

FRI MIG FOR FOLKESUNDHEDEN

- EN ANALYSE AF MODERNE SUNDHEDSKOMMUNIKATION -

KANDIDATAFHANDLING

CAND. SOC. POLITISK KOMMUNIKATION OG LEDELSE
COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL

VEJLEDT AF NIELS THYGE THYGESEN VED INSTITUT FOR LEDELSE, POLITIK & FILOSOFI

UDARBEJDET AF:

LOUISE MÜLLER
1. FEBRUAR 2013

181.019 TYPEENHEDER SVARENDE TIL 79,6 NORMALSIDER INKL. FIGURER

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----------|
| ENGLISH ABSTRACT | 3 |
| 1. INDLEDNING | 4 |
| PROBLEMFOMULERING | 5 |
| ARBEJDSSPØRGSMÅL | 5 |
| LÆSEVEJLEDNING | 6 |
| PROBLEMFELT | 7 |
| 2. ANALYSESTRATEGI | 10 |
| SOCIALKONSTRUKTIVISMEN | 10 |
| LUHMANN'S SYSTEMTANKE | 11 |
| FOUCAULTS MAGTANALYTIK | 13 |
| KOMBINATIONEN AF LUHMANN OG FOUCAULT | 15 |
| IAGTTAGELSESPUNKT | 16 |
| EMPIRI | 17 |
| AFGRÆNSNING | 19 |
| TEORIRAMME OG KONDITIONERING | 19 |
| PARADOKSET | 19 |
| BIOMAGT | 22 |
| GOVERNMENTALITET | 26 |
| KOMBINATIONEN AF PARADOKS, BIOMAGT OG GOVERNMENTALITET | 29 |
| 3. ANALYSE | 30 |
| DELANALYSE 1: PARADOKSET I MODERNE SUNDHEDSFREMME | 30 |
| DELANALYSE 2: FOLKESUNDHED SOM BIOPOLITISK RATIONALITET | 35 |
| DELANALYSE 3: KAMPAGNEKOMMUNIKATION SOM GOVERNMENTAL MAGT | 38 |
| 5. KONKLUSION | 42 |
| 4. DISKUSSION | 48 |
| 6. PERSPEKTIVERING | 54 |
| 7. KILDELISTE | 56 |
| BIBLIOGRAFI | 56 |
| WEBKILDER | 58 |
| 8. BILAG | 60 |

ENGLISH ABSTRACT

Own your own (un)health

Keywords: *freedom, public health, campaigns, paradox, biopower, governmentality, The Danish Health and Medicines Authority,*

This Master's thesis examines the ways in which public health is being communicated and how it makes *freedom* and *control* compatible.

The field of public health promotion is analysed in connection with the occurrence of socioeconomic problems related to the so-called lifestyle diseases.

The aim of the thesis is to identify a space for public intervention where freedom within an individual's lifestyle is combined with the ideal of collective public health. With an empirical emphasis on five different campaigns from The Danish Health and Medicines Authority, this thesis aims to show how these campaigns are underpinned by a number of governmental techniques that balance a biopolitical need for intervention with a liberal governmental respect for self-regulating processes.

Using the philosophy of Niklas Luhmann and Michel Foucault as the analytical framework and with emphasis on their theoretical concepts of paradox, biopolitics and governmentality, this thesis examines the managerial implications that emerge when a biopolitical rationality, that wants to intervene in order to optimize the health of the population, is connected with a liberal governmental rationality, sceptical of direct regulation.

The thesis concludes that public health programmes have a built-in power relation where individuals are forced to take responsibility for themselves, but also for the joint project termed "welfare state". The justification for government intervention in connection with political health programmes is that individuals will be biologically optimized and thus improve the common welfare and reduce public expenditure. But it also raises the question when is "healthy" healthy enough?

Finally this thesis concludes that the problems of patterns of inappropriate lifestyles are centred around more than just obvious unhealthy living. In present-day democratic societies the use of modern techniques of power means that authorities seek to obtain a "self-governance" of the population in the name of public health. This forms a field of intervention where the subject not only becomes manageable, but also infrastructure, families, workspaces, etc. are integrated as significant institutions. The overall aim of this implicit power is to normalize the health "dissenters" as the ideal of perfection can then be accelerated.

1. INDLEDNING

”Hvor ved du fra, at jeg ryger?”. ”Havde sex fordi kommunen sagde vi skulle”.

Sådan lyder to rubrikker fra så forskellige dagblade som Information og Ekstra Bladet. Det første de har tilfælles er, at de tilfældigt fanger min opmærksomhed i efteråret 2012. Dernæst har de det tilfælles, at de begge handler om borgere, der har ændret adfærd på opfordring fra henholdsvis Københavns og Nordfyns Kommune. Michael Gundersen er stoppet med at ryge efter, at han blev ringet op af en af kommunens rygestop-konsulenter, der uopfordret spurgte, om han ikke gerne ville stoppe med at ryge.

Jimmi Korsholm er derimod begyndt på noget – at dyrke sex med sin kone – og det på den fynske kommunes opfordring. Her er der blevet arrangeret ekstraordinær børnepasning en sen aften, så småbørnsforældre kan dyrke kærligheden og forhåbentlig sparke gang i kommunens dalende fødselstal.

Det sidste fællestræk ved de to fortællinger er, at de provokerer mig. Jeg er udmærket klar over de gode intentioner bag begge kommunale initiativer. Jeg er også bevidst om det fordelagtige i at være ikke-ryger med et sundt sexliv. Alligevel er jeg overrasket og forundret over oplysningsindsatsens nyeste forhåbende forsøg på at ”normalisere” folk til at opføre sig, som kommunen mener, man *bør*. Mit umiddelbare indtryk er, at den tidligere skarpe grænse mellem lovgivning - altså den klassiske magtdemonstration fra staten, og så informationskampagnerne som især kommunerne og Sundhedsstyrelsen har været primusmotor på, og hvor det er muligt at fravælge budskaberne og leve upåvirket videre, er blevet mere flydende og uklar. Michael Gundersen kunne *ikke* fravælge opkaldet fra kommunens rygekonsulenter og Jimmi Korsholm kunne *ikke* fravælge den kommunalt planlagte elskovsaften – han kunne selvfølgelig bruge den særlige aften til at læse en bog, gøre rent eller noget helt tredje, men min pointe er, at han ikke aktivt havde tilmeldt sig dette projekt eller opsøgt informationsmateriale om et dårligt sexliv. Måske han ikke engang er en del af den målgruppe, som kommunen ønsker at indfange, men bliver et ”ufrivilligt offer”?

Min uforståenhed over for myndigheders indblanding i noget så privat som rygning og sex inden for hjemmet fire vægge står dog ikke alene. Der skal ikke mange refleksioner til at regne initiativtagernes bevæggrunde ud, for selvfølgelig er både Københavns og Nordfyns Kommune isoleret set bedøvende ligeglade med, om Michael Gundersen ryger, og om Jimmi Korsholm har et velfungerende sexliv. Dét, som de offentlige instanser derimod ikke er ligeglade med, er deres egne budgetter. Det koster samfundet dyrt at have borgere med rygerlunger, der samtidig er i risiko for at dø tidligere end gennemsnittet. Ligeledes koster det, når der ikke bliver født tilstrækkeligt med nye skatteydere. Så det ædle formål med at gøre folk sundere har selvsagt et økonomisk incitament bag sig. Det behøver der ikke iværksættes en dybdegående analyse for at kunne konkludere.

Det store spørgsmål, som er den umiddelbare ledetråd for nærværende afhandling, er hvor grænserne mellem stat/privat og individ/kollektiv sættes. Jeg vil ikke tage stilling til, hvordan hverken private borgere eller de statslige myndigheder *bør* agere. Derimod vil jeg forsøge at belyse nogle af de problemstillinger, der rejser sig, når man åbner den sorte boks med mærkatet ”folkesundhed” på.

Jeg er for så vidt ikke interesseret i at problematisere borgeren som ”offer” for myndighedernes indblanding i den personlige livsstil, for som de to ovenstående eksempler viser, så er der trods alt ikke tale om tvunget rygestop eller tvunget samleje.

Det er ligeledes svært generelt at erklære sig uenig eller intimideret af oplysningskampagner, når råd og anbefalinger som ”husk at spise 6 stykker frugt om dagen” eller ”tag trappen i stedet for elevatoren” er

budskaberne. Men netop sameksistensen af formynderi og frihed, synes jeg, er interessant at undersøge nærmere. Hvordan kontrolleres befolkningens livsstil, når selv samme befolkning lever i et demokrati, hvor den personlige frihed hyldes og mangfoldighed og tolerance er plus-ord?

Når jeg læser artikler som de indledningsvist nævnte, sidder jeg tilbage med et indtryk af en offentlig sektor, der siger til sine borgere: ”Gør som jeg siger – vær selvstændig!”

Sundhedsfremme anses ikke som en magt, der lægges ned over individet for at få det til at præstere bedre, men fremstår som en hjælp til at få et bedre liv for individet selv. Eks-rygeren Michael Gundersen udtrykker det således: ”*Da de ringede lød det sgu meget godt, så inden jeg fik set mig om, havde jeg tilmeldt både mig selv og min kæreste*” (bilag 1). I det konkrete tilfælde står det klart, at det ikke er indtrykket af løftede pegefingre og moraliserende formaninger, der kendetegner borgerens møde med kommunens rygekonsulent. Det er derimod fortællingen, om en ryger der grundet opsøgende arbejde fra kommunens side får et kærligt spark til at begynde en sundere livsstil.

Dermed fristes man også til at spørge, hvor nærværende speciales problem så rodfæster sig?

Som omtalt tidligere i dette indledende afsnit, så er det, jeg forstår som ”det nye” og dermed også tenderende til det grænseoverskridende i forhold til det, jeg forbinder med traditionelle sundhedskampagner, at oplysningsarbejdet i højere grad er blevet kendetegnende ved et aktivt ”omvendingsarbejde”, hvor borgeren ikke nødvendigvis kan fravælge ”det gode budskab”. Hermed fratager staten og kommunerne dele af det personlige ansvar fra individet – samtidig med, at de tvinger borgeren til at forholde sig aktivt og tage stilling til egen - såvel som den kollektive sundhed. På den baggrund vil nærværende speciale i høj grad fokusere på det paradoksale i, at myndighederne agerer som paternalistiske sundhedsforkæmpere alt imens, der florerer en tværpolitisk konsensus om at hylde individets frie valg.

Disse indledningsvise overvejelser leder mig frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan forener Sundhedsstyrelsen frihed og styring i sin kommunikation af sundhedsbegrebet, og hvordan etableres et interventionsrum, hvor individets frihed til egen livsstil forenes med idealet om kollektiv folkesundhed?

Arbejdsspørgsmål

- A1: *Hvordan etablerer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2012 modsætninger mellem ”systemets” regulering og borgerens frihed?*
- ⇒ Til at besvare A1 tager jeg udgangspunkt i Niklas Luhmanns teori vedrørende kommunikative paradokser. Paradokser kan overordnet defineres som situationer med uafgørbarhed, hvor to værdier eksisterer parallelt og derfor ikke kan udelukke hinanden (i nærværende tilfælde sameksistensen af regulering og frihed). Hvis noget iagttages som et paradoks, gør det enheden i en forskel eksplicit (uddybes på s. 20). Enhver iagttagende operation har dermed potentiale til at aktivere et paradoks i kommunikationsvejene – og det er disse aktiverede paradokser, som A1 søger at afdække.

- *A2: Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som et politisk program, der sigter på at forbedre det enkelte individs helbred for at perfektionere og økonomisk optimere den kollektive folkesundhed?*

⇒ Til at besvare A2 tager jeg teoretisk afsæt i Michel Foucaults beskrivelse af biomagten. Som kendetegnende for Sundhedsstyrelsens forsøg på implementering af en bestemt sundhedspolitik, tages der udgangspunkt i en særlig biopolitisk rationalitet, hvor individs biologiske vilkår og livsprocesser inddrages i forsøget på at perfektionere den samlede befolknings "massekrop".

- *A3: Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som en styringsstrategi, hvor den grundlæggende præmis for ledelse er individets frivillighed?*

⇒ Til at besvare A3 anvender jeg ligeledes et af Michel Foucaults moderne magtbegreber. I dette tilfælde vil der blive taget udgangspunkt i den såkaldte governmentale magt, hvor statens magtdemonstration over for befolkningen tager afsæt i individets frie valg. Deraf vil besvarelsen af A3 bygge på en antagelse om, at moderne sundhedsfremme udfolder sig via en styringsstrategi, hvor målet er, at få individet til at lede sig selv.

Den forudgående præmis for at inddrage bio- såvel som governmental magt i nærværende speciale er, at jeg forventer at kunne afdække særlige magtrelationer, når der fra Sundhedsstyrelsen kommunikerer sundhedsbudskaber til borgeren.

Læsevejledning

For at hjælpe læseren til at forstå sammenhængen i opgavens analyser og resultater vil følgende læsevejledning redegøre for, hvordan opgaven er struktureret, samt hvad de enkelte afsnit bidrager med til den samlede besvarelse af afhandlingens problemformulering.

