i 1980.⁴⁶ En af ambitionerne var at styrke den primære sundhedstjeneste – den del af sundhedsvæsenet, som ligger uden for sygehusene – og på den måde at spare penge på dyre sygehusbehandlinger.⁴⁷ Vaccinationer havde potentiale som en forebyggende løsning, der kunne forhindre indlæggelser og behandlinger, og der var et veletableret vaccinationsprogram, man rent praktisk kunne udvide uden store ændringer. Problemet var, at der ikke var politisk vilje til at investere i MFR.

Poul Schlüter (K), som overtog Statsministeriet efter Anker Jørgensen, iscenesatte fra første dag den nye regering som økonomisk ansvarlig og med fokus på besparelser. Schlüterregeringens mål var en genopretning af økonomien gennem forbedret konkurrenceevne og nulvækst i den offentlige sektor, og Finansministeriet indtog for første gang rollen som „regeringens centrale værksted“.⁴⁸ Det betød, at MFR blev vanskelig at indføre. Den nye indenrigsminister, Britta Schall Holberg (V), fik til opgave at gennemføre besparelser på det kommunale område og sundhedsområdet. Dermed var der ikke råd til at investere de millioner, som MFR ville kræve.

Indenrigsministeren og embedsværket i Indenrigsministeriets sundhedskontor var dog positivt indstillede over for forslaget. Deres første reaktion var at formulere en række spørgsmål, der havde til formål at undersøge, om programmet kunne tilrettelægges på en billigere måde: Kunne sundhedsplejerskerne foretage vaccinationerne i stedet for lægerne? Kunne røde hunde-vaccination af voksne kvinder betales af kvinden selv? Kunne man begrænse gruppen af børn, der skulle vaccineres?⁴⁹ Formålet var helt indlysende at høste fordelene ved det foreslåede program, men at begrænse omkostningerne væsentligt.

De alternative problemdefinitioner, der lå i spørgsmålene, var imidlertid også med til at nuancere synet på sygdommene. Forslaget om at lade kvinder selv betale for vaccinationer fastholdt røde hunde som et problem for den enkelte kvinde frem for et folkesundhedsproblem, og spørgsmålet om, hvor mange børn der skulle vaccineres, satte spørgsmålstegn ved sygdommenes alvorlighed.

⁴⁶ *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*, Sundhedsstyrelsen 2005, s. 7.

⁴⁷ Signild Vallgård: *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*, Jurist- og Økonomforbundet, København 1992, s. 218ff.

⁴⁸ Niels Wium Olesen: *Poul Schlüters tid 1982-1993 (De Danske Ministerier 1982-1993, bd. 2)*, Gads Forlag, København 2018, s. 91.

⁴⁹ Rigsarkivet, Indenrigsministeriet 4. sundhedskontor, 1983-1987 journalsager (herefter RA IM4 1983-87), pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, mavebælte dateret 11.03.1983.

På sin første finanslov, 1983, opnåede Schlüterregeringen besparelser på 17 milliarder kroner,⁵⁰ og på finanslovsforslaget for 1984 var, blandt andre forslag, yderligere besparelser på bloktilskuddene og indførelse af brugerbetaling i sundhedssektoren.⁵¹ Disse forhold blev over de følgende år forhandlet med Radikale Venstre, og MFR-vaccinationen blev en lille, men ikke uvæsentlig, brik heri, som både Indenrigsministeriet og de radikale var interesserede i at gennemføre. Parterne forhandlede blandt andet om en egentlig sundhedsreform, der skulle indføre brugerbetaling på lægebesøg og styrke forebyggelsen.⁵² Formålet med brugerbetalingen var at gennemføre de budgetforbedringer, som Indenrigsministeriet og sundhedsområdet var blevet pålagt.⁵³ Forbedringen af forebyggelsen skulle blandt andet ske gennem sygelighedsundersøgelser, der skulle give øget viden om sundhedstilstanden og „forbrug af sundhedsvæsenets ydelser“ samt ved indførelse af MFR-vaccination.⁵⁴

I april samme år blev forslaget om MFR indarbejdet i ministeriets katalog over planlagt lovgivning for folketingsårene 1983/84 og 1984/85, men:

det [har] endnu ikke [...] været muligt at indarbejde forslaget i finanslovsforslaget for 1984 (statslig merudgift i vaccinationsprogrammets første løbeår er helt foreløbig anslået til ca. 16 mill. kr.), da programmet vil sprænge både indenrigsministeriets [sic] personaleloft og bevillingsramme. Det skal yderligere anføres, at der endnu ikke er taget politisk stilling til, om regeringen overhovedet vil påføre amtskommunerne den merudgift, som programmet vil medføre (i første år anslået til ca. 6 mill. kr.).⁵⁵

Som det fremgår, var økonomien en hindring. Ministeriet besluttede derfor at „gøre en større indsats for at få vaccinationsprogrammet

⁵⁰ Olesen 2018, s. 92.

⁵¹ Smst. s. 148.

⁵² Rigsarkivet, Sundhedsministeriet 4. kontor, 1983-1987 Journalsager (herefter RA SM4 1983-87), pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, Skitse vedrørende gennemførelse af et børnevaccinationsprogram m.v., dateret 24.04.1984.

⁵³ Olesen 2018, s. 148; *Folketingstidende 1984-85 Tillæg D*, J. H. Schultz Forlag, København 1985, spalte 15off.; RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, brev dateret 08.03.1984.

⁵⁴ RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, skitse dateret 24.04.1984.

⁵⁵ RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, „Vedrørende optagelse af den ny vaccinationsbekendtgørelse i lovprogrammet“, dateret 19.04.1983.

igennem, dvs. søge at få påvist besparelser for samfundet [...]”.⁵⁶ Det førte til nye måder at se problemet og nye løsninger på. I det følgende vil jeg vise, hvordan forhandlingerne om MFR førte til, at dansk sundhedspolitik for første gang blev genstand for omfattende cost-benefit-analyse.

Cost-benefit-analyse

Gennem 1900-tallet havde der været parlamentarisk konsensus om, at vaccinationer var investeringen værd.⁵⁷ Men MFR var sværere at indføre. Det skyldtes som nævnt til dels, at sygdommene ikke var dødelige eller invaliderende i samme omfang som for eksempel polio eller kighoste – i langt de fleste tilfælde forløb mæslinger, fåresyge og røde hunde ukompliceret.

MFR medførte altså, som nævnt, en ændret forståelse af formålet med vaccinationsprogrammer. Det handlede ikke længere kun om at forebygge dødelig eller invaliderende sygelighed, men også om at formindske sygeligheden i det hele taget. Det hang fint sammen med periodens ambitioner om at øge forebyggelsen. I regeringsregi blev det dog anset for problematisk, hvis nye initiativer krævede investeringer. Som vist i det foregående afsnit blev finanspolitikken en bremse i indførelsen af MFR.

Det stod klart i Indenrigsministeriet, at det ville blive et spørgsmål om finansiering, allerede da Sundhedsstyrelsen indstillede til forhandlinger i marts 1983. Derfor bad ministeriet i maj 1983 Sundhedsstyrelsen om at få de forventede besparelser nærmere belyst, „hvis det er muligt“.⁵⁸ Mere konkret ønskede ministeriet at få afklaret besparelser på indlæggelser og lægehonorarer, besparelser på handicapforsorg som følge af røde hunde samt eventuelle andre besparelser. Ministeriet mente, at „det må anses for tvivlsomt, om forslaget vil blive positivt modtaget, medmindre det på en overbevisende måde er sandsynliggjort, at dette ikke vil belaste amtskommunerne økonomisk og at forslaget i mindst muligt omfang medfører statslige merudgifter“. Sundhedsstyrelsen nedsatte derfor en arbejdsgruppe under vaccinationsgruppen, som fik i opdrag at evaluere de samfundsøkonomiske konsekvenser af et vaccinationsprogram.⁵⁹

⁵⁶ RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, mavebælte dateret 06.05.1983.

