

# Hvad er sundhedsfremme?

## En analyse af begrebet og styringsmetoderne

Signild Vallgård

---

*Sundhedsfremme defineres forskelligt. Nogle ser det som stort set det samme som forebyggelse, andre mener, at forebyggelse og sundhedsfremme er diametralt forskellige, og at sundhedsfremme står for noget nyt og meget bedre end tidligere tiders forebyggelse. De, som ser sundhedsfremme som noget nyt, fremhæver, at sundhedsfremme sigter mod noget positivt, sundheden, og at det indebærer brug af nye metoder, hvor den enkelte sættes i stand til at styre sig selv og få magt over sit eget liv. Forebyggelse hævdes at handle om ekspertstyring, forskrifter og at fokusere på det negative: sygdom og risiko. I artiklen vises, at sundhedsfokusering ikke er ny, den ses allerede hos de gamle grækere, og at styringsbestræbelserne, ekspertstyringen og forskrifterne ikke er forsvundet. Styringen sker i dag både gennem at appellere til borgernes lydighed og ved at søge at styrke deres evne til selv at handle. Der bruges tilsyneladende modstridende styringsmidler til at nå målet: sunde borgere.*

I mange forfatteres forestillingsverden er sundhedsfremme en ny foreteelse, som udvikledes efter vedtagelsen af *The Ottawa Charter* fra 1986. Det indledtes med ordene:

Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende (Ottawa 1988).

Sundhedsfremme rummer således to aspekter i denne definition: det handler om at fremme sundheden eller velbefindendet, og om at det skal ske ved, at mennesker får kontrol over deres sundhed. Sundhedsfremme indebærer, hævder mange, et brud med tidligere tiders mere formynderiske forebyggelse. Som jeg vil forsøge at vise i det følgende, er det ikke nyt at beskæftige sig med at fremme sundhed, og der er heller ikke meget, der tyder på, at man har forladt de formynderiske eller paternalistiske påvirkningsmetoder. Sundhedsfremme har dog fået nogle nye dimensioner i de seneste årtier, ikke mindst gennem talen om 'empowerment' eller 'enablement'. Disse strategier kan ses som et middel til at støtte folk til at få magt over deres eget liv, d.v.s. at blive subjekter. Det kan også ses som en ny måde at styre på. Først vil jeg analysere forskellige måder, sundhedsfremme defineres på. Dernæst vil jeg diskutere påstanden om, at sundhedsfremme er et nyt fænomen. Endelig vil jeg se på nogle af de styringsteknologier, som benyttes i forbindelse med sundhedsfremme. For at betegne de aktiviteter, som har været gennemført for at forebygge sygdomme og fremme sundheden til forskellige tider bruger jeg begrebet folkesundhedsarbejde, selv om det ikke har været brugt i den pågældende periode.

## Danske definitioner

En måde at klargøre, hvad et begreb dækker over i en given sammenhæng, er at studere, hvilke begreber det relateres til (Koselleck 1995). Sundhedsfremme nævnes ofte sammen med forebyggelse, somme tider fremstår de nærmest som synonymmer, det kan være svært at se forskel på de to. I andre sammenhænge gøres der meget ud af at kontrastere de to. I det følgende vil jeg se på nogle af de nyere danske definitioner af sundhedsfremme. Lignende forestillinger om sundhedsfremme findes i megen udenlandsk litteratur (Kickbusch 1986; Parish 1995; Macdonald & Bunton 2002).

I Den store danske encyklopædi bd. 18 (2000) skriver Lars Iversen i artiklen om sundhed under rubrikken sundhedsfremme:

Gennem sundhedsfremme søger individet og samfundet at øge den enkeltes evne til at undgå at blive syg, f.eks. gennem motion, sund kost, rygeophør eller mere generelle tiltag som tryghed i ansættelse.

Her skelnes ikke mellem forebyggelse og sundhedsfremme, sundhedsfremme defineres som tiltag for at søge at undgå sygdom. Længere henne i samme bind

skriver Thorkild I. A. Sørensen om sundhedsfremme i artiklen om sygdomsforebyggelse:

Sygdomsforebyggelse adskiller sig fra sundhedsfremme, som betegner mere generelle aktiviteter til fremme af sundheden hos den enkelte, i bestemte befolkningsgrupper eller i hele befolkningen.

Et udgangspunkt for disse aktiviteter er, skriver han, at sundhed er mere end fravær af sygdom. Den omfatter andre kvaliteter, som antages at have værdi for ens almene psykiske og kropslige velbefindende ... Styrket evne til og stimuleret motivation for at løse problemer eller bære lidelser og andre vanskeligheder ...

Denne definition rummer en adskillelse af forebyggelse og sundhedsfremme både ved at omtale sundhed som mere end fravær af sygdom og ved at fremhæve, at den metode, man bruger, indebærer at styrke den enkelte. Definitionen er noget mere snæver end Ottawa-deklarationens, idet den sociale dimension af sundhed ikke er med.

Lidt mere udfoldede definitioner kan man finde i tre nyere danske lærebøger. I en lærebog i medicinsk sociologi fra 2002 definerer Lars Iversen de to begreber:

Forebyggelsen har til formål at fjerne sygdom og ubehag og er således rettet mod den negative side af sundhedsbegrebet. Sundhedsfremme er rettet mod den positive side. Den omfatter også forebyggelsen, men den har et langt mere ambitiøst sigte, idet den også vil øge den positive sundhed (Iversen et al. 2002: 278).