Der tages udgangspunkt i seks overordnede kapitler med diverse delafsnit:

- 1) *Indledningskapitlet* har til formål at indføre læseren i specialets univers af problemstillinger og forskellige perspektiver. Jeg har her fremlagt den overordnede problemformulering og tre analysespørgsmål, som er strukturerende for analysen. Derudover vil afhandlingens problemfelt med fokus på begreberne folkesundhed og sundhedsfremme belyses.
- 2) Kapitlet "*Analysestrategi*" bygger på en gennemgang af henholdsvis den anvendte analysestrategi og teori. Her indføres læseren i opgavens videnskabsteoretiske udgangspunkt, ligesom der redegøres for valget af iagttagelsespunkt. Efterfølgende præsenteres opgavens teoriramme, hvori der indgår en konditionering i forhold til den udvalgte empiri. Det afgørende for disse afsnit er at få klargjort, *hvad* opgaven meningsfuldt kan udtale sig om, og *hvordan* dette vil blive gjort. Endeligt vil der være en kort afgrænsning af opgavens genstandsfelt.

- 3) Selve *analysen* bygger på de indledningsvist formulerede arbejdsspørgsmål, som hver især repræsenterer en delanalyse. Efter analysen af kommunikative paradokser (1) går delanalyse 2 og 3 videre til en Foucault-inspireret magtanalyse, hvor jeg anvender biomagt og governmentalitet som afparadokseringsbegreber.
- 4) I *konklusionen* vil der på baggrund af opgavens tre analysedele udledes en samlet slutning, hvori analysernes centrale pointer opsamles og problemformuleringen besvares.
- 5) *Diskussionen* tager afsæt i analysens empiriske fund. Her vil jeg diskutere og problematisere, hvordan moderne sundhedspolitik åbner op for forskellige perspektiver på frihedsbegrebet.
- 6) Afslutningsvist vil jeg i *perspektiveringen* åbne op for brugen af alternative teori- og analysemodeller, som kunne have frembragt nye interessante vinkler på den opstillede problemstilling.

Problemfelt

I 1946 definerede The World Health Organization (WHO) sundhed som “... *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (The World Health Organization 1946: 1). Her appellerer WHO til et bredt sundhedsbegreb, som favner både fysiske og psykiske tilstande. Krop og psyke hænger sammen, og det giver et dynamisk syn på sundhed, hvor det enkelte menneskes sundhedstilstand formes ud fra livsstil såvel som fysisk og psykisk velbefindende.

Sundhedsfremme defineres ifølge en af de mest profilerede sundhedsforskere i Danmark, Hanne Tønnesen, som “*sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden*”. Sundhedsfremme er i den forbindelse et begreb, hvor der lægges vægt på at opnå ønskede tilstande og udvikling af en sundhedsbevidsthed, hvor det enkelte menneske tager ansvar for egen sundhed (Tønnesen et al. 2005: 17).

Definitionen af sundhedsfremme, som den første gang blev lanceret ved en international konference i Ottawa i 1986, lægger også i høj grad op til et processuelt blik på fænomenet: “*Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand*” (Ottawa Charter 1986). Uanset om man tager udgangspunkt i en dansk eller international fortolkning af sundhed(sfremme), så står det klart, at der er tale om et dynamisk begreb, der beror på aktivt handlende individer. Det generelle udgangspunkt for forskere, der beskæftiger sig med sundhedsrelaterede aktiviteter er altså, at sundhed ikke et statisk begreb, som har en på forhånd defineret form og essens.

Udtrykket ”sund og rask” er blevet konventionaliseret i en sådan grad, at de to ord ofte optræder uadskilleligt, men tager man de ovenstående definitioner in mente, så er sundhed og sundhedsfremme to begreber, der rummer uendeligt potentiale – også langt udover det fysiske velbefindende. Både WHO og Tønnesen slår på, at sundheden ikke kun er relateret til de fysiske omstændigheder for individet, men at den psykiske tilstand og en særlig bevidsthed er nødvendig for at fuldende sundhedsprofilen. Kombinerer man WHO’s internationale definition på sundhed med Tønnesens begreb om sundhedsfremme, så bliver ideen om sundhed som et komplekst begreb udvidet med nødvendigheden af dynamiske rammer og processer. Det faktum, at den dominerende opfattelse af sundhedsbegrebet både indeholder fysiske og psykiske aspekter

adskiller den ligeledes fra tidligere tiders mere sort/hvide skel mellem *sund/rask* på den ene side og *syg* på den anden side.

Når det traditionelle skel mellem sund og syg ophæves, opstår der en særlig opmærksomhed på forebyggelse i stedet for problemløsning (helbredelse), og dermed installeres der med sundhedspolitikken en ny grænseløshed. På den ene side er borgernes sundhed blevet et afgørende politisk problem – på den anden side er samfundets sundhed/sammenhængskraft blevet et ansvar, som hver enkelt borger må påtage sig. Der er altså tale om en kompleks bevægelse, hvor folket skal bringes til at anskue sig selv som en samlet ”sundhedspolitisk krop”, der kan tage ansvar og handle på egne vegne. Paradoksalt nok skal det ske samtidig med, at den enkelte bliver agent for sin egen sundhed. Det betyder, at der samlet set installeres et dobbelt ansvar hos borgeren (Højlund & Thoup Larsen 2001: 86).

Sundhedens komplekse karakter har blandt andet affødt begreber som ”borgerrettet forebyggelse”. Fænomenet bruges af Sundhedsstyrelsen til at beskrive primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen og borgerrettet forebyggelse modstilles dermed ”patientrettet forebyggelse”, hvor sygdomstilfældet allerede er identificeret (Tønnesen et al. 2005: 22).

”Borgerrettet forebyggelse” er introduceret i forbindelse med Sundhedsloven fra 2005, og formålet med borgerrettet forebyggelse er at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet opstår. Det involverer en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme.

Tidligere tiders store smittefarlige epidemier som pest og kolera, der i høj grad var fysisk afgrænsede, er nu afløst af de såkaldte livsstilssygdomme, der modsat sine forgængere ikke spreder sig igennem bakterier og infektioner, men derimod formerer sig via en ”social smitte”. Livsstilssygdommens opståen og udbredelse skyldes en særlig form for usund livsstil, der har sine rødder i uhensigtsmæssig forbrug af nydelsesmidler og dårlige kost- og motionsvaner. De ”gammeldags” folkeepidemier var til en vis udstrækning betinget af sociale skel og florerede særligt i den lave ende af den sociale rangstige – et karakteristika som ligeledes gør sig gældende for de moderne livsstilssygdomme. Men hvor pest, kolera, tuberkulose og andre infektionssygdomme ofte var resultatet af sammenstuvningen af store menneskemasser, dårlig hygiejne og ulige adgang til hospitaler, så er uligheden i nutidens folkesundhed i høj grad betinget af forskelle i livsstilspræferencer og uddannelsesvalg (Jensen 2002).

Folkesundheden som fænomen er paradoksalt i sig selv. For hvordan kan man definere sundhed kollektivt, hvis vi accepterer den indledningsvise præmis om, at sundhed både defineres fysisk og psykisk? Er sundhed ikke det, der er bedst for det enkelte menneske, uanset om det så indebærer at løbe maraton eller spise flødekager? Sidestillingen af lykke og sundhed er i sagens natur subjektiv, men hvis Hr. Hansen nu bliver et glad og tilfreds menneske af at ryge fem smøger om dagen og få en kage til kaffen, skal det så bekæmpes, fordi det ”objektivt set” er usundt for hans helbred? Er sundhed kun noget fysisk eller er det i lige så høj grad et spørgsmål om socialt og psykisk velbefindende?

Jeg er bevidst om den ”objektivitet”, der selvfølgelig må indgå, når sundhedsbegrebet defineres. Det er ikke sundt at ryge, drikke for meget eller spise flødekager dagen lang, men hvornår og hvordan sætter man en kollektiv grænse for, hvad der er individets selvdefinerede lykke/sundhedstilstand, og hvad der skader det fælles projekt, vi kalder ”folkesundhed”?

Som ovenstående eksempler viser, så rejser der sig mange spørgsmål omkring sundhed, hvis man tillader sig at udfordre nogle af de selvfølgeligheder, som ofte dominerer sundhedsfeltet og den debat, der her florerer.

Manden på gaden, der svarer ”Jeg har det fint – jeg er sund og rask” må pludselig uddybe sit svar, hvis udsagnet skal give mening og ikke blot fremstå som en tom floskel. Det er *iagttagelsen* af sundhed, der i den forbindelse er interessant – ikke så meget sundheden i sin objektive essens, for spørgsmålet er jo, om den overhovedet eksisterer? – umiddelbart må svaret være nej. Uanset hvad, ligger det uden for dette speciales forehavende at jage sundhedens ”sande ansigt”. Det der derimod vil være centralt for nærværende afhandling er at belyse det felt, vi i daglig tale kender som folkesundhed. Jeg er kort sagt interesseret i, hvordan det er blevet muligt at gøre den individuelle livsstil til et styringsobjekt i politiske strategier for optimering af folkesundheden, og i den forbindelse se, hvilke indbyggede dilemmaer og paradokser dette fænomen afføder.

I Den Store Danske Encyklopædi (2001) hedder det sig, at folkesundhed er ”*befolkningens generelle helbredstilstand i lægelig forstand*”, men begrebet uddybes med en beskrivelse af folkesundhedens udvikling siden slutningen af 1700-tallet. Her får folkesundhed statsmagtens interesse som værende en økonomisk faktor eller forudsætning for befolkningens evne til produktion og reproduktion. Når individernes livsstil i højere og højere grad politiseres er det, fordi livsstilen udgør en trussel mod selve velfærdsstatens hjørneste: fællesskabet og samfundets sammenhængskraft; livsstilssygdommene producerer social ulighed i samfundet ved at marginalisere de dårligst stillede socialgrupper, der hyppigst rammes af livsstilssygdomme og efterlader den økonomiske regning til resten af befolkningen. Dermed opstår der politisk bekymring for livsstilen, og derfor bliver det statens opgave at træffe beslutninger om velfærd på vegne af borgeren. Staten accepterer ganske enkelt ikke individernes høje risikovillighed i forbindelse med en usund livsstil. De borgere der ikke selv magter at tage ansvar – eller netop tager ansvar ved bevidst at leve et ”usundt” liv – skal ”indrulles” i teknikker og strukturer, der forhindrer dem i denne afvigelse fra idealet. Det er ganske enkelt konsekvensen af velfærdssamfundets princip om økonomisk (og deraf også sundhedsmæssig) omfordeling.

Det er blevet en central politisk strategi at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, og sundhedspolitikken bruges i dag til at artikulere, begrunde og styrke samfundets enhed og indtager dermed en rolle som en slags ”fællesskabspolitik” (Højlund & Thoup Larsen 2001: 74). Individets livsstil klinger nu sammen med det gamle velkendte velfærdspolitiske tema om omfordeling. I velfærdsstaten har den økonomiske omfordeling været central, men det er andre spørgsmål, der rejser sig, når man taler om omfordelingen af sundhed. Robin Hood-princippet om at tage fra de rige og give til de fattige lader sig nemlig ikke umiddelbart adaptere, når det omhandler sundhed (Højlund & Thoup Larsen 2001: 73).

”Der eksisterer en sundhedsrationalitet, der altid vil efterspørge mere ansvar, mere sundhed, mere af alt det gode” (Højlund & Thoup Larsen 2001: 88).

Følges Højlund og Thorup Larsens tanke, vil der altså indtræffe en plussum af sundhed, der aldrig går op, som man f.eks. oplever det med den traditionelle økonomiske omfordeling, der ofte finder et stabilt lejde – og endda lempes i form af skattelettelse fra tid til anden. Spørgsmålet er, om der nogensinde indtræffer en situation, hvor vi bliver sunde nok, og kravene, forventningerne og ansvaret lempes? Det er et af de spørgsmål, som berettiger til dette speciales analyse af sundhedens konstruktion og sociale konsekvenser.

2. ANALYSESTRATEGI

Analysestrategi handler om at gøre rede for, ”hvordan man som epistemolog vil konstruere andres iagttagelser som objekt for egne iagttagelser m.h.p. at beskrive, hvorfra de selv beskriver” (Andersen 1999: 14). Analysestrategien skaber således det videnskabelige blik, jeg vil benytte til at undersøge den valgte problemstilling.

I dette speciale abonnerer jeg på to teorier, der begge er funderet i den konstruktivistiske del af samfundsvidenskaben: Michel Foucaults forståelse af samfundsregulering og moderne magtformer samt Luhmanns systemteoretiske forståelse af samfundet som bestående af kommunikationssystemer. Som det vil uddybes i de følgende afsnit, så er det Luhmannske begrebsapparat relevant i forhold til mit iagttagelsesniveau på anden orden og den overordnede kommunikationsforståelse for nærværende afhandling. Foucaults magtforståelse som ”an action upon an action” (Foucault 2000: 340) giver samtidig kommunikationen relevans i en moderne optik af statens magtudøvelse.

Socialkonstruktivismen

Som det overordnede videnskabsteoretisk perspektiv på opgavens problemstilling, finder jeg det brugbart at tage udgangspunkt i en tilgang, der placerer sig mellem den konstruktivistiske og socialkonstruktivistiske tradition. Denne del af videnskabsteorien fokuserer på, hvordan virkeligheden er socialt konstrueret af de aktører, der befinder sig i og erkender den - hvoraf virkeligheden ikke venter på at blive iagttaget på én bestemt måde (Fuglsang & Olsen 2004: 349-351). Socialkonstruktivismen har som præmis, at alt inden for den sociale virkeligheds rammer er kontingent, hvorfor alt kunne have været anderledes (Esmark et al. 2005: 21-22). Herved forstås, at alle former for erkendelse sker via en optik eller en forståelsesramme, der ikke er medfødt, men er resultat af den kultur og historiske fortid, som det enkelte menneske er en del af. Hertil kommer, at alle mennesker reproducerer viden og fortolkning af verden i daglig interaktion med hinanden, hvorigennem visse handlinger og meninger får karakter af naturlighed og selvfølge, mens andre handlinger opfattes som socialt uacceptable.