⁵⁷ Se for eksempel *Rigsdagstidende* og *Folketingstidende* om difterivaccination (1943) og poliovaccination (1955).

⁵⁸ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, brev dateret 31. maj 1983.

⁵⁹ Vaccinationsudvalget: *Økonomisk vurdering af vaccination mod mæslinger, fåresy-*

Hidtil var forslaget om MFR motiveret med ret ukonkrete formuleringer: forebyggelsen af „et meget stort antal årlige sygdomstilfælde, heraf adskillige alvorlige samt et antal børnedødsfald og fødsel af misdannede og handicappede børn,“ som det for eksempel blev formuleret i kataloget over påtænkt lovgivning for folketingsårene 1983/84 og 1984/85.⁶⁰ Og mens „de økonomiske konsekvenser“ – forstået alene som udgifter – for stat og amtskommuner over en fireårig periode ret præcist blev opgjort til henholdsvis 16,6 og 45,4 millioner kroner, var de påtænkte gevinster ukonkrete og slet ikke formuleret i forhold til økonomi. Sundhedsstyrelsen kunne angive, *hvor*, men ikke *hvor meget* der kunne spares: i sygehusvæsenet, på lægehonorarer, foranstaltninger for de røde hunde-skadede individer samt ca. 100 aborter og et ukendt antal fraværsdage fra arbejde til pasning af syge børn årligt.⁶¹

Den samfundsøkonomiske arbejdsgruppe foretog en omfattende cost-benefit-analyse af MFR, som skulle give et mere klart evidensgrundlag for at forstå problemets omfang. Cost-benefit-analysen som værktøj blev udviklet gradvist fra de sidste årtier af 1900-tallet samtidig med den såkaldte evidensbevægelse,⁶² og det var derfor ikke almindeligt i 1980'erne at lave den slags udregninger. I perioden kom en række nye modeller til at styre den offentlige sektor og dens økonomi.⁶³ Som en del af denne bevægelse begyndte politikerne at erkende, at sundhedspolitikken blev ført uden noget særligt vidensgrundlag.⁶⁴

Det var altså ikke bare et spørgsmål om at legitimere MFR, men en tidstypisk forandring og ønske om mere sikker evidens, som foregik i den politiske strøm. Arbejdsgruppen pegede selv på, at det var første gang, at en sådan analyse var udført. De

skønnede, at en ret høj detaljeringsgrad var ønskelig, da rapporten sandsynligvis ville komme til at fungere som et modeleksem-

ge og røde hunde i Danmark: redegørelse, Sundhedsstyrelsen, København 1985.

⁶⁰ RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, „Indenrigsministeriets påtænkte lovgivning i folketingsårene 1983/84 og 1984/85 samt påtænkte bekendtgørelser, cirkulærer, vejledninger og lignende med væsentlige kommunaløkonomiske konsekvenser i de kommende 2 folketingsår“, dateret 02.05.1983.

⁶¹ Folketingets arkiv, Folketingets Kommunaludvalg, Kommunaludvalget (Alm. del – bilag 129), 1983.

⁶² Hanne Foss Hansen & Olaf Rieper: „Evidenspolitik – fallet Danmark“ i Ingegar Bohlin & Morten Sager (red.): *Evidensens mange ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken*. Arkiv Förlag, Lund 2011, s. 185-206.

⁶³ Mathias Gjørting & Caroline Howard Grøn: „Moderniseringsprogrammet, 1983: Resultatstyring version 1.0“, *Politik*, 18:1 (2015), s. 10-17.

⁶⁴ Vallgård 1992, s. 226f.

pel for lignende analyser. Rapporten vil antagelig blive brugt i uddannelsessituationer både pre- og postgraduat af økonomer og administratorer.⁶⁵

I januar 1984 var cost-benefit-analysen færdig.⁶⁶ Den dokumenterede en klar samfundsøkonomisk gevinst ved MFR-vaccination, idet der over en tyveårig periode ville være en besparelse på mellem 133 og 154 millioner kroner i 1983-kroner. De første syv år ville der være netoudgifter, men herefter ville der være tale om nettobesparelser.⁶⁷ Udgifterne ville overvejende ligge hos staten, som gennem Seruminstitutionen stod for import, opbevaring og udlevering af vaccine. Besparelserne ville tilfalde amterne, som sparede penge i den behandlende sektor, arbejdsgiverne, som sparede på forældrenes fravær til pasning af syge børn, og forældrene selv, som sparede på karensdagen og udgifter til medicin. Vaccinen blev altså legitimeret ved at se sygdommens økonomiske belastning i et større perspektiv end blot udgifter til læge og eventuel indlæggelse.⁶⁸ Gevinsten fordelte sig med 9 millioner kroner til statskassen, 51 millioner til amterne, 8 millioner til kommunerne, 57 millioner til de private arbejdsgivere og hele 77 millioner til forældre. Hvis man anskuede samfundsøkonomien som et hele – og i øvrigt tog privatpersoners økonomi med i beregningen – var der en klar fordel i MFR, men regeringen – eller rettere Finansministeriet – så det som en række kasser, der hver især skulle stemme. Selvom forandringerne i den politiske strøm havde ført til behovet for at undersøge problemerne gennem cost-benefit-analyse, var det altså også den politiske strøm og dens måde at anskue samfundsøkonomi på, som gjorde det svært at gennemføre løsningerne.

Indenrigsministeriets strategier

Cost-benefit-analysen medførte derfor ikke umiddelbart, at MFR kunne indføres. Det stod klart efter det såkaldte Sauntehusmøde i weekenden den 17. og 18. februar 1984, hvor ministeriernes kommende be-

⁶⁵ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, referat dateret 18. april 1984.

⁶⁶ RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, brev dateret 10. januar 1984; RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, „Økonomisk vurdering af Sundhedsstyrelsens forslag vedrørende vaccination mod mæslinger, fåresyge, røde hunde“, dateret 28. februar 1984.

⁶⁷ Vaccinationsudvalget 1985, s. 12.

⁶⁸ En lignende konklusion drages vedrørende USA's indførelse af skoldekoppevaccination i Stuart Blume, *Immunization. How vaccines became controversial*, Reaktion Books, London 2017, s. 117-19.

sparelses blev fastsat.⁶⁹ Analysen fik dog efterfølgende en større betydning, som vil fremgå af næste afsnit, fordi den gav anledning til politisering og nye initiativer.

Trods Finansministeriets modstand var Indenrigsministeriet og indenrigsminister Britta Schall Holberg indstillede på at indføre MFR. Man kan altså ikke bare tale om den politiske strøm som en enhed; der var også internt i regeringen forskellige måder at forstå samfundsøkonomien på, og Indenrigsministeriet var mere åbent for cost-benefit-analysens resultater. Ministeriet forsøgte derfor at finansiere MFR på en række forskellige måder, ud over de ovenfor beskrevne forsøg på at afsætte penge på finansloven. Løsning, problem og politik mødtes altså her, men det åbnede ingen afgørende reformvinduer. I det følgende viser jeg den mangfoldighed af muligheder, som Indenrigsministeriet afprøvede uden held.