Sundhedsfremme forbindes med det positive og forebyggelse med det negative. Samtidig med at de to foreteelser er forskellige, er sundhedsfremme et overbegreb og forebyggelse udgør en del af det. Senere i samme kapitel står, at

sundhedsfremme kan defineres som en proces, der har til formål at gøre personer individuelt og kollektivt i stand til at udøve kontrol over forhold, der betyder noget for deres sundhed, og derigennem at forbedre deres sundhed (Iversen 2002: 281).

Dvs. at sundhedsadfærd kobles til 'empowerment'- eller 'enablement'-strategier. Disse definitioner svarer meget godt til den fra The Ottawa Charter, som citeredes i indledningen.

I den seneste udgave af en anden brugt lærebog, *Forebyggende sundhedsarbejde* fra 2003, skriver Finn Kamper-Jørgensen om den nye forebyggelse, at den tager

udgangspunkt i det "brede sundhedsbegreb - et dynamisk sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen", og hvor sundheden skabes i "et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levekår og sundhedsvæsenets indsats" (2003: 17). Han refererer en række definitioner af sundhedsfremme og fremhæver, at der er uenighed, men tager ikke selv stilling til, om der er én definition, som er at foretrække. Senere i kapitlet opstiller han en skelnen mellem sundhedsfremme før og efter Ottawa:

### *Før-Ottawa*

Orienteret mod risikofaktorer  
 Medicinsk orienteret mod sygdom (patogenetisk perspektiv)  
 Tilrettelagt på eksperternes betingelser  
 Orienteret mod individer  
 Offeret er selv skyld i sin sygdom  
 Målet er at gennemføre adfærdsændring hos den enkelte  
 Tænkning og indsats er middelklasseorienteret  
 Social ulighed er ikke indbygget i programmet

### *Efter-Ottawa*

Bredt sundhedsbegreb  
 Sundhedsorienteret (salutogenetisk perspektiv)  
 Sigtet mod at inddrage den enkelte borger  
 Rettet mod hele befolkningen  
 Både individuelt og samfundsmæssigt ansvar  
 Rammer og forudsætninger for sundhed  
 'Empowerment'  
 Politisk indfaldsvinkel  
 Samarbejde mellem sektorer  
 Tilbud tilpasset modtagernes forskellige behov

(Kamper-Jørgensen 2003: 28)

Denne beskrivelse ligner andre forfatteres modstilling af forebyggelse og sundhedsfremme, hvor forebyggelse eller sundhedsfremme før Ottawa ser på det, som forårsager sygdom, mens sundhedsfremme efter Ottawa orienteres mod sundhed, bruger 'empowerment' og inddrager den enkelte. Skemaet kan også tolkes som en modstilling af positive og negative forhold: før var aktiviteten præget af eksperter, middelklassen, 'victim-blaming' og uden blik for social ulighed i sundhed. Mens det nye byder på 'konstruktive løsningsforslag', fokuserer på sundhed i bred forstand og inddrager den enkelte uden at lægge hele ansvaret på den enkelte. Der er næppe nogen tvivl om, at Finn Kamper-Jørgensen ser sundhedsfremme efter Ottawa som et fremskridt. Den nuværende danske folkesundhedspolitik (Rege-

ringen 2002) indeholder især træk af førorienteringen med fokus på sygdomme, individer og adfærdsændringer, hvilket tyder på, at regeringen ikke helt deler det synspunkt.

Det sidste eksempel på en dansk definition af sundhedsfremme er fra en lærebog med titlen: *Sundhedsfremme. En lære-, debat og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser* (2000). Heri modstilles sundhedsfremme og forebyggelse. Forfatterens definition af sundhedsfremme tager udgangspunkt i den amerikansk-israelske sociolog Aaron Antonovskys teorier om 'sense of coherence' og om salutogenese:

I sundhedsfremme er målet først og fremmest at øge folks følelse af sammenhæng, dvs. følelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed – eller med solide danske ord at styrke folks livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen. Arbejdet er kort sagt baseret på mulighedstænkning, drevet af håb, domineret af nedefra-og-op-perspektiv, idet kun den enkelte borger kender sin egen følelse af sammenhæng. Sundhedsfremmearbejdet er forankret i en dynamisk tænkning, hvor læreprocesser, erfaringer og følelse af sammenhæng (aktørperspektivet) er ligeså vigtige som levestil og stressorer (strukturperspektivet).

I forebyggelsesarbejde er målet at holde folk raske ved at undgå sygdom. Arbejdet er kort sagt baseret på risiko-tænkning, drevet af frygt, domineret af eksperter og et oppe-fra-og ned perspektiv. Forebyggelsesarbejdet er forankret dels i en biomedicinsk forklaringsramme dels i en socialmedicinsk forklaringsramme ofte forstået som spørgsmål om levestils og livsstils indvirkning på helbredet.

Ideer om forebyggelse og folkesundhed kan – hvis man ikke er meget opmærksom – tage en autoritær retning: Eksperter og regering fortæller folk – med oplysning, kampagner, regler, økonomiske sanktioner og betingede ydelser – hvordan de bør leve ... hvor nogen på andres vegne ved, hvad der er bedst. Sundhedsfremme er derimod forankret i folks følelser og livsprojekter (Jensen & Johnsen 2000: 7-8).