Socialkonstruktivismen såvel som konstruktivismen tager udgangspunkt i, *hvordan* det sociale konstrueres. Mennesket kan ikke opfatte de sociale fænomener direkte, men kun ved hjælp af begreber og tankefigurer, der er samfundsskabte eller udspringer af den menneskelige interaktion. Et udgangspunkt for denne forståelse er, at velfærd, sundhed, sygdom, lykke osv. *ikke* er objektive tilstande, men fænomener, begreber og erfaringer, der formes af tid, sted og ikke mindst de mennesker, der handler i forhold til givne vilkår. Et eksempel på denne ”socialt konstruerede virkelighed” er, at det der forstås som tegn på sundhed og velstand i én kultur, f.eks. kroppsfedt, kan opfattes som tegn på usundhed og et dårligt liv i andre kulturer (Andersen & Timm 2010: 11).

Den konstruktivistiske fløjs epistemologiske ståsted beror på en erkendelsesinteresse, hvor virkeligheden formes gennem vores erkendelse af den, og dermed kommer socialkonstruktivismen til at stå i direkte kontrast til realismen, hvor objektiv viden er en selvfølge i det videnskabelige arbejde. Hvor realismen vil have det direkte observerbare og uforanderlige i centrum, så er den (social)konstruktivistiske tilgang i den grad anti-essentialistisk (Esmark et al. 2005: 16). Virkeligheden skabes for hvert enkelt subjekt via sociale processer, og derfor er der heller ingen på forhånd given essens i sproglige begreber. Det anti-realistiske

karakteristika for nærværende speciale er en erkendelse af, at den viden og erkendelse der her produceres blot er én fortolkning af virkeligheden.

Denne grundlæggende ide om samfundet som et resultat af menneskelig erkendelse, leder mig naturligt videre til Luhmanns systemteori.

Luhmanns systemtanke

Hvordan henholdsvis sundhed og sygdom konkret skal defineres er konstant til debat, og der er generelt i sundhedskommunikationen intenst fokus på forebyggelse i sundhedens navn *inden* sygdommen indtræffer. Grænsen mellem de to tilstande, syg og rask, forrykkes deraf kontinuerligt. Specialet vil iagttage de to tilstande som ét samlet begreb, hvor differencen mellem de to sider ifølge Niklas Luhmanns systemteori kan ses som enheden i begrebet. Således vil sundhed altid have sygdom som defineret modbegreb eller refleksionsbegreb, og ligeså omvendt. Spørgsmålet jeg i nærværende speciale vil adressere er, hvordan begrebet "sund" konstrueres og anvendes kommunikativt.

Det følgende afsnit vil præsentere den teori og analysestrategi, som Luhmann med sit systemteoretiske blik stiller til rådighed, og som med udvalgte analysegreb fra Andersen (1999) får forklaringskraft for min grundlæggende kommunikationsforståelse og analysen af de kommunikative paradokser i det empiriske materiale.

"Al kommunikation er iagttagelse" (Andersen 1999: 127), men kommunikation er ikke det samme som iagttagelse. Kommunikation betegner et socialt *system*, og iagttagelse er en form for *operation*. Hos Luhmann bliver kommunikation et dynamisk og interaktivt begreb for sociale systemers tilblivelse, uddifferentiering og reproduktion. Kommunikationsbegrebet er grundlæggende for Luhmanns systemteori, da kommunikation ganske enkelt er det materiale, som samfundet består af: *"Samfundet er det omfattende system af alle kommunikationer, som reproducerer sig selv autopoietisk"* (Luhmann 1995: 72).

Med Luhmanns tilgang til analysestrategi skabes der en metode for andenordensagttagelser, hvormed det bliver muligt at konstruere andres iagttagelser som objekt for egne iagttagelser – sagt med andre ord, så handler det om at beskrive, hvorfra den iagttagede genstand selv beskriver (Andersen 1999: 13-14). Med udgangspunkt i et andenordensagttagelsesbegreb kommer samfundet til at fremstå som ren *konstruktion*, hvor iagttageren selv skaber sit perspektiv, men ikke selv kan bestemme, hvad han vil se, når han iagttager – derfor vil der altid opstå såkaldte "blinde pletter" i observationen af sociale fænomener. Det interessante i et andenordensperspektiv bliver deraf, *hvordan* iagttageren iagttager, dvs. hvilke forskelle/distinktioner iagttageren benytter for at se sin omverden. Det er således kommunikationen, der bestemmer, hvilke aspekter af mennesket, der skal henvises til i den mellemmenneskelige interaktion (Kneer & Nassehi 1997: 162). Ud fra en andenordensagttagelse er det derfor muligt at betragte kompleksiteten i kommunikationen og dermed synliggøre, hvordan "folkesundhed" skabes på forskellige måder. Mit blik er som følge deraf alene rettet mod kommunikationen i de udsagn, jeg får fra mit empiriske materiale, mens de motiver, holdninger og følelser, der ligger bag, forbliver analysens blinde plet.

Det essentielle ved Luhmanns systemteori er, at man betragter iagttagelser som operationer, hvorved der foretages en forskelssondring. Kun inden for forskellen af en enhed kan vi erkende begreber og fænomener;

indikation forudsætter dermed en distinktion, og alle begreber vil deraf konstituere et modbegreb. Alle systemer er konstitueret ved en grænse mellem system og omverden: *"Der er i dag faglig konsensus om, at differencen mellem system og omverden må være udgangspunkt for enhver systemteoretisk analyse"* (Luhmann 2000: 52).

Konsekvensen er, at der for iagttageren, der iagttager iagttagelser, skabes blinde pletter, idet man selvsagt ikke kan se det, som udelukkes qua forskelssondringens markerede og umarkerede side. Som et resultat heraf kan man med Luhmanns systemteori kun forholde sig til det, der er inden for rammen af indikation og forskel. Menneskets observation indebærer således at skelne såvel som betegne og dermed give og skabe mening til den virkelighed, de agerer i.

Disse sondringsoperationer mellem system og omverden har primat for Luhmann. Systemer er strukturelt orienteret mod deres omverden og konstituerer og vedligeholder sig selv ved at frembringe og opretholde en difference til omverdenen (Andersen 1999: 112) Sociale systemer reducerer verdenskompleksiteten ved at udelukke muligheder og etablere sondringer, hvilket vil sige, at systemet og omverdenen på forhånd er tomt defineret, og at deres væren deraf betinges gensidigt og kontingent. Systemets lukkethed og selvreference betyder, at der ikke er nogen direkte kontakt mellem systemet og systemets omverden. På grund af omverdenens kompleksitet og ubegribelighed kan et system aldrig overskride grænsen til sin egentlige omverden, men kan til gengæld reflektere over, hvad der befinder sig på ydersiden af differencen og det umarkerede rum.

Valget af ledeforskel (den forskel, der skaber anden ordens blikket ved at kløve verden i iagttager og iagttagede iagttagelser) bestemmer grundlæggende, hvordan iagttagelser bliver genstand for iagttagelse som iagttagelse. I systemteorien må enhver anden ordens iagttagelse derfor begynde i valget af en ledeforskel, så det kan afgrænses, hvad der kan iagttages og dermed også, hvad der ikke kan iagttages (Andersen 2003A: 311). Der kan foretages forskellige analysestrategiske valg, når Luhmanns systemteori søges anvendt. Jeg er opmærksom på de forskellige analysestrategier med tilhørende ledeforskelle, som Andersen (1999: 163) stiller til rådighed i forbindelse med systemteoriens anvendelighed på empirisk materiale. Hvor systemanalysen anvender ledeforskellen system/omverden fokuserer formanalysen på det markerede/umarkerede rum, som iagttagelsen skaber. I afhandlingen anvender jeg en kombination af system- og formanalysen, idet jeg ikke mener, analysestrategiernes ledeforskel udelukker hinanden, men derimod kompletterer hinanden i deres empiriske anvendelse. Skellet mellem system og omverden som udgangspunkt for iagttagelse får som en naturlig følge konsekvenser for den optik, som teorien ser verden igennem. At iagttage via system/omverden-referencen betyder samtidig, at vi markerer en bestemt side af en forskel og lade den anden side forblive umarkeret. Vores blik er derfor altid konstitueret gennem en forskel – det vi markerer, og det vi ikke markerer (Andersen 1999: 109).

Et fokus på sociale systemer forudsætter en bevidsthed om systemernes forskelligartede karakter og forklaringskraft. Sociale systemer kan kategoriseres under tre forskellige sub-kategorier: Interaktionssystemer, organisationssystemer og funktionssystemer/verdenssamfundet (Esmark et al. 2005: 232). Hver type af system har selvstændig forklaringskraft og relevans hos Luhmann: Interaktionssystemer strukturerer kommunikationen i den fysiske tilstedeværelse af kommunikerende parter; organisationssystemer strukturerer deres kommunikation omkring beslutningspræmisser og medlemskab; og endeligt strukturerer funktionssystemer kommunikationen (i de øvrige systemer) omkring binære koder (begreb og modbegreb).

I et systemteoretisk perspektiv opfyldes funktionen i sundhedsfremme og sygdomsbehandling på basis af det

medicinske funktionssystemes orientering mod den binære kode syg – rask (Andersen & Born 2001: 126). Denne distinktion strukturerer generelt kommunikationsfeltet mellem “patienten”/borgeren og sundhedsvæsenet/de sundhedsprofessionelle. Begreberne ”syg” og ”sund” betegner ingen særlige fysiske eller psykiske tilstande, nærmere kodeværdierne: Sygdom som den negative værdi og sundhed som værende den positive værdi. Den positive værdi af koden, definerer den grundlæggende stræben eller motivet i kommunikationen, hvor sundhed kan defineres som tilslutningsværdien. Omvendt tjener den negative værdi i koden formål som refleksionsværdi, og det er denne værdiladning af begreber/modbegreber, som viser sig særlig brugbar i denne afhandlings analyse af *sundhedsagttagelser*.

Foucaults magtanalytik

I de enkelte teori afsnit og dertilhørende konditionering vil jeg gå i dybden med Foucaults forståelse af biomagt og governmental magt, men forud for denne gennemgang vil jeg skitsere den overordnede Foucaultske magtforståelse, som specialet beror på. Deraf vil der forhåbentlig skabes en forståelse for, hvordan magtudøvelse i sundhedens navn lader sig udfolde.

Det dominerende magtperspektiv for specialet bygger på Foucaults magtbegreb, hvor magt opfattes som en form for styring, der betegner ethvert forsøg på at forme og omforme ’sandheder’ i en given diskurs. Hvis diskurserne ændrer sig, ændrer ’den sande viden’ sig, og det er dermed inden for diskurserne, at viden om ’virkeligheden’ produceres. Moderne magt og styring hviler altid på viden, som hentes i videnskaberne, hvorved en uadskillelig forbindelse mellem begreberne styring, magt og viden installeres (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 21). Det får den betydning, at magt og viden altid vil være gensidigt afhængige, da de implicerer og forudsætter hinanden, hvorfor der i en social relation konstant vil være en vekselvirkning mellem disse to begreber. I Foucaults optik er intet socialt felt derfor uberørt af magten – og dermed bliver magten allestedsnærværende: *”Hvor der er mennesker er der magt”* (Foucault i Heede 2007: 39).

Magt producerer primært begær, behov, formationer, diskurser osv., og magt hos Foucault er derfor ikke undertrykkende og kontrollerende, som man ser det i forbindelse med den ”før-moderne” forståelse af formel eller direkte magt. Deraf afviger Foucaults magtforståelse fra den traditionelle politologiske magtforståelse (Dahl 1957; Thomsen 2005), hvor magt i langt højere grad illustreres ved at ”nogle” har magten *over* andre:

”A has power over B to the extent that he can get B to do something that B would not otherwise do” (Dahl 1957: 203).

Magten strømmer ifølge Foucault ikke ovenfra og nedefter, og magten kan derfor heller ikke gribes, ejes, deles eller erobres (Thorndal 2004: 146). Foucault koncentrerer sig i langt højere grad om det, der omtales som magtteknologier – herunder princippet om individets selvstyring (governmentality). Denne raffinerede og næsten usynlige form for magt definerer Foucault således:

”Den tillader individer gennem egne midler eller med andres hjælp et vist antal operationer på deres egen krop og sjæl, tanker, adfærd, måder at være på med henblik på at transformere sig selv for at opnå en vis tilstand af lykke, renhed, visdom eller dødelighed” (Foucault 1994A: 225).

Kongstanken i Foucaults moderne magtform er ”styring af styring” (eller *”conduct of conduct”*). Det handler altså om, hvordan vi kan styre folk, så de kan styre sig selv. Sagt på anden vis: Hvordan bliver ydre kontrol til en indre kontrol hos individet? Magten bliver i denne ”styring af styring-optik” produktiv, idet den virker

ved at gøre individer til – og få individer til selv at gøre sig til – bestemte subjekter (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 17). Når det nu er denne magtanalytik, der er specialets udgangspunkt, så betyder det, at hierarkiske og lineære muligheder for at disciplinere individer/befolkningen umuliggøres. Sådanne forsøg på direkte og ”rå” magtudøvelse vil ifølge Foucault være umoderne og stille lighedstegn med tvang, der bygger på et juridisk og totalitært undertrykkelsesbegreb. Distinktion mellem den nuancerede magt og den simple tvang er ifølge Foucault at:

”Udøvelsen af magt er ikke blot et simpelt forhold mellem partnere, individuelle eller grupper; det er en måde hvorpå givne handlinger modificerer andre” (Foucault 2000: 219).