I marts 1984 foreslog departementschefen at søge Finansministeriets såkaldte omstillingsreserve.⁷⁰ Det blev afvist, fordi, som finansminister Henning Christophersen (V) skrev til Schall Holberg, „den påståede samfundsøkonomiske nettobesparelse ikke kan inddrages direkte over statsbudgettet“.⁷¹ I stedet forsøgte ministeriet at få udgifterne til MFR holdt uden for totalrammen i finanslovsforslaget for 1985.⁷² På baggrund af cost-benefit-analysen påpegede de nemlig, at selvom der i en tyveårig periode ville være nettoudgifter på 0,6 millioner kroner årligt, så ville programmets økonomiske virkning „stort set være neutral“ for de offentlige sundhedskasser. Det blev også afvist, sandsynligvis fordi amterne og ikke staten ville indkassere besparelserne.

Ministeriet forsøgte dernæst at få lov til at låne penge af staten til iværksættelsen. Som et led i moderniseringsprogrammet var der „etableret en særlig låneordning til statsinstitutioner til fremme af rentable investeringer i nye projekter“,⁷³ den såkaldte investeringspulje. Inden-

⁶⁹ RA IM₄ 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, „Oversigt over indenrigsministeriets udmøntning af sparekrav, der blev besluttet på „Sauntehusmødet“ den 17. og 18. februar 1984“.

⁷⁰ RA IM₄ 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, notat dateret 07.03.1984. Der menes reelt omdisponeringsreserven, som var afsat på finansloven.

⁷¹ RA IM₄ 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, brev dateret 19.03.1984.

⁷² RA IM₄ 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, Notat om totalrammekorrektion for 1985 finanslovsforslag vedrørende udvidelse af det eksisterende børnevaccinationsprogram. Dateret 27.01.1984.

⁷³ RA IM₄ 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, notat til ministerens resolution dateret 03.12.1984.

rigsministeriet forsøgte i vinteren 1984-85 at låne penge herfra. Der var de problemer, at lånet som udgangspunkt kun kunne ydes til rentable projekter med en intern rentefod på 7 %, at lånet kunne tilbagebetales via de besparelser, som var opnået, og:

Til forskel for et privat projekt er de positive økonomiske virkninger af vaccinationsprogrammet mere indirekte i form af besparelser for borgere og virksomheder samt sundhedsmæssige gevinster ved udryddelse af røde hunde, mæslinger og fåresyge i form af en undgåelse af tab af menneskeliv og medfødte misdannelser. Disse gevinster vil meget vanskeligt kunne kapitaliseres og opkræves af staten.⁷⁴

Det drejede sig om menneskelige interesser i et økonomisk system, og denne anmodning blev heller ikke imødekommet. Indenrigsministeriets embedsværk foreslog i stedet, at man finansierede vaccinationsprogrammet ved at reducere begravelseshjælpen.⁷⁵ Forslaget herom var en del af den omtalte planlagte omlægning af sundhedsområdets finansiering, der også indbefattede sygelighedsundersøgelser. Såvel undersøgelser som vaccinationer havde til formål at flytte ressourcer fra sygehussektoren til forebyggelse helt i tråd med tidens politik.⁷⁶

Indenrigsministeriet forsøgte derfor at presse MFR igennem i finanslovsforhandlingerne. 29. juli 1985 noterede en embedsmand, at MFR havde været indarbejdet i forslag til finanslov 1986, men at det var taget ud igen. Det ville måske i stedet blive medtaget i tillægsbevillingsloven for samme år som en del af Indenrigsministeriets oplæg til en samlet sundhedspolitisk pakke eller sundhedspulje.⁷⁷ Forslaget var muligvis udtaget af politiske årsager; i hvert fald havde ministeri-

⁷⁴ Smst.

⁷⁵ RA IM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1 mappe I, notat til ministerens resolution dateret 11.01.1985.

⁷⁶ Budgettet var konkretiseret i et oplæg til forhandlinger med Radikale Venstre i september 1985. De ville spare i alt 480 millioner kroner på følgende områder: nedsættelse af begravelseshjælpen (60 mio. kr.), gebyr for vagtlæge- og skadestuebesøg (115 mio.), nedsættelse af alderen for offentligt finansieret tandpleje fra 30 til 18 år (55 mio.), nedsættelse af medicintilskuddet (50 mio.) og reduktion af det amtskommunale bloktilskud (200 mio.). Se RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, materiale til brug ved ministerens drøftelser med Det radikale venstre om indenrigsministeriets bidrag til finanslovsforslaget for 1986, dateret 03.09.1985.

⁷⁷ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, oversigt over sagsgangen, udateret, men med håndskrevne tilføjelser dateret 29.07.1985.

et tidligere på sommeren orienteret Seruminstittet om, at man havde taget MFR-vaccinationen ud af finanslovsforslaget for 1986 af „taktiske årsager“, med henblik på at anvende det i en „handel“: „Man kunne [...] forestille sig, at en gennemførelse af MFR-programmet (børne og familierelationen) kunne få eventuelle andre besparelser „til at glide ned“ specielt hos de radikale“.⁷⁸ Men heller ikke på finansloven for 1986 blev der afsat penge til MFR-vaccinationen.

Amtsrådsforeningen som policymaker

Sideløbende med de økonomiske diskussioner tog andre myndigheder nye initiativer. Statens Serum Institut bestilte i april 1985 3.000 doser MFR-vaccine af mærket Virivac, som blev produceret af det svenske SBL, til udlevering efter anmodning.⁷⁹ Dels fordi de oplevede en stigende efterspørgsel, dels for at „SSI kan få et indtryk af, hvilke eventuelle kraftige reaktioner, der specielt vil blive rapporteret i forbindelse med brug af Virivac“, og dels for at påbegynde det praktiske arbejde, så de var forberedte til „den planlagte massevaccination“. Det tyder på, at Seruminstittet var sikker på, at MFR ville blive indført. Det samme var de i Sundhedsstyrelsen. Ifølge Michael von Magnus, som var overlæge i Sundhedsstyrelsen og ansvarlig for vaccinationsprogrammet, fik de beskeder fra embedsværket i Indenrigsministeriet underhånden om, at beslutningen var ved at blive truffet.⁸⁰

Også Amtsrådsforeningen tog nogle initiativer, og det blev udslagsgivende for beslutningsprocessen. I løbet af 1985 besluttede en række amter sammen med Amtsrådsforeningen sig nemlig for at indføre MFR-vaccinationer som et amtsligt tilbud. Udgangspunktet for Amtsrådsforeningens interesse for MFR var cost-benefit-analysen, hvis resultater blev publiceret i 1985.⁸¹ Christoffer Green-Pedersen har peget på, at rapporter kan give anledning til politisering af emner og åbne

⁷⁸ Rigsarkivet, Statens Serum Institut Administration (herefter RA SSIA), journalsag 09-1844-1985, notat 14. juni 1985.

⁷⁹ RA SSIA, 09-1844-1985, notat til direktionen 22. jan 1985; RA SST 1982-92, pakke 258, journalsag 4120-1-1983, notat til direktionen dateret 9. april 1985.

⁸⁰ Interview med Michael von Magnus 28. oktober 2019.