Denne definition er mere værdiladet end de tidligere omtalte. Sundhedsfremme beskrives med ord med mange positive konnotationer, 'solide danske ord', livsglæde, overskud, håb, dynamisk (et begreb som Kamper-Jørgensen også bruger ofte i forbindelse med den ny sundhedsfremme), mens forebyggelse omtales med ord som frygt, autoritær og dominans. I denne definition er der således tale om to helt forskellige projekter, med forskellige mål og metoder. Det ene er endvidere

langt mere efterstræbellesværdigt end det andet. Det ser også ud til, at det især er metoderne, der skiller de to foreteelser ad. Kampagner og oplysning hører øjensynligt ikke hjemme i sundhedsfremmearbejdet. I sundhedsfremme tager man ifølge forfatterne udgangspunkt i, hvad folk ønsker, samtidig med at der jo ikke er nogen tvivl om, hvad målet er, nemlig at fremme sundheden. Nogle gange kan det tilsyneladende være nødvendigt at gøre noget for at få mennesker til at ønske sundheden ved at forsvare sagen. "Den professionelle må først være jordemoder for et spørgsmål, før han/hun kan blive advokat for en sag" (Jensen & Johnsen 2000: 9).

Det seneste bud på en definition af sundhedsfremme kommer fra Sundhedsstyrelsen. Den stemmer overens med Jensen & Johnsens. Det hedder, at "i sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici. Sundhedsfremmearbejdet bygger på et salutogenetisk perspektiv mens forebyggelsesarbejdet bygger på et patogenetisk." Samtidig står, at "forebyggelse og sundhedsfremme indeholder gensidigt elementer af hinanden" (Sundhedsvæsenets begrebsbase: Folkesundhed 2005). Der henvises både til Jensen & Johnsen (2000) og til Iversen (2002), og definitionen skal nok ses som et resultat af et kompromis mellem forskellige interesser. Formelt set kan man sige, at Sundhedsstyrelsen har foretaget en lukning af diskussionen ved at komme med en autoriseret definition. Da den ikke tager stilling for den ene eller den anden måde at fortolke begrebet på, lader den det dog stadig stå åbent, hvad sundhedsfremme er.

Sammenfattende kan man om ovenstående definitioner sige, at de, hvis de ikke er neutrale, ser sundhedsfremme som en (meget) mere positiv aktivitet. De ser det også som en ny og ønskelig udvikling, at sundhedsfremme kommer til at spille en større rolle i folkesundhedsarbejdet. Begrebet sundhedsfremme forstås dog, som vist, meget forskelligt. Det går fra at være identisk med forebyggelse til, at sundhedsfremme er alt det, forebyggelse ikke er. De fleste definitioner ser den forskel mellem sundhedsfremme og forebyggelse, at sidstnævnte handler om at forhindre noget, som de fleste kan blive enige om er dårligt, nemlig sygdom, mens sundhedsfremme handler om at fremme det gode: sundheden. De er stort set også enige om, at i sundhedsfremme bruges metoder, der inddrager den enkelte mere, og som derfor forudsætter, at den enkelte er i stand til at handle. Målet er, at den enkelte skal ændre adfærd, der står ikke meget om, hvad politikerne kan gøre for at forbedre sundheden udover at fremme denne adfærdsændring, som f.eks. ved at forbedre miljøet, kontrollere levnedsmidler og andre produkter. Definitionerne

har også det til fælles, at de ikke siger noget om, hvad sundhed er. Det er åbent eller i det mindste uudsagt, hvad som skal fremmes.

WHO definerede i 1948 sundhed som "en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse" (Kristensen 2002: 17). Tager man det som udgangspunkt, forudsættes at man for at kunne fremme sundheden, kan finde en definition af velbefindende i disse tre henseender. Hvilket indebærer at definere, hvad det gode liv er. Sundhedsfremme bliver dermed normativ i forhold til hele menneskelivet, det handler om at lægge livet til rette for mennesker, ikke kun sådan at de undgår sygdomsårsager, men også sådan at det bliver godt at leve. Som der står i den førnævnte lærebog i medicinsk sociologi, er det "vanskeligt at afgrænse, hvad der skal fremmes" (Iversen 2002: 282). I de tekster, som jeg har studeret her, er det åbenbart så selvfølgelig, hvad sundhed er, at det ikke er nødvendigt at definere. Indholdet i det gode liv er ikke til diskussion.

Ved at lægge vægt på sundhedsfremme frem for forebyggelse, giver man ord til den udvidelse af folkesundhedsarbejdet, som skete i løbet af 1900-tallets sidste årtier, som indebar, at nye forhold blev genstand for myndighedernes bestræbelser for at lægge menneskers liv til rette, se nedenfor. De voksende styringsambitioner gik hånd i hånd med fremhævelsen af sundhedsfremme frem for forebyggelse (Vallgård 2003; Togeby et al. 2003: kapitel 14).

## Er sundhedsfremme et nyt fænomen?

Mange af de definitioner af sundhedsfremme, som er omtalt ovenfor, rummer en historisk dimension. Man nøjes ikke med at modstille forebyggelse og sundhedsfremme eller forskellige former for sundhedsfremme. Det fremhæves også, at sundhedsfremme er et nyt fænomen eller har fået en ny form. Finn Kamper-Jørgensen taler om, at man på "baggrund af Ottawa-charteret har fået en helt ny international folkesundhedspolitik (The New Public Health Policy), hvor sundhedsfremme er blevet en slags overbegreb" (Kamper-Jørgensen 2003: 30), og Lars Iversen skriver om 'the new public health', som er vundet frem i de sidste 30-40 år (Iversen 2002: 276). Historien bruges således til at definere folkesundhedspolitikken og især sundhedsfremme. Tidligere tiders folkesundhedsarbejde fremstilles som meget anderledes end dagens, som mere autoritært og ekspertstyret. Hvordan stemmer dette overens med en viden, man kan få ved at studere kilderne? Er der tale om et radikalt brud?