Dermed tager Foucault et opgør med magten forstået som tvang, da Foucaults magtforståelse er kendetegnet ved en sofistikeret teknik, der sigter på vejledning og dirigering af ”den andens” selvbeskrivelse, selvpfattelse og identitet med henblik på at nå bestemte mål. Kort formuleret kan man definere Foucaults magtforståelse som et begreb, der øger handlerummet, hvorimod tvang indskrænker ditto.

Det helt afgørende for en forståelse af Foucaults magtdefinition (og dennes adskillelse fra tvang) er, at magt er relationel i stedet for positionel, og at den repræsenterer en elementær kraft, der er en grundkomponent i sociale relationer (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 40). Magt set som styring er altid relationel, hvilket ifølge Foucault betyder, at magt *kun* kan iagttages, når den praktiseres i relationer (mellem subjekter). Magt kan således ikke besiddes, hvilket betyder, at magten ikke er en ressource, der har en specifik form eller lokalisering. Således ”besidder” ingen af samfundets aktører magt personligt, og der findes dermed ikke et stationært magthierarki imellem mennesker (Nealon 2008: 38).

Foucault udbygger ideen om denne ”flydende magt” med, at:

”Magt ikke er en institution, ikke en struktur, ikke en bestemt kraft, som visse udvalgte skulle være begavet med; det er det navn man giver en strategisk kompleks situation i et givent samfund” (Foucault 1994: 99).

Tanken om at magt altid vil opstå i relationen *mellem* aktører i en given situation, og at tvang i den forbindelse er unødvendig, konkretiseres med forestillingen om Panoptikon. Panoptisme som magtteori er et eksempel på, hvordan Foucault beskriver denne særlige relationelle magtform.

Filosoffen Jeremy Bentham udvikler i 1700-tallet en arkitektonisk skabning: Panoptikon. Formålet med denne bygning er at sikre den mest effektive og mest økonomisk rationelle overvågning af en menneskemængde i mere eller mindre lukkede anstalter (først og fremmest fængsler). Fra fængslerne overfører Bentham dog den nye opfindelse til fabrikkerne og videre til institutioner som hospitaler, galeanstalter og skoler i en bestræbelse på at opnå kontrol over menneskeansamlinger.

Fra et centralt tårn (”magtens øje”) kan inspektøren overvåge alle på én gang – men han forbliver selv anonym for den overvågede menneskemængde. Derfor ved de indsatte, arbejderne, de indlagte mv. aldrig, hvornår de bliver overvåget – og *om* de overhovedet bliver overvåget. Dermed installeres den indsatte i en permanent ”synlighedstilstand”, og herskerforholdet inderliggøres ved, at den ydre tvang hele tiden bliver nærværende i bevidstheden (Andersen & Timm 2010: 30).

Målet for Bentham er ikke straf og pine, men beslaglæggelse af fangernes arbejde: *Som vampyren suger han deres blod. Som edderkoppen mærker han hver en bevægelse i sit spind* (Bentham 2011 (1791)).

Det raffinerede ved Panoptikon er, at dem der overvåges inden for rammerne af denne bygning selv bliver aktive aktører i magtudøvelsen. ”Magtens tvingende blik” (eller tanken om det) bliver adfærdsregulerende for de indsatte, idet de ikke ved *om* de iagttages – og denne afskrækkende effekt udgør magten i den moderne, governmentale form (Kristensen 1997). Bentham sætter stor lid til ”de tvingende blikke” som adfærdsregulerende, og Foucault adopterer panoptismen som magtteknik. I Foucaults analytik fremstår Panoptikon som ”*diagrammet for en magtmekanisme ført tilbage i sin ideale form*” (Foucault i Nealon 2008: 43). I Benthams beskrivelse af Panoptikon er det især materialiseringen, automatiseringen og anonymiseringen, der interesserer Foucault. Opdagelsen af panoptismen som magtteknologi består for Foucault i, at overvågningen og dens tilsigtede effekter (adfærdsreguleringen af de indsatte) i kraft af sin anonymisering ender med at blive de overvågedes eget værk (ydre overvågning bliver til indre selvovervågning, hvor den indsatte installerer overvågeren som en indre dimension).

Hvor Benthams forestilling om Panoptikon hovedsagligt handlede om et praktisk, administrativt og arkitektonisk reformprogram, handler Foucaults panoptisme mere om forholdet mellem krop og sjæl. Foucault beskriver Panoptikon som den disciplinære magts drømmebygning (Foucault 2008), og linket mellem Benthams arkitektoniske værk og Foucaults analytiske mission står da også helt skarpt:

Kernen i bygningsværket er ifølge Bentham selv ”*en ny måde, hvorpå den ene bevidsthed kan opnå magt over den anden i et omfang, som ikke hidtil er set*” (Bentham 2011 (1791)) og kernen i panoptismen som disciplinær magtstrategi er, at en ”*ydre overvågning skal blive til indre selvovervågning, at den enkelte selv overtager forvaltningen af en ydre magtrelation ved at installere overvågeren som en indre dimension ved sig selv*” (Kristensen 1997: 94).

På trods af en veludbygget analytik over magten og dens form, er Foucault dog bevidst om, at magtrelationerne aldrig kan defineres på forhånd. Magt er en empirisk, deskriptiv kategori og termen for en produktiv proces, der kun kan beskrives igennem sine funktioner, teknikker og effekter på kroppen eller mere generelt på livsprocesserne (Andersen & Timm 2010: 29). Deraf vil magtens karakter og magtrelationerne også først kunne uddybes, når den kobles på et specifikt empirisk materiale.

Kombinationen af Luhmann og Foucault

Foucaults magtanalytik og Luhmanns kommunikationsteori udgør det teoretiske omdrejningspunkt for afhandlingen. Det afgørende for valget af disse to teoretikere er, at de begge bidrager til specialets forehavende og besvarelse af problemformulering med dertilhørende arbejdsspørgsmål. Ganske enkelt kan kombinationen af disse to teoretikere begrundes med specialets analyseformål: ”Afløsning” af kommunikative paradokser og moderne magtforhold. Foucault beskæftiger sig ikke med paradokset og den produktivitet, der udspringer heraf, og omvendt er Luhmann ikke magtteoretiker og behandler derfor heller ikke magten som noget produktivt – derved bliver en analysestrategisk kombination af de to teoretikere givtig for afhandlingens overordnede problemstilling.

Flere forskere har før arbejdet med at sammenkoble Luhmann og Foucault (Andersen 1999 & 2003B; Borch og Larsen 2003), og kombinationen bliver umiddelbart muliggjort af de to tænkeres sammenlignelige erkendelsesteoretiske positioner, der begge er funderet i den socialkonstruktivistiske fløj.

Forskelle og ligheder mellem de to kunne ekspliciteres i det uendelige, men jeg har valgt at lade kombinationen af de to teoretikere bygge på nogle få udvalgte argumenter – og på baggrund af specialets

socialkonstruktivistiske fundament, er teorivalget og kombinationen heraf et subjektivt valg, der selvsagt konstituerer visse fravalg.

Ved at benytte en socialkonstruktivistisk inspireret analysestrategi med afsæt i Foucault og Luhmanns begrebsapparater gives der afkald på forestillingen om, at videnskab kan producere endelige svar. Med inspiration fra begge teoretikere bliver nærværende afhandlings ambition derimod at beskrive, hvordan verden er konstrueret på baggrund af de sociale systemers kommunikationsudveksling og den relationelle magtstruktur individerne imellem.

Iagttagelsespunkt

”En iagttagelse er en indikation inden for rammen af en forskel” (Andersen 2001: 43). Det betyder, at det er selve den forskel, der iagttages igennem, som danner rammen for iagttagelsen, hvorfor iagttagelsespunktet er styrende for, hvad denne afhandling kan udtrykke sig meningsfuldt omkring.

Det kritiske potentiale her ligger i at vise, hvordan kampagnekommunikationen muliggør magten og ledelsen af livsstil. Forebyggelsespakkerne iagttages som kommunikation, der stiller ny kommunikation og handlerum til rådighed for borgeren (jf. afsnittet om Luhmanns kommunikationsbegreb).

Som andenordensanalytiker gør jeg forebyggelsesprogrammernes iagttagelser til genstand for mine egne iagttagelser og ser således kun det, som kan afledes af netop dette ”blik”. Andenordensagttagerniveauet betyder, at Sundhedsstyrelsen gøres til genstand for mine egne iagttagelser i alle tre delanalyser. Analysegenstanden i sig selv er dermed en iagttagelse af særligt udvalgt kommunikation. Subjektet der vil stå centralt i de følgende analyser skal i den forbindelse forstås som det, kommunikationen fremskriver som personer (borgeren/individet).

Det afgørende for empirien er, at det bliver muligt at fremanalysere, hvordan den herskende iagttagelse af (folke)sundhed kommer til udtryk. Det iagttagelsesledende spørgsmål er, hvad nutidens *iagttagelse* af individuel frihed/sundhed konstitueres af – og dermed afholder jeg mig fra universelle påstande om sundhedens ”sande ansigt” og essens. Jeg vil derfor koncentrere mig om at analysere kommunikationen i dens *umiddelbare* fremtræden.

Jeg vil udelukkende fokusere på de dele af kommunikationen, som tjener opgavens forehavende, og gennemgangen af det empiriske grundlag tjener alene det formål at besvare specialets overordnede problemformulering og de tre arbejdsspørgsmål. Fokus forbliver derfor på det synkrone snit, hvor jeg tager udgangspunkt i det for specialet vigtigste – de akutte kommunikative paradokser og afparadokseringen af disse. Konsekvensen heraf er en negligering af den lange historik i sundhedspolitik og oplysningskampagner, som et mere diakront perspektiv ville have haft for øje.

Opgavens videnskabsteoretiske forståelsesramme gør valget af iagttagelsespunktet kontingent, hvilket betyder, at jeg kunne have valgt andre iagttagelsespunkter, der ville skærpe mit analytiske blik på andre aspekter af kampagnekommunikationen. Dog mener jeg, at mit valg af iagttagelsespunkt giver de bedst mulige forudsætninger for at besvare opgavens problemstilling. Min indgangsvinkel i forhold til empirien er en ambition om at iagttage relationen mellem borgeren og det offentlige/”systemet”, og jeg vil derigennem forsøge at vise, hvordan kommunikationen gør subjektet/borgerens handlinger og livsstil til genstand for offentlig opmærksomhed og styring.

Formålet med analysen er således ikke repræsentativitet, men at vise eksempler på, *hvordan* Sundhedsstyrelsen som en markant stemme på sundhedsområdet iagttager sit ledelsesrum og herved nærme mig en større forståelse af de paradokser og dilemmaer, som staten befinder sig i.

Empiri

”Folkesundhed” må naturligvis afgrænses for at kunne undersøges nærmere. Jeg har derfor valgt et særligt empirisk grundlag udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen er i dette tilfælde min repræsentant for ”systemet” eller ”det offentlige” som modpol til det private individ/borgeren. Sundhedsstyrelsen er en statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark. Styrelsen har til opgave i samarbejde med beslutningstagere at skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for behandling og forebyggelse.

”Vi er således med til at understøtte, at folk i Danmark har mulighed for at kunne leve sundt og efter behov kan behandles sikkert i et sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet.”¹

Sundhedsstyrelsen har igennem årene lanceret utallige kampagner inden for hele sundhedsområdet. For at afgrænse denne brede vifte af kampagnekommunikation har jeg valgt at fokusere på nogle af de såkaldte forebyggelsespakker, som styrelsen ligeledes er afsender på. Forebyggelsespakkerne blev lanceret i juni 2012 og ambitionen med det nye tiltag er, at forebyggelse og sundhedsfremme fremover skal foregå efter ensartede principper i alle kommuner og baseres på den seneste faglige viden.²

Dermed vil specialet tage udgangspunkt i et relativt nyt tiltag på sundhedsområdet, som jeg deraf anser som repræsentativt for den norm, viden og praksis, der aktuelt er efterspurgt på området. Jeg betragter i den forbindelse forebyggelsespakkerne som symptomatisk for det generelle forebyggelsesfokus, der tegner sig for sundhedsfaglige myndigheder (herunder Sundhedsstyrelsen) – uden dog at forfalde til ambitionen om at udlede universelle almenlydigheder af det analyserede materiale.

De såkaldte forebyggelsespakker er et koncept, som Sundhedsstyrelsen udbygger løbende i 2012 og 2013. Ud over de fem første pakker som vil udgøre mit datagrundlag, så er fire nye forebyggelsespakker på vej (indeklime i skoler, hygiejne, solbeskyttelse samt mad og måltider – alle sendt i høring i efteråret 2012). I foråret 2013 udarbejder Sundhedsstyrelsen ligeledes forebyggelsespakker for overvægt og euforiserende stoffer.