⁸¹ Vaccinationsudvalget 1985; Peter Bjerregaard, Kjeld Møller Pedersen, Finn Kamper-Jørgensen m.fl.: „Vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde. I. Lægelige og epidemiologiske aspekter“, *Ugeskrift for Læger*, bd. 147, nr. 38, 1985(a), s. 3013-17; Peter Bjerregaard, Kjeld Møller Pedersen, Finn Kamper-Jørgensen m.fl.: „Vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde. II. Samfundsøkonomisk analyse“, *Ugeskrift for Læger*, bd. 147, nr. 38, 1985(b), s. 3017-22.

reformvinduer.⁸² Det skete på amtsniveau, hvor cost-benefit-rapporten medførte, at MFR blev politiseret. På amtsplan mødtes de tre strømme altså, og problemer, løsninger og politik smeltede sammen og åbnede et reformvindue. Amterne var derfor indstillede på at indføre MFR på egen hånd, hvilket medførte, at MFR kom på regeringens dagsorden på ny. Vaccinationsloven foreskrev, at indenrigsministeren bestemte ændringer i børnevaccinationsprogrammet, og ministeriet var derfor nødt til at forholde sig til amternes planer. Det er indlysende, at Amtsrådsforeningen havde en interesse i MFR. Cost-benefit-analysen havde jo vist, at amterne stod til en stor økonomisk besparelse.

Således motiveret og „[p]å baggrund af en henvendelse fra Bornholms amtskommune“ opfordrede Amtsrådsforeningen i november 1985 amterne til at indføre MFR uden om ministeriet.⁸³ Allerede i foråret 1985 havde Erling Tiedemann, som var amtsborgmester i Vejle Amt – og i øvrigt 1. næstformand i Amtsrådsforeningen – kontakten Indenrigsministeriet for at afklare, om der var udsigt til indførelsen af et nationalt MFR-program.⁸⁴ Baggrunden var, at amtets forebyggelsesudvalg ønskede at indføre MFR lokalt, hvis ikke det blev indført nationalt. Det anså ministeriet for problematisk og skrev, at de ikke ønskede at Vejle Amt gik videre med planerne. Dels ville det skabe forvirring, hvis Vejle Amt som det eneste begyndte at vaccinere, især hvis det ikke lykkedes at finansiere et nationalt program, dels var ministeriet bekymret for, om amtet ville have krav på kompensation.⁸⁵

Alligevel afsatte Vejle Amt i september 1985 penge til at igangsætte vaccinationerne.⁸⁶ I de følgende måneder kom MFR på dagsordenen i mange amter. Fra oktober 1985 til januar 1986 begyndte Bornholms, Århus, Fyns, Vestsjællands, Ribe, Storstrøms, Viborg og Sønderjyllands Amter samt Københavns og Frederiksberg Kommuner at tale om lokale MFR-vaccinationer.⁸⁷ Meget af dette foregik i medierne.

⁸² Christoffer Green-Pedersen: *Partier i nye tider. Den politiske dagsorden i Danmark*, Aarhus Universitetsforlag: Aarhus 2011, s. 45f.

⁸³ Amtsrådsforeningen i Danmark, Beretning 85/86, s. 122; RA IM3 1983-87, pakke 239, journalsag 5312-1 mappe III, ”Plan for tilrettelæggelsen af et amtskommunalt tilbud om gratis kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde”, dateret 25.11.1985.

⁸⁴ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-11, breve dateret 06.03.1985 og 22.05.1985.

⁸⁵ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-11, mavebælte dateret 23.05.1985.

⁸⁶ „Han må kaldes Mads hvis...“, *Kolding Folkeblad*, 21.09.1985.

⁸⁷ „Vil vaccinere mod mæslinger, røde hunde og fåresyge“, *Vestkysten Esbjerg*, 25.10.1985; „Bornholmske børn skal vaccineres“, *Bornholmeren*, 26.10.1985; „Farvel til kendte børnesygdomme“, *Aarhus Stiftstidende*, 29.10.1985; „Børnevacci-

Enkelte amter lagde dog vægt på, at MFR burde indføres som et statsligt program. Nordjyllands Amt mente for eksempel ikke, at en „pletvis“ vaccinationsdækning – det vil sige i enkelte amter – var ønskværdig. De planlagde i stedet at lægge pres på indenrigsministeren.⁸⁸ Formanden for Bornholms Amts sygehusudvalg, Knud Andersen (V), udtalte på samme vis, at „[vi vil] sammen med Vejle Amt forsøge at presse indenrigsministeren via Amtsrådsforeningen til at indføre indføre vaccinationensprogrammet [sic] over hele landet på statens regning“.⁸⁹

Amternes forskellige tilkendegivelser medførte, at Amtsrådsforeningen forsøgte at etablere et landsdækkende, men decentralt MFR-tilbud, hvor alle amter deltog. Den 5. november 1985 skrev Sygesikringens Forhandlingsudvalg (under Amtsrådsforeningen) til Indenrigsministeriet og spurgte, om der var konkrete planer om at indføre MFR.⁹⁰ De lagde vægt på de sundhedspolitiske og samfundsøkonomiske gevinster ved MFR-vaccination „som en konkret forebyggende indsats“.⁹¹ Det understreger cost-benefit-analysens betydning, og samtidig blev planerne om MFR legitimeret med tidens politiske optagethed af forebyggelse. Samme dag anmodede Sygesikringens Forhandlingsudvalg om et møde med Serumintitutet, hvor de i fællesskab skulle tilrettelægge MFR-programmet.⁹² Af uvisse årsager kontaktede de ikke Sundhedsstyrelsen, der jo ellers var den øverste faglige rådgiver.

Henvendelserne fik Indenrigsministeriet til at bede Serumintitutet og Sundhedsstyrelsen om at bistå Amtsrådsforeningen med at tilrettelægge programmet.⁹³ Det fik samtidig ministeriet til at sætte egne overvejelser i bero „mens det overvejes, hvilke problemer der er for-

nation i amtet: - Vi kan gå i gang så hurtigt som Vejle Amt“, *Morsø Folkeblad*, 04.11.1985, 11.04; „Alle børn bør vaccineres“, *Sjællands Tidende*, 04.11.1985; „Storstrøms Amt parat: Alle børn får tilbud om ny vaccination“, *Ny Dag*, 09.11.1985; „Kommune vil også vaccinere“, *Jyllands-Posten*, 13.11.1985; „Sønderjysk udvalg: Hvert barn i amtet bør vaccineres“, *Jydske Tidende*, 17.01.1986; Frederiksberg Stadsarkiv, Frederiksberg kommunalbestyrelse, Forhandlinger i salen 1985, forslag nr. 578 til beslutning vedr. gratis vaccinationer mod børnesygdomme.

⁸⁸ „Amtet ønsker ikke pletvise vaccinationer“, *Aalborg Stiftstidende*, 10.11.1985.

⁸⁹ „Bornholmske børn skal vaccineres“, *Bornholmeren*, 26.10.1985.

⁹⁰ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, brev til Indenrigsministeriet dateret 05.11.1985.

⁹¹ Smst.

⁹² RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, brev til Serumintitutet dateret 05.11.1985.

⁹³ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, brev til Serumintitutet, udateret.

bundet med en ensidig amtskommunal iværksættelse⁹⁴. Indledningsvist tog ministeriet vel imod Amtsrådsforeningens planer, og Schall Holberg bemærkede, at det var „dejligt“ at „se hvor de kunne“.⁹⁵ Muligvis håbede de i ministeriet, at amterne dermed ville afholde udgifterne. Det kan også tænkes, at ministeriet formodede, at de i samarbejde med amterne ville kunne lægge pres på Finansministeriet og dermed øge sandsynligheden for at få MFR finansieret på statsbudgettet. Det vil dog være en tilsnigelse at tale om en egentlig alliance, for, som det vil fremgå nedenfor, kunne de alligevel ikke blive enige.

Den 20. november 1985 indkaldte Sygesikringens Forhandlingsudvalg til møde med Serum instituttet, Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommunes sundhedsdirektorat, hvor tilrettelæggelsen og afregningen skulle fastlægges.⁹⁶ I december samme år lå en plan klar med finansiering og aftaler med Serum instituttet om leverancer af vacciner.⁹⁷ Amtsrådsforeningen lagde op til, at de enkelte amter skulle tilkendegive, om de ville etablere MFR-vaccinationer, så der var overblik over dækningen.