Både ja og nej. Hvis sundhedsfremme defineres som bestræbelser på at fremme sundheden, og at den enkelte tildeles en rolle i dette arbejde, har det en endda meget lang historie. Hvis man derimod ser på brugen af selve begrebet, og hvis sundhedsfremme defineres som bestræbelser på at fremme sundheden med nogle helt specifikke metoder, 'enablement', 'empowerment' m.v., må den siges at være af nyere dato, så er Ottawa-deklarationen et bud på en begyndelse.

For at begynde med den første betydning. WHO's definition af sundhed som noget mere og andet end fravær af sygdom er fra 1948, dvs. ca. 40 år før Ottawa. Sundheden har således været på WHO's dagsorden fra begyndelsen. En optaget-hed af at fremme sundheden kan man imidlertid finde længe før, allerede hos de gamle grækere, i den medicinske tænkning, som ofte benævnes humoralpatologi, og som blev udviklet af bl.a. Hippokrates og Galen. Meget af dens tankegods blev holdt i hævd helt op i 1800-tallet. Ifølge humoralpatologien var målet at skabe balance i krop og sjæl, dvs. opnå sundhed. Det skete med råd om, hvordan man skulle spise, drikke, hvile og træne, om hvordan omgivelserne og følelserne påvirkede sundheden, og om at man skulle sørge for at udtømme forskellige kropsvæsker for at opnå den ønskede balance (humor betyder noget flydende) (Nutton 1993).

Hvis man tager udgangspunkt i nogle af de ovenstående definitioner af sundhedsfremme, handlede den græske tænkning i høj grad om sundhedsfremme, og om hvordan den enkelte kunne sikre sin egen sundhed. Forebyggelse derimod, hvis den er sygdoms- eller risikofaktorspecifik, svarer mere til den medicinske tænkning, som slog igennem i løbet af 1800-tallet, med dens opfattelse af sygdomme som afgrænsede helheder og monokausale syn på sygdommes årsager (Vallgård 1995). Men man havde selvfølgelig længe før den nye biomedicinske tænkning også gjort meget for at forebygge sygdomme, ikke mindst ved at forsøge at forhindre smittespredning gennem karantæne og andre former for isolation af de smittede.

For at underbygge påstanden om, at sundhedsfremme ikke er et helt nyt fænomen, vil jeg komme med nogle danske eksempler. I *Plan for Fattigvæsenet for København* fra 1799 stod, at fattigvæsenets funktionærer skulle gøre fattiglemmerne "opmærksomme paa hvormeget Sundhed og Styrke beroer paa veltillavet Føde, samt Orden og Renlighed, Tarvelighed og Arbejdsomhed, og hvormeget derimod Svaghed og Sygdom foranlediges af slet Føde, Uorden, Skidenhed, Dovenskab samt stærk Brændevins- og Kaffedrik." (Plan 1799: paragraf 99). Her skulle de fat-tige således lære, selv at sørge for egen sundhed og styrke.

I 1850 skrev lægen Emil Hornemann, at folk skulle oplyses om, hvad: "Sund og ren luft, godt Vand, renlige Omgivelser, gode Boliger og en vis bekvemmelighed kan give, hvorved ikke blot den legemlige, men ogsaa den aandelige Sundhed og

Sædeligheden kan udvikles". Målet var at "fremme ikke blot deres fysiske men ogsaa deres moralske Fremskridt" (Hornemann 1850). Man var også i 1800-tallet optaget af at fremme menneskers sundhed, og det var vigtigt, at folk tog hånd om deres eget liv. Et motto i den tids fattighjælp var netop 'hjælp til selvhjælp'.

I 1939 arrangerede Berlingske Tidende og Arthur Jensens Forlag en stor sundhedsudstilling i Forum. Statsminister Stauning var protektor og medicinaldirektør Johannes Frandsen var leder af den videnskabelige komité. På udstillingen blev de besøgende oplyst om, hvordan de bedst kunne fremme deres sundhed ved hjælp af den rigtige ernæring, fysisk aktivitet, renlighed mv. Tanken om vigtigheden af menneskers aktive deltagelse i arbejdet med at fremme sundheden blev udtrykt af medicinaldirektør Johannes Frandsen i udstillingskataloget:

det sygdomsforebyggende og sundhedsbevarende Arbejde (kan) ikke gennemføres til Bunds uden Medvirken af hver enkelt i vort Samfund, og denne Medvirken forudsætter Forstaaelse af Arbejdets Midler og Maal (Frandsen 1939: 9).