I Sundhedsstyrelsens egen introduktion til forebyggelsespakkerne, lyder det:

”Forebyggelsespakkerne udarbejdes særskilt for hver risikofaktor, dels for at skabe overblik over fakta og anbefalinger, og dels for at tilgodese beskrivelsen af specifikke metoder og erfaringer indenfor hvert område. Pakkernes anbefalinger retter sig mod både raske og syge borgere i kommunen.”³

Forebyggelsespakkerne (både de eksisterende og de kommende) har været i høring hos kommuner, regioner, KL, Danske Regioner og faglige interesseorganisationer. Enkelte af disse høringssvar vil inddrages i

¹ Sundhedsstyrelsens mål og opgaver (ref. under webkilder)

² Forebyggelsespakkernes formål (ref. under webkilder)

³ Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (2012)

diskussionen, der følger efter analysen og konklusionen og tjene det formål at bringe andre aktører i tale i forbindelse med forebyggelsespakkeres lancering.

De til analysen udvalgte forebyggelsespakker omfatter områderne: tobak, fysisk aktivitet, mental sundhed, alkohol og seksuel sundhed. De udgør dermed mit iagttagelsepunkt og specialets empiriske fundament.

Alle fem forebyggelsespakker er bygget op efter samme skabelon. Der er tale om tre overordnede overskifter: *Fakta, anbefalinger og implementering/opfølgning*. Derudover afsluttes hver forebyggelsespakke med en uddybende liste over anvendt litteratur.

Som baggrundsmateriale har Sundhedsstyrelsen foruden forebyggelsespakkerne på hvert af de enkelte indsatsområder udgivet en introduktion til det nye koncept omkring forebyggelsespakker. Denne publikation "Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker" (forkortes i resten af specialet "F. Intro") vil ligeledes indgå i analysedelen, da der her gives begrundelser for, hvorfor det netop er de fem udvalgte risikoområder, der er i fokus for styrelsens anbefalinger.

Herunder følger en kort præsentation af hver enkelt forebyggelsespakkes formål og sigte.

Forebyggelsespakke om alkohol (forkortes i resten af specialet "F. Alkohol"):

Formålet med forebyggelsespakken om alkohol er at understøtte kommunernes arbejde med at reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen, at udskyde alkoholdebuten og at reducere unges alkoholforbrug.

Forebyggelsespakke om tobak (forkortes i resten af specialet "F. Tobak"):

Formålet med forebyggelsespakken på tobaksområdet er at understøtte kommunerne i deres arbejde med bl.a. at udarbejde planer og iværksætte indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere.

Forebyggelsespakke om fysisk aktivitet (forkortes i resten af specialet "F. Fysisk"):

Formålet med forebyggelsespakken om fysisk aktivitet er at understøtte kommunens arbejde for, at borgere får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet for derved at forebygge sygdom, bevare funktionsevnen og understøtte god trivsel.

Forebyggelsespakke om mental sundhed (forkortes i resten af specialet "F. Mental"):

Formålet med forebyggelsespakken om mental sundhed er at understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgernes mentale sundhed – i dagligsprog borgernes trivsel – og styrke den primære kommunale forebyggelsesindsats omkring mentale helbredsproblemer. Pakken beskæftiger sig dels med sundhedsfremmende indsatser, der kan skabe rammer og forudsætninger for borgernes mentale sundhed, og dels med forebyggelse af mere udbredte psykiske symptomer, f.eks. tegn på forstyrrelser i adfærd og samspil, samt symptomer som nedtrykthed, manglende energi og interesse, nervøsitet, uro og anspændthed.

Forebyggelsespakke om seksuel sundhed (forkortes i resten af specialet "F. Seksuel"):

Formålet med forebyggelsespakken om seksuel sundhed er at understøtte kommunens arbejde i forhold til at øge den seksuelle sundhed og trivsel blandt alle borgere, reducere forekomsten og spredningen af seksuelt overførte sygdomme, reducere antallet af uønskede graviditeter og reducere behovet for fertilitetsbehandling.

Afgrænsning

Det faktum, at jeg alene har iagttagelsespunktet fikseret på Sundhedsstyrelsens kampagnekommunikation, har som konsekvens, at jeg afgrænser mig fra mange andre relevante aktører, der har bidraget til debatten om sundhed og sundhedsfremme i befolkningen. Her kan blandt andet nævnes interesseorganisationer, eksperter, politikere og medier, der alle har/har haft en fremtrædende rolle i debatten. Disse aktører kunne have bidraget med relevante perspektiver på debatten, idet jeg kunne have inddraget mediernes framing af sundhed, interesseorganisationer og politiske partiers forsøg på mod-magt over for ”sundhedsfacismen” m.v. Dog har specialet en naturlig omfangsmæssig afgrænsning, og da Sundhedsstyrelsens initiativer – ofte – har bred politisk og faglig opbakning og tilmed er entreprenører på store dele af det kommunale arbejde på området, har jeg valgt mit nedslagspunkt netop her. Det var ligeledes afgørende for mit analytiske sigte, at der blev taget udgangspunkt i en statslig institution, da det overordnede formål med specialet er at belyse borgerens rolle i ”systemets”/statens iagttagelser og initiativer på sundhedsområdet.

Udover afgrænsningen i empiri er der også foretaget en skarp teorimæssig og analytisk afgrænsning. Det er ikke specialets formål at komme med vurderinger af, hvorvidt kampagnekommunikationen er effektiv eller succesfuld i den politisk formulerede målopfyldelse. Når jeg undersøger en konkret forebyggelsespakke, er jeg derfor ikke interesseret i at udsige nogen dom over dens implementering eller virkning. Jeg er derimod fokuseret på, hvordan den som ledelsesteknik muliggør magten i et biopolitisk/governmentalt rum. Min analytiske interesse kan dermed ræsonneres i et problemorienteret sigte, der stiller kritiske spørgsmålstejn ved den måde, hvorpå personlig livsstil gøres til et politik problem, der fordrer udviklingen af teknikker til ledelsen af borgere i sundhedens navn. Min ambition hermed er at belyse en række af de selvfølgheder, der ofte dominerer det sundhedsvidenskabelige felt – særligt hvis man i sin iagttagelse af sundhed ikke holder sig for øje, at både viden og magt er kontingente størrelser, der ikke nødvendigvis skal tillægges objektiv og universel gyldighed.

Teoriramme og konditionering

Konditionering af opgavens teori er integreret i de følgende afsnit, da jeg finder det værdifuldt at præsentere de anvendte teoretiske begreber i samspil med, hvordan jeg har tænkt mig at operationalisere dem i selve analyseprocessen. Rekapitulerende kan det nævnes, at formålet med projektets kobling af empiri og teori er at fremanalysere en nuanceret iagttagelse af den i Sundhedsstyrelsen herskende kommunikation omkring folkesundheden som begreb.

Paradokset

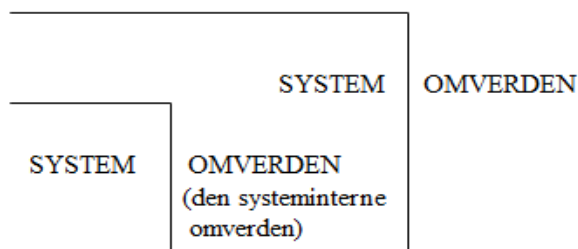
Paradoksbegrebets relevans for nærværende afhandling opstår i forbindelse med første arbejdsspørgsmål, der lyder som følger: *Hvordan etablerer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2012 modsætninger mellem ”systemets” regulering og borgerens frihed?*

Årsagerne til vor tids største trussel mod folkesundheden skal findes i livsstilen, og derfor må livsstilen nødvendigvis reguleres, hvis befolkningens sundhed og sikkerhed skal varetages. Samtidig sættes grænsen for regeringens indgreb ved det enkelte menneskes frihed til at træffe individuelle valg omkring måden,

hvorpå livet forvaltes. Livsstilen placerer sig således på paradoksal vis i en magtøkonomi mellem to konkurrerende rationaliteter, der på en gang vil underlægge livsstilen kontrol og regulering og samtidig sætte friheden som betingelse for styringen. Dette paradoksale forhold leder mig til de moderne magtteknikker formuleret hovedsagligt af Michel Foucault, men før jeg når hertil, er det nødvendigt eksplicit at operationalisere, hvordan jeg identificerer paradokser i det empiriske materiale.

Luhmanns teoretisering over samfundet forstået som kommunikationssystemer og hans forståelse af paradoksbegrebet søges i følgende afsnit ”oversat” til dette speciales særlige kontekst, hvor fokus er på iagttagelsen af sundhedskommunikation. Når man taler om distinktionen system/omverden (som med afsæt i Luhmann konstituerer specialets grundlæggende kommunikationsforståelse), er det vigtigt at pointere, hvordan sociale systemer kan uddifferentieres i subsystemer. Systemdifferentiering er en gentagelse af systemdannelsen i systemer – de såkaldte re-entries (Andersen 1999: 113). Derfor har enheden af et system altid en paradoksal karakter, idet systemet skaber sig selv igennem en mangfoldighed af distinktioner, der skaber en ikke-entydig struktur. Den systeminterne differentiering er gentagelsen af systemdannelsen i systemer, og det samlede system multiplicerer sig selv som en flerhed af interne system/omverdens-differencer (Luhmann 2000: 54). Selvom alle iagttagelsesoperationer i teorien er paradoksale, fordi de bygger på en skelnen (distinktion), hvor begge sider ikke kan betegnes samtidig, er det nødvendigt at skelne mellem ”rigtige paradokser” og de ikke-aktiverede paradokser.

FIGUR 1: Begrebet ”genindtræden” (re-entry) markerer, hvordan der opstår en intern systemdannelse i systemet. Herved gentages system/omverdens-differencen:



Man kan skelne mellem en iagttagelses selvreference og fremmedreference. Selvreferencen dækker over systemet selv, hvorimod fremmedreferencen definerer systemets omverden (eller noget i systemet selv, som adskiller sig fra selve iagttagelsesoperationen). I et samfund hvor iagttagelser og observationer ofte optræder kanoniseret på forhånd, vil iagttageren normalt ikke være opmærksom på sin selvreference, idet fremmedreferencen fastlagt. Hvis der opstår uenighed om definitionen af selv- og fremmedreferencen, er det ofte et udtryk for fejlskøn eller uvidenhed (Eks.: Hvis det ikke er en syg – så er det en rask person, ellers er det fordi vi ikke kan identificere sygdommens kendetegn) (Mortensen 2004: 26-27).

Paradokser kan overordnet defineres som situationer med uafgørbarhed, hvor to værdier eksisterer parallelt og derfor ikke kan udelukke hinanden. De sigter på fuldstændig beskrivelse og indeholder modsætningspar i form af divergerende værdier (Mortensen 2004: 28).

Paradoksbegrebets kerne bygger altså på forestillingen om enheden i en forskel. Det vil sige, paradokser beror på selvreference og benyttelse af en forskel (Mortensen 2004: 26). Hvis noget iagttages som et paradoks, gør det enheden i en forskel eksplicit. Det at eksplicere et paradoks er i sig selv en iagttagende operation, der kan provokere til nytænkning (Mortensen 2004: 29). Dermed bliver paradoksets behandling i nærværende speciale også det, der kan åbne op for diskussion af de selvfølgeligheder, der kendetegner

sundhedsdebatten.

Kneer & Nassehi (1997: 109) beskriver via to parametre det karakteristiske for paradokser og indkapsler herved Luhmanns oprindelige beskrivelse af paradokset:

1) Paradoksale udsagn sigter på en fuldstændig beskrivelse, de opnår imidlertid kun denne fuldstændige beskrivelse ved at indbefatte sig selv. Paradoksale udsagn er altså struktureret selvreferentielt, idet det, som de udsiger, også gælder for dem selv.

2) Paradoksale udsagn indeholder et modsætningspar, dvs. de opererer med en forskel.

Paradoksale udsagn beror således på to betingelser, nemlig betingelserne *selvreference* og *benyttelse af en forskel*, og kombinerer man de to betingelser på en bestemt måde, så kommer man ud i en situation af uafgørbarhed. Det er ifølge Kneer og Nassehi karakteristisk for paradokser, at de bestandig skifter frem og tilbage mellem to værdier, uden at den ene værdi kan vælges frem for den anden (ibid.).

Med inspiration fra Kneer & Nassehi (1997: 109) og Mortensen (2004: 27) kan der med god grund argumenteres for, at paradokset aktiveres her:

1. I såkaldte autologiske sætninger, det vil sige sætninger, der selv er en del af det, de udtaler sig om (den der udtaler sig, er en del af det der tales om)
2. I sætninger som har en universel rækkevidde, det vil sige udtaler sig om alle objekter, om den samlede mængde af en bestemt type objekter eller lige frem om "det hele" (universelle udsagn)
3. I situationer, hvor det ikke kan afgøres, hvilken side af distinktionen der skal betegnes (fremmedreference er ukendt i distinktionen)

Ifølge Luhmann er paradokser i første omgang uproductive, fordi de skaber tvivl om det, der betegnes såvel som identiteten af det system, der betegner. Paradokser er altså i sig selv lammende eller forvirrende, og for at iagttagelsesoperationer kan fortsætte, må der ske en såkaldt afparadoksering. Her introducerer Luhmann begrebet afparadokseringsstrategier, som er strategier for, hvordan tilslutningsmuligheden kan blive genoprettet. Luhmanns pointe er, at iagttageren må skubbe paradokset i baggrunden, hvis iagttagelsesoperationer/kommunikationen skal kunne fortsætte (Kneer & Nassehi 1997: 109). Afparadokseringen kan gå flere veje. En mulighed er at fastholde den oprindelige forskel, men fordele forskellens to sider på forskellige positioner. En anden vej er at skifte over til en ny forskel (Mortensen 2004: 29), og en tredje mulighed er at trække paradokset i forgrunden (Teubner 1996) og udnytte mulighederne for at knytte an til begge sider af forskellen ved at oscillere strategisk mellem værdierne i kommunikationen.