I slutningen af 1985 var der altså konsensus blandt de centrale og amtslige sundhedsmyndigheder om at indføre MFR, og det ville derfor være nærliggende at tro, at det så ville ske. Imidlertid var det politiske klima stadig formet af stram økonomisk politik, som ikke gav mulighed for at iværksætte programmet. I det følgende afsnit diskuterer jeg, hvordan finanspolitikken konkret forhindrede planerne i slutningen af 1985.

Julepakken 1985

Regeringen stak, i hvert fald midlertidigt, en kæp i hjulet på Amtsrådsforeningens projekt, da den i december 1985 vedtog sin såkaldte julepakke. Pakken bestod af en række indgreb, der skulle begrænse det offentlige og det private forbrug med henholdsvis fem og tre milliarder kroner i 1986.⁹⁸ Som et led i julepakken blev 1984-budgettet fastsat som reference for kommunernes budgetter de følgende år. Alle udgifter, der oversteg referenceåret, blev pålagt 100 procents af-

⁹⁴ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, note dateret 08.11.1985.

⁹⁵ Smst.

⁹⁶ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, mødeindkaldelse dateret 20.11.1985.

⁹⁷ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, brev fra Amtsrådsforeningen til Indenrigsministeriet dateret 16.12.1985.

⁹⁸ Olesen 2018, s. 223f.

gifter. Kommunerne havde sparet i 1983 og i 1984, og derfor var udgangspunktet meget lavt.⁹⁹ Britta Schall Holberg påpegede offentligt, at afgifterne også gjaldt planerne om MFR.¹⁰⁰ Sanktionering forudsatte dog naturligvis, at regeringen kontrollerede kommuners og amters udgifter og gennemførte sanktioneringen. Senere undersøgelser har vist, at julepakkens diktat om størrelsen på budgetterne ikke blev overholdt.¹⁰¹

Amtsrådsforeningen og amterne var naturligt nok kritiske over for den stramme udgiftsstyring. Amtsrådsforeningen skrev til Indenrigsministeriet i januar 1986 om MFR, at „[r]egeringens indgreb i kommunernes og amternes økonomi i december 1985 har selv sagt grebet forstyrrende ind i amtskommunernes stillingtagen til sagen“.¹⁰² Tiedemann sagde til *Skive Folkeblad*, at Vejle Amt ikke ville betale ekstraafgiften og derfor ville sætte planerne i bero, og at „[d]et er trist, at ministeren, der taler så meget om forebyggelse i stedet for helbredelse, ikke støtter et projekt med et så klart forebyggende indhold“.¹⁰³ Ministerens begrundelse var, „at en lang række andre glimrende projekter så også skal fritages. Dermed ville regeringens mål med julepakken ikke kunne opfyldes“.¹⁰⁴

Ikke kun Vejle Amt hoppede af. Både Vestsjællands og Nordjyllands Amter trak sig i december 1985.¹⁰⁵ Allerede den 8. januar 1986 oplyste Nordjyllands Amt dog, at man alligevel var klar „til en konkret forebyggende indsats med en amtsomfattende vaccination af børn mod fåresyge, røde hunde og mæslinger. [...] Amtets social- og sundhedsudvalg presser iøvrigt [sic] på overfor indenrigsministeren for at få vaccinationen gjort landsdækkende“.¹⁰⁶

⁹⁹ Jørgen Lotz: „Økonomiske aftaler mellem stat og kommuner“, *Kommunal Aarbog*, bd. 62, 1991, s. 7.

¹⁰⁰ „Viborg amt: Socialsektor må spare ni mill. kr. på driften“, *Morsø Folkeblad*, 20.01.1986; „Langeudsigter for vaccinationer mod børnesygdomme“, *Horsens Folkeblad*, 21.01.1986; „Ekstra-skat forsinker vaccination“, *Politiken*, 25.01.1986; „Ingen stik i år til børn“, *Dagbladet Ringsted*, 25.01.1986.

¹⁰¹ Lotz 1991, s. 15ff.

¹⁰² RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, udateret brev fra Amtsrådsforeningen til Indenrigsministeriet (dog kan det udledes af indholdet, at det var afsendt mellem den 28. og den 30. januar 1986).

¹⁰³ „Ekstra skat bremser børnevaccinationer“, *Skive Folkeblad*, 25.01.1986.

¹⁰⁴ Smst.

¹⁰⁵ „Amtet må opgive ny vaccination“, *Aalborg Stiftstidende*, 20.12.1985; „Julepakken tog „stikket“ hjem“, *Sjællands Tidende*, 27.01.1986.

¹⁰⁶ „Sygdom og ulykke skal forebygges“, *Vendsyssel Tidende*, 08.01.1986.

Julepakken kunne meget vel have betydet, at amterne skrinlagde planerne om MFR, fordi de ville blive pålagt 100 % afgifter oveni de reelle udgifter. Nogle amter gik dog videre med planerne, men kilderne giver ingen svar på hvilke. De centrale sundhedsmyndigheder var heller ikke klar over de enkelte amters planer. De forudså med bekymring, at en utilstrækkelig vaccinationsdækning kunne have de uheldige konsekvenser, at sygeligheden blev forskudt til voksenalderen, hvor sygdommene kunne have mere alvorlige konsekvenser.

Bekymring for uforudsete konsekvenser af amternes planer

Særligt Seruminstittetets medarbejdere udtrykte bekymring for konsekvenserne, hvis MFR blev indført af amterne i stedet for af staten. Som overlæge Henrik Zoffmann påpegede i *Berlingske Tidende* den 10. december 1985, kunne Amtsrådsforeningen nemlig kun tilråde, men ikke påbyde amterne at tilslutte sig.¹⁰⁷ Dermed risikerede man den før-omtalte „pletvise“ vaccinerings. I så fald ville dækningsgraden blive for lav med mulige negative konsekvenser for sygeligheden. Ujævn vaccinationsdækning ville betyde, at et stort antal danskere ville nå at blive voksne uden at blive vaccineret, men samtidig var der risiko for, at de heller ikke ville blive smittede og dermed immuniserede, fordi der var længere imellem muligheden for at blive smittet. Dermed ville flere voksne være modtagelige over for sygdommene, der ville have mere alvorlige potentielle følgevirkninger: fosterskader for røde hundes vedkommende, sterilitet ved fåresyge og øget risiko for hjerneskrader ved mæslinger.¹⁰⁸

Ifølge Seruminstittetet risikerede man, at de problemer, som MFR skulle udrydde, reelt kunne forstørres ved et amtligt vaccinationsprogram. Zoffmann kritiserede på cirka samme tid statens ubeslutsomhed og den fra hans stol set uskønne beslutningsproces:

I et geografisk lille land som Danmark virker det nærmest komisk, at man i knæfald for det manglende samarbejde mellem offentlige kasser ender med at indføre MFR-vaccinationen på den mest kringlede måde. Vi vil herefter være i en situation, hvor en del af det berømte danske vaccinationsprogram styres centralt

¹⁰⁷ Henning Ziebe: „Fare for stop for vaccination mod børnesygdomme“, *Berlingske Tidende*, 10.12.1986.