Man talte ikke om sundhedsfremme i 1930'erne, men begrebet den konstruktive hygiejne må nærmest siges at være et synonym. Lægen Viggo Munck karakteriserede i 1936 indholdet i den konstruktive hygiejne som: "rigtig ernæring, rigtig brug af naturens sundhedskilder - sol, lys, luft, vand, friluftsliv, idræt, gymnastik - endelig psyko-hygiejnisk indstilling til dagliglivet og dets foreteelser" (Munck 1936). Poul Bonnevie, professor i hygiejne, skrev i 1951 om metoderne for at opnå adfærdssændringer, at oplysning ikke var nok, der skulle også vilje til at bruge oplysningen. Han troede ikke, at folk ønskede sundheden. Derfor var en af hygienikernes opgave at skabe dette ønske; 'Folkesundheden er en pædagogisk opgave'. Bonnevie lagde således stor vægt på at motivere. Motivationen kunne skabes ved at knytte positive følelser og behov til de ønskede adfærdssændringer. Her mente Bonnevie, at man måtte benytte

*den personlige vejledning og påvirkning, som ikke blot giver konkret viden, men som - selvfølgelig støttet af en almindelig opinionsdannelse - også giver forståelse af, at denne viden virkelig skal udnyttes, skaber mentaliteten og dermed fremelsker trangten til virkelig at følge rådene (Bonnevie 1951).*

Hvilket minder meget om den motiverende samtale, se nedenfor. Dette udpluk gør det selvfølgelig ikke ud for en egentlig dokumentation, men det viser dog, at personer, som var centralt placerede i det danske sundhedsvæsen, omtalte bestræ-

belser på at fremme sundheden og at få mennesker til selv at tage ansvar for den som en væsentlig opgave; også længe før Ottawa-deklarationen.

Sundhedsfremme har således en noget længere historie, end de gængse fremstillinger giver indtryk af. Hvad med den anden påstand om, at man nu har forladt den mere autoritære og paternalistiske form for forebyggelse? I budskaberne fra sundhedsmyndigheder og andre, som søger at påvirke befolkningen til en sundhedsgavnlig adfærd, finder man stadig mange forskrifter og udsagn formuleret i bydemåde. Lad mig komme med nogle få eksempler fra oplysningsmateriale publiceret af danske myndigheder. Der appelleres til autoritetstro ved udsagn, som indledes med: "Sundhedsstyrelsen anbefaler ..." Forskrifterne kan godt være de stik modsatte af tidligere, men de er stadig formuleret i bydemåde: "Læg uret væk! Det er ikke nødvendigt at bruge faste ammetider til fuldbårne raske børn." Andre eksempler er: "Lige fra barnet er født, skal I tale med det." "Drik ikke alkohol, når du er gravid." "Er tallet (BMI) mellem 25 og 30, er du overvægtig og bør tabe dig." Til forskel fra 1930'erne og 1940'erne omhandler forskrifterne ikke hovedsagelig somatiske forhold som spise- og sovevaner, men også f.eks. følelser og konflikt-håndtering: "Betragt måltidet som en rar måde at være sammen på." "Giv tid og plads til at få talt om problemerne i hverdagen." Den autoritære tone er således ikke forladt i folkesundhedsarbejdet men trives i bedste velgående ved siden af andre påvirknings- eller styringsmetoder.

Når man studerer udviklingen i folkesundhedsarbejdet i de sidste 70-80 år og de styringsbestræbelser, som bruges, er tre ting påfaldende (Vallgård 2003). Det første er, at styringsambitionerne har været støt voksende. Det kan ses i væksten af antallet af professionelle, som har til opgave at vejlede og vejlede borgerne. Der er kommet nye personalegrupper til, og andre grupper har fået flere vejledningsopgaver, f.eks. læger, jordemødre og sundhedsplejersker. Det ses også på, at vejledningsmaterialet er blevet mere omfattende og kampagnerne flere. Endvidere søger man at styre borgeren på flere områder. Nu handler det f.eks. ikke kun om, at barnet skal have den rette ernæring og påklædning. Vejledningen vedrører hele familien og dens netværk, og den omhandler opdragelse, konfliktløsning og følelser. For det andet appelleres i dag i højere grad til ansvarlighed, autonomi og valgfrihed, og der tales mere om, at mennesker skal blive i stand til at vælge og handle selvstændigt, vel at mærke med henblik på at de skal vælge det rigtige, det sunde. Som vist er det ikke et nyt fænomen at appellere til ansvarlighed, men det er blevet mere fremtrædende i dagens folkesundhedsarbejde. For det tredje bruges forskrifter i vidt omfang. Samlet får borgerne flere forskrifter formuleret i bydemåde, d.v.s. med appel til lydighed, i dag end for 50 år siden. Den autoritære

eller paternalistisk styreform er ikke forladt. De voksende styringsbestræbelser giver således plads til en fortsat brug af flere styringsteknikker, der er flere appeller til ansvarlighed, selvstændighed og frie valg og flere forskrifter om, hvordan vi skal opføre os. Endelig er der i de seneste årtier mange flere appeller til menneskers angst for sygdom og død, hvad de af EU påbudte advarsler på tobaksprodukter er et eksempel på.

Brugen af historien i definitionen af sundhedsfremme synes at skulle efterlade indtrykket af, at man er i gang med noget nyt og bedre. For at nå det mål, laver man en modstilling, som giver et fortegnet billede både af fortiden og nutiden. Det betyder, at man bliver blind for kompleksiteten i styringsbestræbelserne både den gang og nu.