Jeg vil på baggrund af ovenstående ikke beskæftige mig med udsagn, hvor paradokset allerede er afparadokseret eller ikke-aktiveret. Disse udsagn er kendetegnet ved, at der er "valgt side" og iagttagelsens fremmedreference allerede er bekendt (f.eks. mand/kvinde, hest/ikke-hest osv.). Det er derfor ikke muligt at identificere paradokser, blot fordi der er tale om et modsætningsforhold – det underbygger de tre udvalgte guidelines ovenfor.

Biomagt

Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som et politisk program, der sigter på at forbedre det enkelte individs helbred for at perfektionere og økonomisk optimere den kollektive folkesundhed? Således lyder specialets andet arbejdsspørgsmål, og det er dette problematiserede forhold mellem individets biologiske træk og den kollektive folkesundhed, der fungerer som ledetråd for begrebet biomagt i nærværende kontekst.

Foucaults anvendelse af begrebet biopolitik/biomagt er ikke konstant, men forskyder sig alt efter hvilke af hans værker, der tages udgangspunkt i. Dog kan man med god grund skelne mellem tre forskellige anvendelsesmåder af begrebet: Først og fremmest er biopolitik kendetegnet ved relativisering og reformulering af suveræn magt; for det andet spiller biopolitiske mekanismer en central rolle i udviklingen af den moderne racisme, og som en tredje betydning henviser begrebet til en særlig regeringskunst, der dukker op i forbindelse med liberale ledelsesteknikker (Lemke 2007: 45). Forvirringen omkring biopolitikens grænser og forskydninger skyldes desuden, at Foucault ikke kun taler om biopolitik, men også nævner biomagt, uden at der foretages en skarp adskillelse af de to begreber. Visse fortolkere (bl.a. Nilsson 2009) af Foucault peger dog på biopolitik, som en strategi, der implementerer biomagten; men uanset fortolkning af begreberne, så eksisterer der unægtelig en hel tæt kobling af begreberne biopolitik og biomagt. Sondringen mellem biopolitik- og biomagt vil derfor heller ikke optage dette speciale yderligere, og grundet det særlige fokus, jeg har valgt på moderne magtformer, giver det bedst mening at anvende begrebet *biomagt* kontinuerligt i de følgende afsnit.

Jeg vil præsentere begrebet biomagt ud fra de tre ovenfor nævnte parametre, så der forhåbentlig danner sig et nuanceret billede af biomagts form og indhold – og dermed begrebets relevans for det empiriske materiale. Ifølge Foucault er det ikke alene markedet, der står centralt i den politiske økonomi, men i bred forstand *samfundet* og især *det civile samfund* (Foucault 1978). Det civile samfund betyder, at samfundets enhed og dermed spørgsmål om ”det sociale” ikke kun er knyttet til staten, men i høj grad også til ”noget”, der ligger uden for staten som en selvgenererende, naturgroet orden. Fra slutningen af det 18. århundrede omsættes denne orden i det politiske projekt til forestillingen om ”nationen”, og senere fra det 19. århundrede bliver denne særlige orden kaldt ”det sociale” (Foucault 1979). Hos Foucault forstås denne udvikling hen mod socialstaten som opkomsten af en liberal regeringskunst, der udøves i sammenspil mellem frihed og sikkerhed. Befolkningen bliver det objekt, som regeringen må tage højde for i sine dispositioner. Kort sagt er her tale om overgangen fra suveræniteten som styreform til et regime, der er domineret af mere raffinerende regeringsteknikker fra den politiske videnskab.

Nikolas Rose beskriver denne historiske udvikling i forholdet mellem stat og civilsamfund:

”Political authorities, in alliance with many others had taken on the task of the management of life in the name of the well-being of the population as a vital order and of each of its living subjects” (Rose 2001: 26).

Statens intervention over for borgerens biologiske eksistens har været tilstede siden den ”biopolitiske tidsalders” begyndelse og er den, der har formået at transformere det enkelte individ fra at være *”a living being with the additional capacity for political existence”* til at blive *”a modern man whose politics calls his existence as a living being into question”* (Foucault 1979: 188).

Det er under det, som Foucault beskriver som opkomsten af den biopolitiske tidsalder, at biomagten opstår som en ny magtform, der udvikler sig ved siden af den disciplinære form for magt, der har været

dominerende frem til her. Sammen med den disciplinære magt indgår biomagten i den ”magt over livet”, der har udviklet sig siden 1700-tallet, og hvis vigtigste effekt er skabelsen af det moderne individ. Forståelsen af borgeren og dennes plads i det store samfundspuslespil har ændret sig betragteligt i takt med biomagtens integration i samfundet. Reguleringen af befolkningen i denne tidlige historiske kontekst sker med det primære formål at sikre væksten i produktionen og styrken i den aktive del af befolkningen med henblik på at etablere handelsrelationer i Europa og sikre den finansielle opretholdelse af hærene og af hele det apparat, som giver en stat reel styrke i sine relationer med andre (Foucault 2001A: 14).

Biomagten indbefatter en række forskellige teknologier og teknikker, der er blevet udviklet til at analysere, kontrollere, regulere og definere vores liv og færden. Biomagten er rettet mod to poler ”kroppen” og ”arten”. *Kroppen* som bærer af livets mekanik og udgangspunkt for biologiske processer (forplantning, fødsel, død osv.), og *arten* som menneskets relation til andre arter og dets miljø i bred forstand (Nilsson 2009: 114). Vigtigst at udlede af denne kodificering er, at menneskets grundlæggende biologiske træk drages ind i en politisk magtstrategi.

Biopolitik er i dag indvævet som en naturlig del af det politiske domæne og influerer på en lang række områder vedrørende befolkningsoptimering. På den ene side har vi ”massekroppen” (uddybes operationelt senere i afsnittet), på den anden side har vi individet, som er blevet subjektiveret og objektiggjort ihærdigt siden 1700-tallets oplysningstid og frem til dags dato. Denne magt over biologisk liv giver sig i en mere nutidig kontekst til udtryk i en række forskellige reguleringer og kontroller rettet mod befolkningen som helhed (f.eks. forsøg på forbedring af den fysiske aktivitet, forbedring af fertilitet, kampagner for mammografiscreening, organdonation m.m.).

Foucault fremhæver biomagten som en produktiv magt, men også som den magtform, der åbner op for den biologiske begrebsliggørelse af det politiske (f.eks. udryddelse- og folkefordrivelsespolitik, racehygiejne og lignende) (Nilsson 2009: 114-115). I den forbindelse kan biomagt kædes sammen med eugenikken (arvehygiejne) som et konkret empirisk eksempel, hvor normen om race/arvehygiejne var udslagsgivende. Her ser man statens forsøg på at få gode folk til at få flere børn og holde den dårlige arvemasse uden for reproduktion. Der kommer fokus på maksimering af befolkningens ”fitness” og de muligheder, der deraf opstår for at lette økonomien og de sociale byrder, der følger med dårlig arv. Denne form for biomagt/eugenik foregik i 1900-tallet i flere demokratiske lande – selvom det demokratiske perspektiv kan synes sløret i et nutidigt lys. Åndssvageanstalterne, eugeniske ægteskabslove og tvangssterilisation i starten af det 20. århundrede er eksempler på den statsligt funderede biopolitik, hvor man kriminaliserede grupper af individer alene på baggrund af deres livsform eller levevis (Rose 2001: 33).

Nikolas Rose understreger med sine historiske eksempler, at menneskers biologiske liv er blevet politisk i et nyt omfang. Den ”nye” politik tager menneskelivet som sit objekt, mål og indsatsområde. Den mekanisme der hovedsagligt styrer i et regime domineret af biomagt er *ikke* staten, men derimod normerne - normen om sundhed og normen om ”at være normal”.

”But the norms of life and health are not a uniform set of values, nor are they simply imposed. They are not merely the prerogative of political or medical authorities ... They pluralise and factionalise, ally, compete and contradict” (Rose 2001: 40).

Dermed står det klart, at biomagten er en kompleks størrelse, der kan få positive såvel som fatale konsekvenser for de dele af befolkningen, der underlægges magtens teknologier og teknikker i

”magthaverens” forsøg på at få reguleret ”arten” eller ”masekroppen” ud fra intervention i det enkelte individs biologiske krop. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om en magtform, der i en nutidig optik hovedsagligt vil fokusere på at producere forbedringsmuligheder for problemfelterne og ikke nødvendigvis forårsage fysisk udryddelse, som de foregående eksempler dokumenterer.

Biomagten har dog uagtet omstændighederne og den historiske/politiske kontekst den betydning, at befolkningen (og dens krop) ses som et offentligt interventionsfelt. Kroppen skal med andre ord bruges til at blive føjelig, brugbar og omkostningsfri (Foucault 2002: 154). Det særlige ved biomagten er, at den i modsætning til den suveræne magts ”ret til at tage liv” bliver en ”magt til at få til at leve” (Foucault 1994: 140-142). Når magtens mål og dens procedurer rettes mod *livet* og hele dets forløb, sker der en afgørende forskydning i magtens grænser.

I det moderne demokratiske samfund får anvendelsen af biomagt den betydning, at myndigheder og autoriteter styrer befolkningens liv i velværens navn – dog uden at det går så vidt som eksemplerne med direkte raceudryddelse og eugenik. Politikken der udspringer heraf adresserer vitale processer inden for menneskelig eksistens: befolkningens størrelse, reproduktion, seksualitet, forældre og familierelationer, fødsel og død. Dermed åbnes der op for nye berøringsflader mellem forholdene biologi/fremtoning og biologi/ansvar (Rose 2001: 41).

Med udgangspunkt i særligt Foucaults og Roses begreb om biomagt kan forebyggelsesindsatsen udlægges som en særlig form for regeringskunst, der styrer mod at optimere befolkningens biologiske liv. Denne regeringskunst må undersøges som en særlig form for biopolitisk magtudøvelse, der både skaber *muligheder* og *begrænsninger* for ledelsen af livsstilen.

Begrebet biomagt bruges i forbindelse med nærværende afhandling som statens intervention i borgerens biologiske mekanismer i et forsøg på at nyttemaksimere, og i denne proces må individets krop selvsagt blive genstand for politisk strategi/intervention.

Operationaliseringen af biomagtens teknikker sker med afsæt i de to omtalte poler: kroppen – arten (jf. ovenstående). Oversat til et empirisk brugbart magtblik betyder det, at jeg analyserer biomagten som:

- 1) Disciplinering af individers biologiske *krop*
- 2) Regulering af befolkningen som *art*

Jeg anvender modstillingen mellem subjektets krop og samfundets ”masekrop”, som Foucaults tanker om biomagt og biopolitik åbner op for (Stäheli i Borch og Larsen 2003: 67). Med begrebet ”masekrop” eller ”arten” beskriver Foucault, hvordan befolkning som helhed bliver et objekt for styring. At stille subjektet over for masekroppen er specialets måde at belyse, hvordan subjektets sundhedshandlinger tilskrives konsekvenser for den fælles folkesundhed. Heri ligger også, at individet kun bemærkes, hvis det afviger fra normen (eller den norm som magthaveren ønsker implementeret).

”Det er en ny krop, en mangesidet krop, en krop med et antal hoveder, der, hvis ikke det ligefrem er uendeligt, i det mindste ikke nødvendigvis er tælleligt. Det drejer sig om en befolkning”. (Foucault citeret i Borch og Larsen 2003: 68).

Foucault stiller ikke mange brugbare redskaber til rådighed for konditionering og empirisk anvendelse af begreberne *krop* og *art/masekrop*. Derfor må jeg lave mine egne kriterier for, hvordan de to poler inden for biomagten identificeres. Arten forstår jeg i den forbindelse som det fænomen/begreb, som ”magthavere” kan

regulere befolkningen på. Her er altså fokus på de kollektive sundhedsløsninger, hvor der etableres særlige forestillinger om det ideelle sundhedsbillede eller normen (det såkaldte telos i Foucaults begrebsapparat). På baggrund af afhandlingens afgrænsede problemfelt bliver *arten* oversat til et for sundhedsblikket anvendeligt begrebskatalog. Det bliver i den forbindelse stereotyperne af sundhed, jeg leder efter, og som reguleringen af befolkningen (som art) tager afsæt i.

Det jeg konkret søger identificeret er de generaliserede forestillinger om "normal", "sund" livsstil. Derved bliver *arten* f.eks. oversat til "slank" som eksempel på en generaliseret sundhedsforestilling (norm/telos), der hersker i kommunikationen.

Kroppen bliver omvendt repræsentant for de afvigere, det er nødvendige at disciplinere (objekterne for statens styring) for, at vi kan nærme os idealforestillingen.

Helt konkret kan konditioneringen af kroppen-arten koges ned til følgende fremgangsmåde: Hvis idealet/den generaliserede sundhedsforestilling hedder "slank", så leder jeg efter afvigelserne tyk, tynd osv. Præmissen for at "dømme" afvigere er, at der eksisterer en forestilling om idealbilledet/normen - og omvendt kan idealet udledes af alt det, som afvigerne *ikke* repræsenterer.