¹⁰⁸ Hans Jørn Kolmos & Henrik Zoffmann: „Spørgsmål og svar: Vaccination mod mæslinger – en samfundsøkonomisk gevinst?“, *Ugeskrift for Læger*, bd. 147, nr. 49, 1985, s. 4051.

fra, og en anden, men lige så vigtig del, indgår i decentrale politiske beslutningsprocesser.¹⁰⁹

Sundhedsstyrelsens Michael von Magnus beroligede dog med, at hans opfattelse var, at Amtsrådsforeningen kun ville gennemføre programmet, hvis alle amter tilsluttede sig; „Ellers vil Amtsrådsforeningen lægge planerne i skuffen“.¹¹⁰ Men, advarede han, hvis ikke alle amtskommuner meget hurtigt indførte programmet, „falder selve tanken med den bredt anlagte vaccinationskampagne væk, og hensigtsmæssigheden af vaccinationerne kan drages i tvivl“.

Denne tvivl var udslagsgivende. 22. januar 1986 udformede embedsfolk i ministeriet et langt notat til ministeren, hvor situationen blev udfoldet som ovenfor; heri fremhævede de blandt andet de ovennævnte presseomtaler, der indikerede, at flere amter ikke ville gå ind i programmet. Der fulgte en plan for iværksættelse af et statsligt MFR-program, „[s]åfremt ministeren finder situationen så ændret, at indenrigsministeriet [sic] bør forestå iværksættelsen af vaccinationsprogrammet [...]“.¹¹¹ Problemet var dog stadig den manglende finansiering: „Den reelle stopklods for en statslig iværksættelse af børnevaccinationsprogrammet ville således være finansministeriet [sic]“.

De problemer, som var udgangspunkt for Sundhedsstyrelsens indstilling fra 1983, handlede om de tre sygdommes sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske følger. Den oplagte løsning var at indføre vaccinationer, og den løsning var stabil. Problemet tog imidlertid ny form med amternes planer, som jo ellers var et forsøg på at effektuere løsningen. Her ser vi altså igen, at løsninger og problemer ikke var adskilte fænomener, og at man ikke bare kan tale om én politisk strøm. Hvis løsningen blev implementeret af de „forkerte“ politiske myndigheder, risikerede de centrale sundhedsmyndigheder, at problemet ville tage en ny og alvorligere form.

Radikal politisering af MFR

Amtsrådsforeningen var ikke alene om at presse ministeren. Radikale Venstre havde i forbindelse med finanslovene for 1984, 1985 og 1986 forhandlet med ministeriet om den tidligere nævnte reform af sundhedsvæsenet, som blandt andet skulle indføre brugerbetaling på visse dele af sundhedsvæsenet og indføre MFR. Måske som en konsekvens

¹⁰⁹ „Vaccination mod mæslinger – en samfundsøkonomisk gevinst?“, *Ugeskrift for Læger*, bd. 147, nr. 49, 1985, s. 4051.

¹¹⁰ RA SM4 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1 mappe II, mavebælte dateret 10.12.1985.

¹¹¹ RA SM4, pakke 132, journalsag 5312-1, mappe II, notat 22. januar 1986.

af, at det ikke lykkedes at afsætte penge på finanslovene, tog Radikale Venstre andre værktøjer i brug for at gennemtvunge MFR.

I januar 1985 forespurgte partiet indenrigsministeren om planerne for MFR.¹¹² Forespørgsler til ministeren er en effektiv måde for oppositionspartier – og støttepartier – til at tvinge den siddende regering til at forholde sig til en sag.¹¹³ De radikale argumenterede blandt andet med cost-benefit-analysen, som viste, at vaccinationerne ville være stort set udgiftsneutrale. Ministeren svarede, at hun var enig i behovet, men at der ikke var penge hertil. Året efter, i januar 1986, orienterede Dagmar Mørk Jensen (RV) ministeren om, at den radikale folketingsgruppe havde besluttet at fremsætte et forslag til folketingsbeslutning om indførelse af MFR.¹¹⁴ På Schall Holbergs foranledning drøftede Schlüter samme dag sagen med Niels Helveg Petersen (formand for RV), som lovede at trække beslutningsforslaget tilbage.

Trods aftalen mellem Schlüter og Helveg Petersen fremsatte Radikale Venstre beslutningsforslaget den 4. februar 1986.¹¹⁵ Det medførte, at Schall Holberg „af politiske grunde [fandt det] tvingende nødvendigt at gennemføre ordningen“, og hun bad finansminister Palle Simonsen (K) om forhøjelse af udgiftsrammen:

Jeg finder det politisk absolut nødvendigt, at jeg gennemfører det udvidede vaccinationsprogram nu, idet det i modsat fald vil blive gennemtrumfet af et flertal i folketetinget [sic].¹¹⁶

Det lader til, at Indenrigsministeriet simpelthen blev bange for at miste kontrollen. Efter beskeden fra Mørk Jensen havde ministeriet udformet et udkast til bekendtgørelse om MFR. En medarbejder tilføjede en opfordring til, at ministeren skulle sikre med Amtsrådsforeningen, „at amtskommunerne nu lever op til den forpligtelse, de har påtaget sig. Minister og folketing [sic] kan ikke vente i uvished. – det er RV’s initiativ måske også et udtryk for“.¹¹⁷ Ministeren genvandt kon-

¹¹² *Forhandlingerne i Folketingsåret 1984-85*, J. H. Schultz Forlag, København 1986, sp. 4161ff.

¹¹³ Green-Pedersen 2011, s. 45f.

¹¹⁴ RA SM4 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24, notits til finansministeren vedrørende børnevaccinationsprogrammet.

¹¹⁵ *Forhandlingerne i Folketingsåret 1984-85*, J. H. Schultz Forlag, København 1986, sp. 6324ff.

¹¹⁶ RA SM4 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24, brev til finansministeren dateret 4. februar 1986.

¹¹⁷ RA SM4 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24, notat dateret 22. januar 1986.

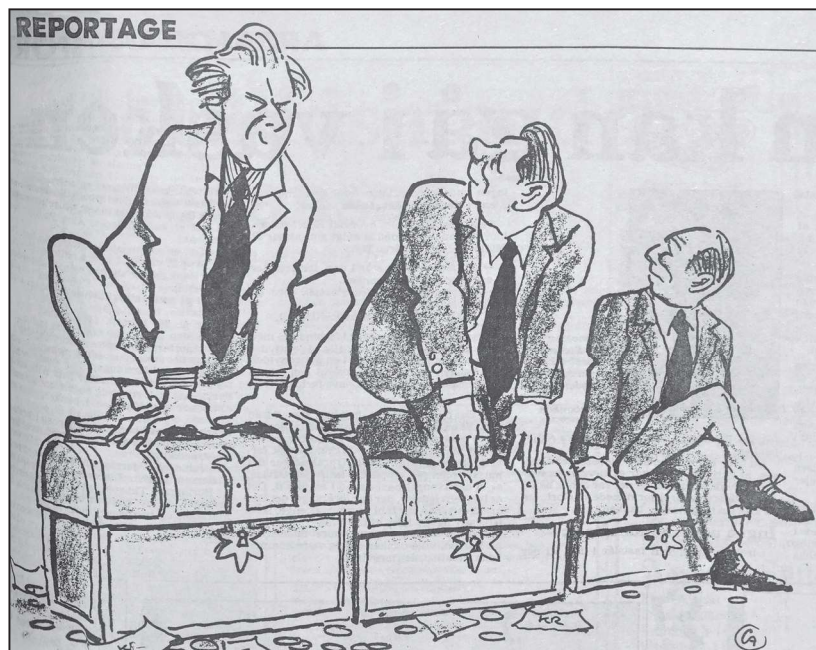


Fig. 2: Den økonomiske kassetænkning, som forsinkede MFR-vaccinen, blev genstand for offentlig kritik. I Aarhus Stiftstidende 15.12.1986 kunne man se denne satiriske tegning af Claus Andersen, der påpeger det absurde i, at man på grund af denne kassetænkning ikke kunne indføre vaccinen, som ville gavne både folkesundheden og samfundsøkonomien. De tre politikere på hver deres kiste, i stil med hundene fra H.C. Andersens Fyrtøjet, er fra venstre statsminister Poul Schlüter (Kons.), amtsborgmester Ib Frederiksen (Soc.) og Aarhus-borgmester Thorkild Simonsen (Soc.). Den ledsagede en artikel med titlen „Kurt har fåresyge“ og manchetten: „Den fik han, fordi politikerne ikke kunne blive enige om vaccinationsprogram mod børnesygdomme“. En billedtekst uddybede yderligere: „De sidder på vores penge, men har hver sin kasse, og det kan give problemer, når der ikke, som på tegningen af Claus Andersen, er penge i overflod“. Redaktionen har forgæves forsøgt at finde ret-tighedshaver.