Der kan også være andre grunde til historieskrivningen. Oplevelsen af, at der er tale om noget nyt kan skyldes, at der var en periode, 1950'erne og 1960'erne, hvor der skete meget lidt på forebyggelsesområdet, det viser gennemgange af lovgivningen, af tidsskrifter som *Ugeskrift for læger* og arkiver som *Lægeforeningens Hygiejnekommittés arkiv* (Vallgård 2003). Den store aktivitet på forebyggelsesområdet i første halvdel af 1900-tallet er faldet i glemsel. En anden grund til oplevelsen af, at der var noget nyt på færde, kan være, at omfanget af aktiviteterne var stort i slutningen af det 20. århundrede, ligesom det var det på andre sundhedsområder, antallet af indlæggelser og ambulante aktiviteter på sygehusene og konsultationer i almen praksis voksede samtidig markant. En fjerde grund kan være, at den megen tale om det autonome individ og om respekt for den enkelte, som har præget diskussionen om relationen mellem læger og patienter, også har påvirket dem, som vil fremme sundheden. Det er blevet vigtigt at fremhæve, at også sundhedsfremme er en del af denne nye diskurs. Endelig, som sagt ovenfor, var der nye elementer i forebyggelse og sundhedsfremme, nemlig talen om 'empowerment' og 'enablement' eller handlekompetence.

## Sundhedsfremme som magtudøvelse

På baggrund af at sundhedsfremme karakteriseres ved brugen af 'enablement' eller 'empowerment', og at man tager udgangspunkt i den enkelte, kan det sikkert undre, at jeg omtaler den som magtudøvelse. Det er vigtigt her at fremhæve, at jeg ikke ser magtudøvelse som noget i sig selv negativt. Magtudøvelsen kan bruges til at gøre livet bedre for mennesker, og det er helt klart sigtet med sundhedsfremme. Sundhedsfremmebestræbelser er heller ikke den eneste form for styringsbestræ-

belser, mennesker bliver udsat for. Reklamen er et andet eksempel på forsøg på at ændre folks adfærd; ofte i den modsatte retning.

Der er to grunde til, at man kan tale om 'empowerment' som magtudøvelse. Den ene er, at målet er at forme subjekter ved at give borgerne en ny egenskab: handlekompetence. Den anden er, at det handler om at få mennesker til at ændre adfærd i en bestemt retning: de skal handle sådan, at deres sundhed forbedres. Der er imidlertid ikke nødvendigvis en modsætning mellem at styres og at forme sit eget liv. Den franske idehistoriker Michel Foucault bruger begrebet 'governmentality' og taler om magtudøvelse som en kombination af dominansteknologier og selvteknologier (1988: 19). Han bruger udtrykket 'conduct of conduct', som spiller på dobbeltbetydning af 'conduct': at styre og at opføre sig. Magtudøvelse handler om at styre mennesker til at opføre sig på en anden måde. Foucault henviser også til dobbeltheden af det engelske ord 'subject' og skriver om denne form for magtudøvelse, 'governmentality':

This form of power that applies itself to immediate everyday life categorizes the individual, marks him by his own individuality, attaches him to his own identity, imposes a law of truth on him that he must recognize and others have to recognize in him. It is a form of power that makes individuals subjects. There are two meanings of the word *subject*: subject to someone else by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience or self-knowledge. Both forms of power suggest a form of power that subjugates and makes subject to.

Magtudøvelsen handler om at få mennesker til at vælge at handle sådan, som man som styrende gerne vil; at få dem til at styre sig selv (Vallgård 2003a). Det indebærer at forme mennesker som handlende subjekter, og styringen forudsætter samtidig, at mennesker er frie til at handle. Nogle af de styringsmetoder, der bruges i sundhedsfremmearbejdet, 'empowerment' og den motiverende samtale, kan ses som en sådan magtudøvelse.

Når man i folkesundhedsarbejdet taler om 'empowerment' eller styrkelse af handlekompetencer er det med henblik på at fremme sundheden og ikke med henblik på, at folk skal blive bedre i stand til at realisere ønsker, som kunne være sundhedsskadelige:

Formålet med undervisningen er at udvikle en sund adfærd og handlekompetence i forhold til sundhed hos eleverne, således at de gennem viden, engagement og

selvtillid bliver i stand til at forholde sig kritisk og handle for at fremme egen og andres sundhed (Regeringen 1999: 79).

Det, eleverne skulle lære at forholde sig kritisk til, var selvfølgelig det, som kunne forringe deres sundhed. Det vil sige, at styrkelsen af de enkelte borgere sker med henblik på, at de skal styre sig selv i den retning, myndighederne anser at være bedst for dem (Convey 1998: 465). Da udgangspunktet for sundhedsfremme er, at sundheden og det gode liv er givet og ikke til diskussion, er der en forventning om, at hvis mennesker får magt, vil de handle, som de sundhedsprofessionelle har agt. Men som Stephen Birch skriver:

Attempts to *enable* these groups to change behaviours may do little to change the reasons why these behaviours are observed in these groups. Providing these groups with more choice does not mean that those groups will necessarily make the same choices as we might like them to make. Nor does it mean that they are choosing unwisely (Birch 1999).

Det handler således ikke kun om at sikre mennesker større handlekompetence men også om at få dem til at vælge noget bestemt. Dette er tilsyneladende et paradoks, men det er det kun, hvis man mener, at sundheden eller det gode liv er til diskussion. Hvis det derimod er en selvfølge, hvad det gode liv er, handler 'empowerment' om at gøre det muligt for mennesker at få det liv, de nødvendigvis må ønske sig. Det handler ikke om at få dem til at ønske noget andet, men - nogle gange - om at få dem til at erkende, hvad det gode liv er; hvad der er godt for dem.