Magtudøvelse i sundhedens navn er relevant med sigte på optimering af vilkårene for folks evne til selv at træffe velfærdsfremmende valg. Når formålet med sundhedskampagnerne er at tilskynde til bedre kostvaner, motion, ikke-rygning, sikker sex m.m., så kan der argumenteres for, at staten (herunder Sundhedsstyrelsen) agerer med udgangspunkt i biomagtens tilgængelige teknikker og teknologier. Biopolitikken kan i den forbindelse intervenere via såvel totaliserende som individualiserende teknikker: Det kan både være gennem statistik, love, forordninger, reguleringer osv. på et generelt plan (f.eks. indførelse af fedtafgift, rygeforbud osv.), men det kan også være gennem tilskyndelser på et individuelt plan (bedre cykelstier, etablering af udendørsanlæg osv.), hvor incitamentet til at forbedre den fysiske form øges.

Ifølge Foucault og Rose betragter borgerne ikke denne sundhedsfremme som magt, idet den fremstår som "en hjælpende hånd" (jf. den indledningsvist nævnte case om Michael Gundersens rygeafvænnings), mens den egentlige grund til denne sundhedsfremme nok analyseres mere nuanceret i biomagtens optik, som værende en manøvre, hvor borgeren kan yde mere og belaste samfundsøkonomien mindre.

Lemke (2007) såvel som Thorup Larsen (2011) behandler de biopolitiske styringsbetingelser, der opstår, når de søges implementeret inden for rammerne af en liberal ledelsesrationalitet. Biopolitiske mål om befolkningsoptimering synes vanskelige, hvis ikke umulige at realisere, når den governmentale ledelse er rettet mod livsstilen og de biopolitiske aspekter af borgerens liv (Thorup Larsen 2011: 221). Med reference til Foucault, taler Thorup Larsen om en såkaldt "statsfobi"; en skepsis over for direkte regulering der bygger på totaliserende teknikker.

Hvis staten har defineret den individuelle livsstil som problem for folkesundheden, men samtidig har afgrænset den individuelle livsstil som et domæne, der falder uden for reguleringens rækkevidde, sætter det en kritisk begrænsning for biopolitikens muligheder for at optimere befolkningens sundhed. Thorup Larsen kalder denne styringskonflikt for en governmentaltetskrise, der efterlader biopolitikken uden reelle muligheder for regulerende intervention (Thorup Larsen 2011: 216). Vellykket anvendelse af biomagt handler derimod om at udøve magt igennem administrative teknikker, kontrol og normalisering. Biomagt handler kort sagt om at opstille nogle præmisser for frivillig handling gennem regulering og disciplinering af borgerne.

Målet med specialet er at vise, hvordan staten (her Sundhedsstyrelsen) alligevel søger at definere et handlerum for magtmanøvrer og ledelse af befolkningens livsstil – uden at det skal give associationer til

forgangne tiders eugenik. Det er en særlig kunst at lede livsstil – derfor må den moderne magt i brug, så individet i den liberale stat ikke ”opdager”, at der er tale om magtmanøvrer fra statens side. Og det er i den forbindelse, at det bliver relevant at behandle den governmentale ledelsesrationalitets betydning for forbedringen af befolkningens biologiske grundvilkår.

Governmentalitet

Med særlig vægt på den governmentale magt og styring søger jeg en besvarelse af specialets tredje og sidste arbejdsspørgsmål: *Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som en styringsstrategi, hvor den grundlæggende præmis for ledelse er individets frivillighed?*

Begrebet governmentalitet betegner hos Michel Foucault en særlig ledelsesrationalitet, der forbindes med moderne liberal regeringskunst. Den overordnede logik udspringer af behovet for at styre individer og kollektiver igennem deres aktive selvledelse. Governmentalitet er hos Mitchel Dean (2006) forsøgt oversat med styringsmentalitet eller en styringsrationalitet, der påvirker de generelle måder at tænke omkring styring på. Dean peger mere specifikt på, at begrebet betegner de særlige mentaliteter, kundskaber og regimer, der har udviklet sig omkring styring og administration i de seneste århundreder (Dean 2006: 31). Uanset begrebets oversættelse fra dens originale Foucaultske lingvistik er det afgørende at forstå, at governmentalitet defineres ved *at styre* med udgangspunkt i *det styrede*. Denne moderne magt er betinget af de styredes frihed, og præmissen er, at moderne magt kun kan indføres af frie mennesker. Governmentalitet bygger derfor på en forestilling om positiv selv-regulering hos individet.

Med frihed følger også en risiko for, at den enes frihedsudøvelse kan begrænse helhedens frie interesseudfoldelse. Det bliver derfor regeringskunstens anliggende at gribe ind over for adfærdsformer, der begrænser fællesskabets frihedsudøvelse. Liberalismen hviler med dette dobbelte krav i friheden på et reguleringsparadoks: den må regulere for ikke at regulere. Rationaliteten i liberalismen kan således defineres, som en konstant beregning af den risiko, som de individuelle interessers frie spil udgør på den ene side, og de sikkerhedsmekanismer, der er nødvendige at iværksætte, for at minimere de risici, der begrænser de frie interesser på den anden side (Senellart i Foucault 2009: 367; Lemke 2011: 57).

Det sofistikerede ved den governmentale ledelsesform er, at den netop fokuserer på borgernes og den samlede befolknings frihed, men også på deres ansvarlighed i forhold til at leve i overensstemmelse med samfundets normer. I modsætning til tidligere ledelsesformer hvor afsættet var suverænenes magt, så er governmentalitetsledelsen en avanceret og uigennemskuelig ledelsesform. Denne forskydning skyldes, at den moderne magt ikke er centraliseret hos én magthaver eller autoritet, men derimod er allestedsnærværende (jf. afsnittet vedr. Foucaults magtanalytik).

Ifølge Foucault er moderne politisk magtudøvelse kendetegnet ved en rationalitet, der anser individers frihed til at træffe egne valg som en betingelse for styringens effektivitet (Foucault 2000: 221). Derfor må moderne politisk ledelse, i stedet for at tilstræbe en gennemregulering af befolkningen, søge en styring, der muliggør befolkningens egen selvstyring.

Det der er afgørende for statslig styring i vores samtid er ”governmentaliseringen” af staten, og det er dette fænomens opkomst, der har sikret statens overlevelse ifølge Foucault. Også Nikolas Rose lægger sig op ad Foucaults forståelse af selvstyring som karakteristisk for det moderne samfunds opretholdelse. Her bliver

selvstyring et spørgsmål om at ”konvertere” magtudøverens ønsker til borgerens egen identitet: *”When each can translate the values of others into its own terms, such that they provide norms and standards for their own ambitions, judgements and conduct”* (Rose 1999: 50).

Med afsæt i François de La Mothe Le Vayers (1588-1672) regeringstypologi over tre forskellige regeringsformer, der henviser til hver sin form for videnskab, refleksionsform og ledelsesrationalitet tager Foucault fat på de forskellige ”regeringer”, som eksisterer immanent i forhold til staten. Det leder frem til følgende rubricering (Foucault 2008: 101):

- Regeringen af én selv som individ tager afsæt i *moralen*.
- Regeringen af ens familie tager afsæt i *økonomien*.
- Regeringen af staten tager afsæt i *politikken*.

Foucault vil kortlægge kontinuiteten mellem disse regeringsformer både opadgående og nedadgående – opadgående på den måde, at før du kan regere en stat, må du kunne regere dig selv og din familie, og nedadgående forstået som det forhold, at når staten regeres godt smitter det af på regeringen af familier og individer.

Når det kommer til den såkaldte regeringskunst i en moderne magtopsik bliver det et spørgsmål om, hvordan man indfører ”familieregeringens” refleksionsform og ledelsesrationalitet i udøvelsen af politik. Det faderlige forhold til familien må overføres til forvaltningen af staten, så det ikke længere kun er magthaverens fokus på bevarelse af fyrstedømmet, der dominerer (jf. Machiavellis politiske tænkning om fyrstens fremmeste opgave i *Il Principe* (Fyrsten) fra 1532). I sin anti-machiavelliske orientering afdækker Foucault en tilgang til regering og styring, hvor der tages afstand til suveræniteten og fyrsten personificeret som magtens centrum. Styring foregår derimod mange steder i samfundet og igennem mange agenter inden for det politiske legeme (Dean 2006: 150). Moderne, succesfulde magtcentre må derfor forholde sig til det komplekse, der består af både mennesker og ting, og som familiefaderen tage hensyn til de enkelte individer i familien, sætte mål, tage højde for begivenheder, ukendte situationer osv.

Foucaults sigte med udviklingen af governmentalitets-begrebet er at problematisere ’over-vurderinger’ af staten som et center for al styring og i den forbindelse også åbne op for en decentring af staten og det positionelle magtbegreb. Men hvad er det så Foucault fremlægger som alternativ til den traditionelle magt, hvor staten bestemmer og befolkningen retter ind? De overordnede linjer for Foucaults magtforståelse er allerede præsenteret i det foregående afsnit omhandlende hans overordnede analytik, men uddybes her med henblik på at få øje for de særlige karakteristika ved governmentalmagten.

Foucaults nok mest berømte definition af governmentalitet lyder som følgende:

”The ensemble formed by the institutions, procedures, analyses and reflections, the calculations and tactics that allow the exercise of this very specific but albeit complex form of power, which has as its target population, as its principal form of knowledge political economy, and as its essential technical means apparatuses of security” (Foucault 1991).

Governmentalitet er altså både analytisk og diagnostisk for dominansen af en ganske særlig type magtrelationer. Formålet bliver at påvise en ’ekstra-statslig’, produktiv magt, der bygger på opkomsten af skellet mellem stat og civilsamfund.

Dette ”*apparatuses of security*” som Foucault omtaler i ovenstående citat handler om at sikre og optimere befolkningens naturlige processer. Governmental magt skal forstås som den mængde af institutioner, procedurer, refleksioner, taktikker og beregninger, som gør det muligt at udøve den specifikke og komplekse form for magt, hvis primære sigte er befolkningen (Foucault 2008: 116-117). Forståelsen af den governmentale ledelsesrationalitet bliver karakteriseret ved, at staten ikke tvinger/straffer, men uddelegerer styring til borgeren selv via bestemte teknikker. Hvor loven ekskluderer, søger disciplinen konstant at integrere alle.

På trods af at staten ligner magtens center – selv i en moderne verden, så bliver staten i en governmental optik reduceret til et koordinerende organ, der må igangsætte andre agenter for at indløse sine styringsmål. Herved forøges handlerummet for individet i stedet for at mindske det, og individet/subjektet gør sig selv styrbart gennem magtrelationen til staten/magtudøveren. I den forbindelse kendetegnes biomagten såvel som den governmentale magtform ved en magtudøvelse funderet i ”*magt til at få til at leve*” i stedet for ”*retten til at tage liv*” (Foucault 1994: 140-142).

Mitchell Deans analyse (2006) af den liberale styring er interessant for at forstå det liberale aspekt i denne særlige governmentale ledelsesrationalitet.

Deans teoretiske inspiration kommer først og fremmest fra Foucaults magtanalyser. Dean pointerer dog, at han beskæftiger sig med styringspraksis i en mere snæver forstand end Foucaults meget generelle forståelse af magt som styring af menneskers adfærd (*conduct of conduct*). Styring er regulering af egen og andres adfærd, det er overlagte forsøg på at forme alles adfærd i overensstemmelse med bestemte normsæt og med henblik på at opnå bestemte mål. Foucaults begreb om *conduct of conduct* kan deraf oversættes til den form for aktivitet, der søger at forme, guide eller påvirke andre mennesker (Gordon 1991: 2; Dean 2006: 47). I denne definition af magt ligger visse forudsætninger. For det første må gælde at magt, der udøves på andres handlinger, implicerer at ”den anden” fremstilles som et handlende væsen.

Styring vil hos Dean sige, de forskellige måder, hvorpå menneskers adfærd på kalkuleret vis forsøges formet ved påvirkning af deres ønsker, forhåbninger, interesser og overbevisninger (Dean 2006: 46). Man kan sige, at formålet her er at få individet til at påtage sig en *selvforvaltning* af magten. Ansvar for den enkeltes sundhedsmæssige situation synes i langt højere grad end tidligere at blive placeret hos den enkelte, snarere end at dette ses som et samfundsmæssigt problem. Og opgaven er, at få den enkelte til at erkende og acceptere dette.