trollen ved at udsende en pressemeddelelse den 3. februar 1986, hvori hun udtalte, at „[v]i kan ikke leve med denne tvivl [om hvor effektivt MFR kunne markedsføres i amterne]. Derfor må et decideret vaccinationsprogram sættes i gang nu, så vi er sikre på, at det når ud til alle børn“.118 Radikale Venstre trak herefter beslutningsforslaget tilbage. Det var lykkedes dem at tvinge Britta Schall Holberg til at tage ende-

118 RA SM4 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24. Pressemeddelelse, også gengivet i dagspressen, se f.eks. „Vaccination af alle børn“, *Politiken*, 03.02.1986, s. 8.

lig stilling, også offentligt. Spørgsmålet var så, hvordan MFR-programmet skulle finansieres. Som jeg viser i det følgende afsnit, blev knuden i første omgang løst ved at træffe beslutningen først og udrede finansieringen derefter.

Beslutning uden finansiering

Presset fra Amtsrådsforeningen og Radikale Venstre betød, at Indenrigsministeriet fik grønt lys fra regeringen til at indføre MFR. Allerede den 28. januar 1986, umiddelbart efter Dagmar Mørk Jensens trusler om et forslag til folketingsbeslutning, udformede Indenrigsministeriet et udkast til en bekendtgørelse om MFR, som blev sendt i partshøring med en svarfrist på kun to dage.¹¹⁹ Ifølge udkastet skulle børn under 13 år have ret til at blive vaccineret gratis med den kombinerede MFR-vaccine og visse grupper af voksne kvinder havde ret til gratis røde hunde-vaccination. Amtskommunerne skulle afholde udgifterne til både vaccinen og honoraret til de læger, der udførte vaccinationerne.

De vacciner, der allerede var en del af børnevaccinationsprogrammet, blev udleveret omkostningsfrit til amterne.¹²⁰ Amtsrådsforeningen konstaterede „med tilfredshed, at indenrigsministeriet [sic] nu er enig med Amtsrådsforeningen i, at vaccinationsprogrammet bør gennemføres“.¹²¹ Men foreningen var utilfreds med, at amterne skulle betale for én af børnevaccinerne, og påpegede det uhensigtsmæssige i at anvende to forskellige finansieringsmodeller. Indenrigsministeriet fastholdt dog, at amterne skulle betale, fordi Serum instituttet var i en „meget presset situation“ og ikke kunne „klare nye opgaver, og dermed påtage sig nye udgifter, medmindre foranstaltningerne dækkes ind gennem indtægter“.¹²²

Regeringen forsøgte altså at minimere de statslige udgifter til MFR. Serum instituttet – og dermed staten – havde udgifter til indkøb, opbevaring og håndtering af vaccine samt relaterede analyseopgaver, men det må formodes, at disse så vidt muligt skulle dækkes af amternes betaling for vaccinen.

11. februar 1986 blev Indenrigsministeriets bekendtgørelse ud-

¹¹⁹ RA SM₄ 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24, breve til Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum institut dateret 28. januar 1986.

¹²⁰ *Folketingstidende 1976/77 Tillæg A*, J. H. Schultz Forlag, København 1977, sp. 1639ff.; *Folketingstidende 1985/86 Tillæg D*, J. H. Schultz Forlag, København 1987, sp. 4472.

¹²¹ RA SM₄ 1983-87, pakke 132, journalsag 5312-1, mappe II, udateret høringssvar fra ARF

¹²² RA SM₄ 1983-87, pakke 137, journalsag 5320-24, notat dateret 4. februar 1986.

sendt.¹²³ Selvom det fremgik, at amterne afholdt udgifterne, var det dog uklart, også for de involverede parter, hvem der egentlig skulle betale.¹²⁴ Amtsrådsforeningen var af den opfattelse, at Indenrigsministeriet „uofficielt“ allerede havde tilkendegivet, at staten ville kompensere alle amternes udgifter.¹²⁵

I forhandlingerne om finanslov 1987 blev der afsat en særbevilling på tre millioner kroner i Indenrigsministeriets budget til en oplysningskampagne om vaccination mod MFR.¹²⁶ Derudover fremgik det, at Seruminstittutets driftsudgifter i 1987 ville stige med 18,2 millioner kroner til indkøb af vaccine samt til udførelse af flere røde hundentistoprøver. Samtidig ville driftsindtægterne stige nogenlunde tilsvarende, idet amtskommunerne, København og Frederiksberg Kommuner som nævnt skulle købe vaccinen af Seruminstittutet.¹²⁷ Grundet det såkaldte udvidede totalbalanceprincip skulle amtskommunerne dog kompenseres af statskassen for pålagte udgifter, herunder også for MFR-vaccinationer.¹²⁸ Det betød, at staten reelt afholdt alle udgifter til MFR-programmet, trods den lidt komplicerede betalingsmodel.

Hvorfor kunne det pludselig lade sig gøre at afsætte de penge, det krævede, når det gennem de foregående tre år havde været umuligt? Det fremgår ikke af kilderne. Jeg har derfor spurgt Britta Schall Holberg og Michael von Magnus, hvordan finansieringen kom på plads. Ingen af dem kunne give nogen konkrete svar, men Schall Holberg mente, at det kunne forklares ved, at pengene sad lidt løsere på det tidspunkt.¹²⁹ von Magnus mente, at presset på Indenrigsministeriet til sidst blev så stort, at de ikke kunne komme udenom at indføre MFR.¹³⁰ Begge udsagn er nok en del af forklaringen.

¹²³ Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 46 af 11. februar 1986 om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v.

¹²⁴ „300.00 børn skal vaccineres“, *Danmarks Amtsråd*, nr. 3, 1986.

¹²⁵ RA SM4 1983-87, pakke 131, journalsag 5312-1, mappe I, brev fra Amtsrådsforeningen til Indenrigsministeriet dateret 25. marts 1986.

¹²⁶ *Folketingstidende 1985/86 Tillæg D*, J. H. Schultz Forlag, København 1987, sp. 4470.

¹²⁷ Smst. sp. 4472

¹²⁸ Det fremgår af notat om udgifter ved udvidelsen af vaccinationsprogrammet. Se RA IM3 1983-87, pakke 239, journalsag 5312-1, mappe III, dateret 17. marts 1986. Det udvidede totalbalanceprincip blev indført i 1984 som erstatning for det tidligere totalbalanceprincip, som blev indført i 1972. Se KL's notat „Kort om DUT“: <https://www.kl.dk/media/11729/ds8jkogc7vjfechhdckq.pdf> anvendt 03.09.2019.