I forbindelse med sundhedsfremme er det en metode, som stadig oftere bliver fremhævet, nemlig den motiverende samtale. (En søgning på Google den 22/3 2005 gav 4.730 hits på sider fra Danmark.) Den bruges f.eks. i forbindelse med rygestopkurser og over for gravide eller patienter, hvis adfærd man ønsker at ændre. Her bruger jeg hovedsagelig en pjece fra Dansk Selskab for Almen Medicin som eksempel. I den hedder det, at den motiverende samtale

har som formål at fremme adfærdsmæssige ændringer ved at stimulere patienten til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbredsmæssige ønsker. Derudover har den motiverende samtale som formål at stimulere patienten til at træffe en beslutning og gennemføre adfærdsendringer på grundlag af sine overvejelser (Dansk selskab 2001).

Den motiverende samtale fremhæves som et middel til at ændre folks adfærd, altså som et styringsredskab (Christiansen 2001). På Odense Universitetshospitals hjemmeside hedder det: "Den motiverende samtale er en effektiv samtalemetode i forhold til at øge motivation til livsstilsændring". Målet med samtalen er både at få folk til at ønske at ændre adfærd i sundhedsgavnlig retning og at styrke dem til at gøre det, det vil sige at forme dem som subjekter. Den motiverende samtale indebærer således både, at menneskers motiver skal ændres, og at deres motivation for at opnå det ønskede skal styrkes.

Dansk Selskab for Almen Medicin diskuterer, hvor grænsen for lægens påvirkning går, og skriver, at siden de fleste mennesker gerne vil være sunde, "har lægen også en almindelig anerkendt forpligtigelse til at prøve at påvirke patienten til at overveje en sundhedsfremmende adfærd" (Mabeck et al. 2001: 4). Påvirkningen formuleres således ikke kun som en mulighed, men som en lægelig pligt. Det, der adskiller den motiverende samtale fra anden oplysning, er ikke styringsambitionerne men teknikken. Noget modsætningsfyldt hedder det, at den motiverende samtale er "ikke-styrende (non-direktiv) vejledning... baseret på en interaktion mellem to mennesker, der sigter på at ændre eller modificere adfærd" (Mabeck et al. 2001: 5). Det er således en styreform, der vil bruge patienternes autonomi til at få dem til selv at ændre adfærd i sundere retning. "Fremhæv gerne meget kraftigt, hvad patienten gør for at bevare sin sundhed, f.eks. at hun kommer til dig og er interesseret i at drøfte problemerne" (Dansk selskab 2001) (Patienten omtales i pjecen som hun og lægen som han.). Målet er ligesom i anden form for oplysning at opnå en given adfærdsændring, og respekten for patientens synspunkter formuleres som et middel. I det lange løb er det kun de rigtige synspunkter, der respekteres. Patienten skal overtage sundhedspersonalets problemdefinition og -løsning. Magtudøvelsesmetoderne er udviklet og er måske også mere effektive, men det er stadig sådan, at det er eksperterne, der i sidste ende definerer målet. Det er derfor svært at se, at introduktionen af 'empowerment' og af den motiverende samtale har indebåret, at eksperterne har mistet deres styrende rolle. Grunden, til at det ikke opleves som et paradoks, må være, at målet, sundheden, ikke er til forhandling.

## Sammenfatning

Der er ikke i det foregående givet ét svar på, hvad sundhedsfremme er, men flere. Sundhedsfremme ses af nogle som stort set identisk med forebyggelse, mens an-

dre ser det som forebyggelsens diametrale modsætning både hvad angår mål og midler. Måske er det netop denne uklarhed om definitionen, som gør at mange kan enes om vigtigheden af sundhedsfremme

Sundhedsfremme er som begreb nyt men, som jeg har forsøgt at vise, fandtes såvel målet (at fremme sundheden) som metoden (at inddrage den enkelte for at nå dette mål) også i tidligere tider. Ligesom sygdomsforebyggelse og autoritære styringsmetoder også bruges i stort omfang i dag.

Sundhedsfremme er et meget mere omfattende projekt end forebyggelse, når målet defineres som det at sørge for, at mennesker har 'fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende'. De, der vil fremme sundheden, må arbejde for at lægge livet til rette for mennesker på mange af tilværelsens områder og må for at kunne gøre det have en definition af, hvad det gode liv er. Det legitimerer de voksende styringsambitioner. Det skal ifølge flere definitioner ske på den enkeltes egne præmisser, men det er ikke til diskussion, at sundheden er målet. Det, at sundheden ikke er defineret, er en anden grund til, at enigheden kan bevares.

Sundhedsfremme indebærer ifølge flere af de citerede forfattere en bestemt måde at styre menneskers adfærd på, nemlig at de skal styre sig selv og vælge det sunde. Denne form for magtudøvelse kan beskrives meget præcist med Michel Foucaults begreb *governmentality*, hvor magtudøvelse ses som 'conduct of conduct' eller som styring til selvstyring.

Det, der gør, at denne form for styring kan fremstå som et paradoks, er den selvforståelse, som de, der taler for sundhedsfremme, ofte giver udtryk for. De ønsker ikke at fremstå som styrende. De fremhæver, at de til forskel fra tidligere tiders forebyggelse ikke kommer med forskrifter, ikke lader eksperter dominere, at de tager udgangspunkt i den enkelte, og at den enkelte selv skal bestemme. I min analyse er jeg imidlertid for det første kommet frem til, at forskrifter og ud-sagn fra autoriteter også spiller en stor rolle i dagens folkesundhedsarbejde, og at arbejdet med at styrke den enkeltes handlekompetence samtidig er et forsøg fra eksperternes side på at få mennesker til at vælge bestemte handlinger, nemlig de der øger sundheden. Det kan se ud som om politikere og folkesundhedsarbejdere har det som Peter Plys, den gang Ninka Ninus spurgte: "'Vil du have honning eller syltetøj til brødet?'" Blev han (Peter Plys) så betaget, at han sagde: 'Begge dele'". De ønsker både lydige og selvstændige borgere. Det er dog kun et paradoks, hvis man ser på styringsteknologierne, hvis man i stedet ser på målet med styringen: at få flere sunde borgere, er der tale om forskellige midler til at nå et og samme mål, og at man tilsyneladende vælger det, man synes er bedst eller mest effektivt i en given situation.