¹²⁹ Mail fra Britta Schall Holberg til undertegnede dateret 23. oktober 2019.

¹³⁰ Interview med Michael von Magnus 28. oktober 2019.

Det var på cirka samme tid, at statsminister Poul Schlüter gav den berømte karakteristik af dansk økonomi, at „det går ufatteligt godt“.¹³¹ Det var en sandhed med modifikationer, og en ny økonomisk krise indtraf få måneder senere. Alligevel kan den kortvarige optimisme i den politiske strøm have medført, at der blev åbnet et vindue, hvori MFR kunne finansieres.

Samtidig har von Magnus ret i, at regeringen var under pres i sagen om MFR. Sundhedsstyrelsen og Serumintituttet havde kontinuerligt påpeget behovet, og Amtsrådsforeningen og Radikale Venstre satte det yderligere på spidsen og viste, at de kunne gennemtrumfe beslutningen. Oveni var der presset fra det internationale samfund for at indføre vaccination mod mæslinger og de mange presseomtaler af sagen. Det pres kunne regeringen ikke modstå i længden.

Konklusion

MFR handler, som andre vaccinationer, om at øge folkesundheden. Alligevel forsvandt folkesundheden i en proces, der i højere grad kom til at handle om økonomiske interesser og begrænsninger. Artiklen har fokuseret på, hvorfor MFR var på dagsordenen så relativt længe uden at blive indført, og hvad der i sidste ende gjorde, at beslutningen om at indføre den blev truffet. Med udgangspunkt i teoretisering om politisk dagsordenfastsættelse har analysen fulgt udviklingen af problemer, løsninger og politisk klima. Den viser brugbarheden af Kingdons *multiple streams* til at identificere og følge strømmene og deres møder, men også modellens begrænsninger. Strømmene var ikke adskilte, men blev udviklet i symbiose. Vaccinen var en løsning på flere forskellige problemer, som tog form efterhånden. For det første blev de tre sygdomme med indstillingen fra 1983 konstrueret som sundhedsmæssige problemer for samfundet som helhed og ikke, som tidligere, kun for få risikogrupper. For det andet oplevede især sundhedsmyndighederne det som problematisk, at Danmark ikke bidrog til det internationale mæslingevaccinationsarbejde. For det tredje efterspurgte stadig flere danske forældre mæslingevaccination. For det fjerde kunne MFR, set med både indenrigsministerens, amternes og Radikales Venstres øjne, bidrage til at opfylde ambitionerne om at øge forebyggelsen og spare på de offentlige budgetter. Hvad angår politikstrømmen har analysen vist, at man ikke kan tale om én politisk strøm. Der var flere niveauer og faser i processen, og der var uoverensstemmelser mellem Indenrigsministeriet og amterne, ligesom der ikke var konsensus internt i regeringen. Den overordnede politik var formet af Schlütertidens idealer om genopretning og sparepolitik, hvor

¹³¹ Olesen 2018, s. 235.

hver søjle på statsbudgettet skulle stemme. Det betød, at Finansministeriet i flere år blokerede for indførslen af MFR, fordi det ville kræve ekstra investeringer at iværksætte programmet. Indenrigsministeriet ønskede større fleksibilitet og prøvede derfor at skabe et handle- rum inden for de snævre rammer. Det ses tydeligst i ministeriets mange forskellige forsøg på at finansiere MFR. Den cost-benefit-analyse, som Sundhedsstyrelsen og Indenrigsministeriet fik foretaget, spillede en afgørende rolle i processen, men ikke, som det var tænkt, ved at legitimere investeringen i MFR. I stedet blev den en anledning til politisering og pres fra Amtsrådsforeningen og Radikale Venstre, som i sidste ende gennemtrufede MFR. Trods den lange forhandlingsproces endte beslutningen derfor med at blive truffet „hastigt og ikke helt velovervejet“, med Larsen og Andersens ord fra den indledende teoridiskussion. Således blev både pressemeddelelse og lovekendtgørelse udsendt, uden at hverken praksis eller finansiering var på plads, fordi regeringens magt blev udfordret.

Vaccinationer er et ubetinget gode for folkesundheden, både i Danmark og globalt, men de er et politisk fænomen i lige så høj grad som et sundhedsfagligt. Derfor, som analysen har vist, er sygdomme heller ikke bare ét problem, og vaccinationer er ikke en simpel løsning. Historiografien viser, at vaccinationspolitik i høj grad formes efter de politiske, kulturelle og institutionelle forhold i nationalstaten. Det er i den forbindelse oplagt, at MFR først kom på dagsordenen i Danmark på et sent tidspunkt, fordi det tidligere var fastslået af myndighederne, at det var en unødvendig vaccination. Endvidere producerede Serumintituttet ikke selv MFR-vaccine, hvilket ifølge historiografien fører til en mindre tilbøjelighed til at indføre vaccinen. At den alligevel kom på dagsordenen skyldes, som i Holland, blandt andet en ambition om at bidrage til det internationale vaccinationsarbejde. Samtidig viser analysen, at MFR blev indført med det formål at virke positivt på samfundsøkonomien såvel som folkesundheden i overensstemmelse med tidens politiske strøm.

Som nævnt blev koppevaccinationerne i begyndelsen af 1800-tallet accepteret af almuebefolkningen, fordi myndighedspersoner tog ansvar herfor. Alligevel blev de indført med tvang, som man mere end 100 år senere stadig ikke turde slippe. Denne artikel viser omvendt, at borgerne var med til at efterspørge MFR og sætte den på dagsordenen. I slutningen af 1900-tallet var tvangen for længst blevet unødvendig, fordi både myndigheder og forældre anså vaccinationer for et gode for børnesundheden.

SUMMARY

*Politicizing childhood diseases. The introduction of
MMR vaccinations in Denmark 1983-1987*

In 1987, after a multi-year policymaking process, Denmark introduced the combined measles-mumps-rubella (MMR) vaccine into the childhood vaccination program. Using the multiple streams framework developed by John Kingdon, this article traces how MMR was placed on the political agenda and eventually introduced on a national scale.

During the 1960s, 1970s and 1980s, most Western countries had introduced vaccines against one or more of the diseases. By contrast, the Danish health authorities considered measles and mumps trivial childhood diseases, and congenital rubella syndrome was solved by offering abortions to pregnant women who were infected. Thus, the first step in the political process was the reframing of all three diseases as serious health threats, a task made easier by pressure placed by the World Health Organization on Denmark to contribute to its global campaign against measles. Once urgency was established, medical data was presented to demonstrate the value of providing all three vaccines in a single inoculation.

In 1983, the National Board of Health issued a recommendation for an MMR vaccination program aimed at children ages 15 months and 12 years. The Ministry for the Interior welcomed the recommendation, but the tight budgets and the Conservative-led government made it difficult to find money for the new vaccines. While the ministry deployed different strategies, among others a cost-benefit-analysis, it failed to convince the government as a whole. In the end, other actors played a decisive role. County-level officials had been convinced by the cost-benefit analysis, so in late 1985, the Association of County Councils initiated a MMR program. Shortly thereafter, the Danish Social Liberal Party (Radikale Venstre) proposed a parliamentary resolution in favour of the introduction of MMR. This, in combination with pressure from parents and the media, forced the government to introduce MMR.

Hence, the article concludes, the introduction of MMR in Denmark was delayed due to political and financial circumstances in the 1970's and 1980's, and the eventual introduction was due to four circumstances: 1) a change in the health authority perceptions of the diseases; 2) public health and prevention became a political priority as a result of the tight state budgets; 3) pressure from WHO, and 4) pressure from the public, the counties and the Parliamentary opposition.