Tak til Niels Arnfred, Bjørn Holstein, Allan Krasnik og Sniff Nexø for konstruktive kommentarer.

## Litteratur

- Bonnevie, Poul 1951 Fremtidens sundhedsmæssige opgaver. I: *Samfundet og folkesundheden*, pp. 7-21.
- Birch, Stephen 1999 The 39 steps: The mystery of health inequalities in the UK. I: *Health Economics* vol. 8, pp. 301-398.
- Christiansen, Irene 2001 Den motiverende samtale. I: *Tidsskrift for jordemødre* 4: 8-11.
- Convey, John 1998 The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault. I: *Health Education Research* 13: 459-468.
- Den store danske encyklopædi* 2000 bd. 18. København: Gyldendal.
- Foucault, Michel 1982 The subject and power. Why study power: The question of the subject. How Power is exercised. I: Dreyfus, Hubert L. & Paul Rabinow (red.): *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. With an afterword by Michel Foucault. The Harvester Press, pp. 208-26.
- Foucault, Michel 1988 Technologies of the self. I: Luther, Martin H. & Huck Gutman; Patrick H. Hutton (red.): *Technologies of the self*. Amherst: The University of Massachusetts Press.
- Frandsen, Johannes 1939 Vi skal værne om Sundheden. I: *Den store Sundhedsudstilling. Udstillingskatalog*. København: Berlingske Tidende & Arthur Jensens Forlag, pp. 8-10.
- Hornemann, Emil 1850 Forslag til en bedre Ordning af bestyrelsen for den offentlige Sundhedspleje i København. I: *Bibliotek for Læger* 3 Rk, Bd 8.
- Iversen, Lars 2002 Forebyggelse og sundhedsfremme. I: Iversen, Lars; Tage S. Kristensen; Bjørn E. Holstein; Pernille Due (red.) 2002 *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, pp. 275-301.
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf).
- Jensen, Torben K & Tommy J. Johnsen. 2000 *Sundhedsfremme. En lære-, debat og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Ringkøbing: Sundhedsfremmeafdelingen.
- Kamper-Jørgensen, Finn 2003 Det forebyggende sundhedsarbejde. I: Kamper-Jørgensen, Finn & Gert Almind: *Forebyggende sundhedsarbejde. Baggrund. Analyse. Arbejdsmetoder*. København: Munksgaard, pp. 17-51.
- Koselleck, Reinhart 1995 *Futures Past. On the semantics of Historical Time*. London: The MIT Press.
- Kickbusch, Ilona 1986 Health promotion: a global perspective. I: *Canadian Journal of Public Health* 77: 321-26.
- Kristensen, Tage Søndergaard 2002 Sygdom og årsager til sygdom. I: Iversen, Lars & Tage S. Kristensen; Bjørn E. Holstein; Pernille Due (red.): *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, pp. 15-42.
- Mabeck, Carl & Hans Kallerup; Margareta Maunsbach 2001 *Den motiverende samtale. Klarringsrapport 1*. København: Dansk selskab for almen medicin.

- Nutton, Vivian 1993 Humoralism. I: Bynum, W.F. & Roy Porter (red.): *Companion encyclopaedia of the history of medicine*. London: Routledge.
- Macdonald, Gordon & Robin Bunton 2002 Health promotion: disciplinary developments. I: Macdonald, Gordon & Robin Bunton (red.): *Health promotion. Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge, pp. 9-27.
- Munck, Viggo 1936 Lægernes sundhedspropaganda. I: *Ugeskrift for Læger* 98: 750-2.
- Ottawa Charter for Health Promotion 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Parish, Richard 1995 Health promotion. Rhetoric and reality. I: Bunton, Robin & Sarah Nettleton; Roger Burrows (red.): *The sociology of health promotion*. London: Routledge, pp. 13-23.
- Plan for Fattigvæsenet i København* 1799.
- Regeringen 1999 *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. København: Sundhedsministeriet.
- Regeringen 2002 *Sund hele livet*. København: Regeringen.
- Sundhedsvæsenets begrebsbase: Folkesundhed 2005 [begrebsbasen.sst.dk/forebyggelse/Begrebsdefinitioner\\_NBS\\_07\\_07022005.pdf](http://begrebsbasen.sst.dk/forebyggelse/Begrebsdefinitioner_NBS_07_07022005.pdf)
- Togeby, Lise & Jørgen Goul Andersen; Peter Munk Christiansen; Torben Beck Jørgensen; Signild Vallgård 2003 *Magt og demokrati i Danmark - Hovedresultater fra magtudredningen*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, Signild 1995 Træk af de medicinske ideers historie. I: *Bibliotek for læger* 187: 47-57.
- 2003 *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
  - 2003 Studier af magtudøvelse. Bidrag til operationalisering af Michel Foucaults begreb 'governmentality'. I: Christiansen, P.M. & L. Togeby (red.): *På sporet af magten*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, pp. 117-31.