Med afsæt i hovedsagligt Foucaults og Deans beskrivelser af den governmentale magt, vil jeg i denne afhandling operationalisere/konditionere begrebet ud fra følgende ledetråde. Derved bliver de teoretiske begreber praktisk anvendelige på mit empiriske materiale:

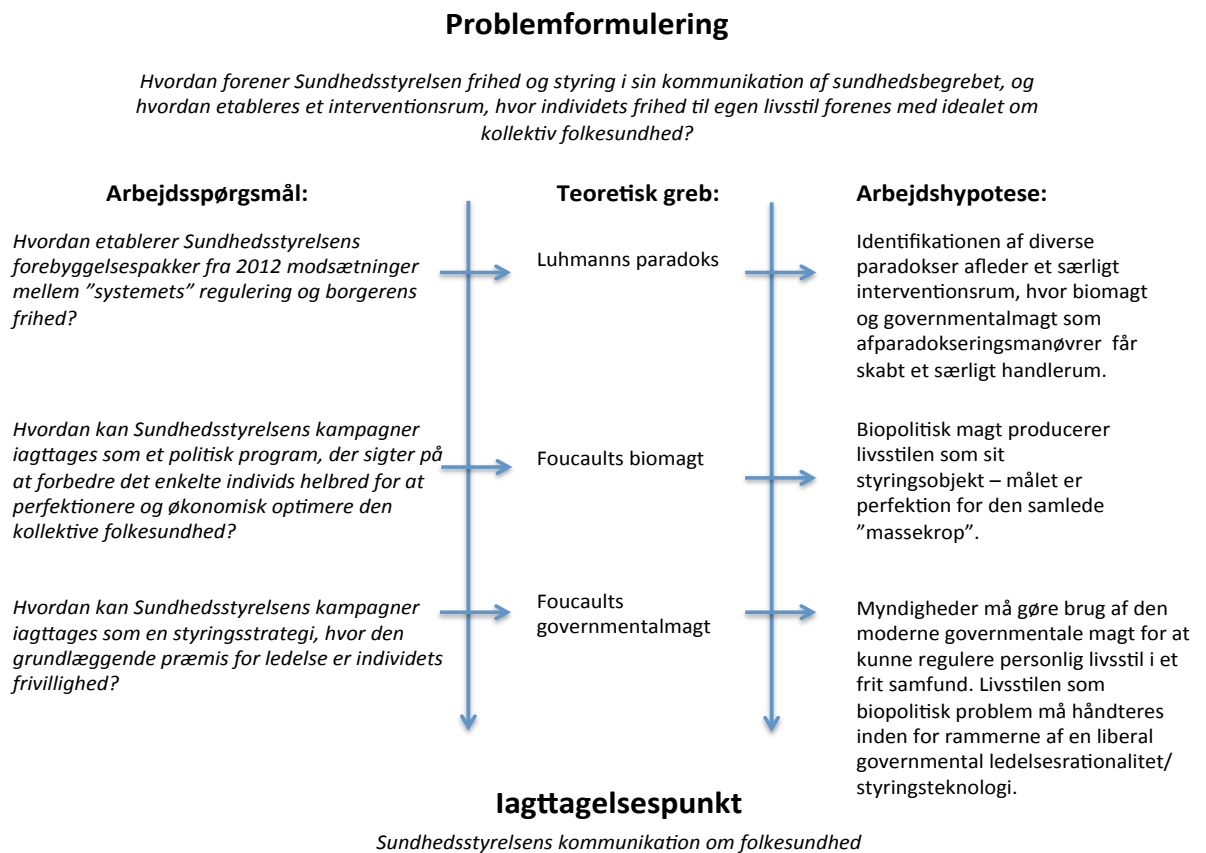
1. Udsagn hvor risiko-logikken optræder eksplicit i forbindelse med folks valg af livsstil. Det skal her være muligt at identificere en risiko, der på én og samme tid er til fare for individets helbred og til fare for samfundets økonomiske sammenhængskraft. Sikkerhedsforanstaltningerne (eksempelvis forebyggende samtale, cykelstier og/eller befolkningsstatistikker) kan i den forbindelse både være fysiske, mentale og relationelle ”instrumenter” til at minimere/eliminere de identificerede risici.
2. Statens magt optræder som en nyttemaksimerende magt til at få folk til at (over)leve. Denne magt konditioneres i analysen ved at identificere en sundhedsadfærd, som er til nytte for borgeren (helbredsmæssig) og til nytte for staten (økonomisk).

3. Fokus er vendt væk fra statsapparatet og styring optræder derimod i forhold til mit iagttagelsespunkt i et netværk af skoler, arbejdspladser, foreninger m.v., som går på tværs af skel som stat/civilsamfund og offentlig/privat.
4. Styringen opererer med henvisning til at frisætte, stimulere og realisere individets potentialer. Her skal friheden til at træffe et aktivt valg for individet fremgå eksplicit.

Kombinationen af paradoks, biomagt og governmentalitet

Den kombination af analysestrategiske værktøjer, som er blevet præsenteret i de netop passerede delafsnit, og som skal lede mig frem til svaret på opgavens overordnede problemformulering, er illustreret i nedestående figur:

FIGUR 2: Analysestrategisk fremgangsmåde:



3. ANALYSE

Delanalyse 1: Paradokset i moderne sundhedsfremme

Dette afsnit udgør afhandlingens første delanalyse, og den overordnede målsætning er at identificere, hvilke kommunikative paradokser, der optræder i den særligt udvalgte kampagnekommunikation fra Sundhedsstyrelsen. I konditioneringen af paradokset blev det slået fast, at paradokser overordnet set kan defineres som situationer med uafgørbarhed, hvor to værdier eksisterer parallelt og deraf ikke kan udelukke hinanden. Udsagn og fænomener kender ofte sine modsætningsstykker på forhånd (hvis du er mand, kan du ikke være kvinde), men paradokset er derimod kendetegnet ved, at fremmereferencen ikke fremstår tydeligt.

Specialets første arbejdsspørgsmål - *Hvordan etablerer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2012 modsætninger mellem "systemets" regulering og borgerens frihed* - har sit udspring i en antagelse om, at der i moderne sundhedskommunikation optræder paradoksale udsagn, hvor sondringen mellem individets frihed og styring er uskarp. På den baggrund vil det være paradokset mellem borgeren som et frit/autonomt individ og borgeren som et styrbart objekt underlagt formynderiske tiltag, der sætter rammen om første delanalyse. Som det allerede blev fremlagt i specialets indledning og problemfelt, så befinder staten sig i et paradoks

kendetegnet ved, at der er risiko ved at lede, og der er risiko ved ikke at lede. Dette paradoks etablerer sig, idet alle individers frie spil kan gå ud over selv samme, da princippet om kollektiv solidaritet er en af velfærdssamfundets grundpiller.

Dualismen mellem individ og kollektiv er noget af det første, der behandles i forebyggelsespakkenes introduktionspublikation:

”Borgerens sundhed og trivsel er et fælles anliggende for den enkelte, familie og netværk, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som skaber sundhed og trivsel” (F. Intro: 7).

Paradokset er ikke til at overse – for hvordan kan borgerens sundhed både være et fælles anliggende fordelt på stort set alle samfundsniveauer og samtidig være noget, der er forbeholdt den enkelte borger at tage ansvar for? Når sundhedens *anliggende* skal defineres er det tydeligvis et spørgsmål om ansvarsfordeling, for hvem skal man klandre, hvis Sundhedsstyrelsens strategier ikke efterleves og altså mislykkes? Der søges i den forbindelse etableret et fælles såvel som individuelt ansvar for sundhedsindsatsen. Forsøget på at skabe en fællesfølelse optræder lige så eksplicit som forsøget på at placere det overordnede ansvar hos det enkelte individ:

Som en del af fakta-oplysningen i forbindelse med alkoholindsatsen slås det fast at:

”Ansvaret for forebyggelse og behandling på alkoholområdet er samlet i kommunerne” (F. Alkohol: 4).

Og som en del af forebyggelsespakkenes ”vidensgrundlag” hedder det sig, at:

”Alkoholpolitik på arbejdspladser, i institutioner og i sportsklubber kan begrænse tilgængeligheden af alkohol og sikre kvalificering af nøglepersoner med henblik på tidlig indsats og henvisning til alkoholbehandling” (F. Alkohol: 12).

Det fremstår dermed som et indiskutabelt faktum, at det er en kommunal opgave at varetage opgaveløsningen i forbindelse med både forebyggelse og behandling af alkoholproblemer. Lader man dette udsagn stå alene, levnes der ikke meget ”ansvarlighed” tilbage til borgeren, når det kommer til spørgsmålet om et ”sundt” alkoholforbrug. Alligevel følger disse budskaber i samme publikation:

”Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred” og *”Drik ikke alkohol for din sundheds skyld”* (F. Alkohol: 27).

Det er altså *dit* helbred og *din* sundhed, det handler om, men ansvaret forbliver placeret hos kommunen. Der er her tale om et ansvarlighedsparadoks, hvor man med rette kan spørge: Hvorfor er *min* (individets) sundhed *dit* (kollektivets) problem? Borgerens ansvarlighed for eget liv blandes sammen med det offentliges ansvar for opretholdelsen af befolkningens sundhed, og derfor opstår der tvivl om distinktionen mellem mit og dit ansvar. Paradokset her kan kort opsummeres til, at borgerens sundhed tager form som et personligt anliggende – som samtidig er kollektivt. Sundhed skal være et ’folkeeje’, men fremmes på lokale betingelser. Den dårlige livsstil rammer dig selv (helbredsmæssigt) – men det rammer os alle sammen (økonomisk), og derved sidestilles subjektets og det offentliges ansvar for en vellykket sundhedsindsats.

Denne mudrede distinktion mellem aktørernes ansvarsfordeling smitter af på sundhedskommunikationens paradoks vedrørende brugen af risikobegrebet.

Det er et gennemgående karakteristikum for kommunikationen i alle forebyggelsespakkerne, at risikofaktorer skal mindskes og allerhelst elimineres. Her eksemplificeret ved indsatsen mod alkohol:

“De enkelte risikofaktorer (Rygning, overforbrug af alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet) forstærker desuden hinandens negative effekt med hensyn til udvikling af en række sygdomme, fx. bidrager både rygning og alkohol til udvikling af mange af de samme kræftformer” (F. Intro: 11).

I forsøget på at afværge risici i borgerens livsførelse introduceres en række foranstaltninger til afværgelse af disse risici - paradoksalt frembringer disse foranstaltninger flere og nye risici.

“Ensomhed har vist sig at være på niveau med rygning og alkohol som risikofaktor for død” (F. Mental: 6)

I sin kategorisering af ensomhed som en risikofaktor på linje med rygning og alkohol benytter Sundhedsstyrelsen diverse forskningsresultater som underbyggende dokumentation. Denne nye viden bringer dog nye risici med sig (f.eks. ensomhed = død), men samtidig holder kommunikationen sit fokus på forskningsresultater og videnskab, som har til hensigt at nedbringe antallet af risikofaktorer:

“Der er evidens for, at helt eller delvist betalt rygestopmedicin øger andelen, der forsøger sig med et rygestop og dermed øger stopraten” (F. Tobak: 12)

Ved i høj grad at benytte en kommunikationsform, der er funderet i evidente og videnskabeligt dokumenterbare udsagn, beror budskaberne på en appellform forankret i *logos*, hvor der appelleres til borgernes fornuft. ”Sandheden om sundheden” skal blive folks egen erkendelse. Denne form for ”videnskabelig kommunikation” fungerer dog både som risikoforøgende og risikonedbringende. Jo mere viden/oplysning der kommunikeres, desto flere risici og desto flere belastede samfundsgrupper, kan der identificeres. Paradoksalt nok producerer kommunikationen dermed sine egne ”ofre”.

Paradokset i forbindelse med risikobegrebet leder videre til identifikationen af et andet paradoks – det kommunikative paradoks i forsøg på at ”skræmme” såvel som ”friste” borgeren til at forholde sig til forebyggelsespakkernes budskaber.

Modtageren af Sundhedsstyrelsens budskaber skal skræmmes, men skal samtidig have lyst til at blive inddraget i det arbejde, der præsenteres. Dette paradoksale forhold i Sundhedsstyrelsens forsøg på at ”indlemme” borgeren i de sundhedsfremmende initiativer kommer særligt til udtryk i forbindelse med mulighederne for at dø tidligt eller leve længe:

“Et dødsfald relateret til fysisk inaktivitet sker godt 11-12 år for tidligt for både mænd og kvinder” (F. Fysisk: 6).

Præmissen for sådanne skræmmebilleder er, at mennesker generelt ønsker at leve længst muligt. Derfor skal borgeren på én og samme tid gøres opmærksom på *skræmmebilledet*, hvor du dør (for) tidligt og *idealforholdet*, hvor du lever længere og bedre grundet den sunde livsførelse.

I forsøget på at skræmme og friste borgeren på en og samme tid, bliver det relevant at se på det værdimæssige grundlag som Sundhedsstyrelsen kommunikerer ud fra. Her bliver det relevant at tale om paradokset mellem ”dine” (individet/borgerens) værdier og ”vores” (det offentlige/”systemets”) værdier. Som de to nedenstående citater viser, så tages der i sundhedsindsatsen højde for de *forskellige* værdier og behov, som hver enkel borger repræsenterer – men som altså samtidig konstituerer en *fælles* værdi i Sundhedsstyrelsens arbejde på området:

”Indsatsen kan kvalificeres ved at arbejde ud fra en anerkendende tilgang og inddrage de værdier og forventninger, som rygeren har” (F. Tobak: 13).

“Kommunen tilbyder en kort rådgivende samtale af høj kvalitet til borgere med et overforbrug eller skadeligt forbrug samt til pårørende og børn. Tilbuddet tilpasses og placeres, så det svarer til målgruppens behov” (F. Alkohol: 16)

Det værdigrundlag som Sundhedsstyrelsen arbejder på baggrund af kan dog aldrig være andet end styrelsens eget – alt andet er en logisk umulighed. Og som det kan læses af det følgende udsagn, så udtrykkes sondringen mellem værdierne for henholdsvis individet og det offentlige også eksplicit:

”Svage sociale relationer resulterer i, at kommunerne i alt afholder 57 mio. kr. af sundhedsvæsenets nettoomkostninger” (F. Mental: 9)

”Langvarig dårlig mental sundhed har konsekvenser; både for den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdom” (F. Mental: 6)

“Der er betydelige gevinster ved, at de fysisk inaktive bliver fysisk aktive. Det gælder både for det enkelte individ, som vil opnå flere leveår, men også for samfundet i form af en reducere i udgifter til behandling og andre offentlige ydelser” (F. Fysisk: 9).

Ovenfor gives der utvetydigt udtryk for, at ”vores” værdier er økonomiske/logiske, og ”dine” værdier er helbredsmæssige/moralske; ergo er dine værdier anderledes end vores. Alligevel opretholdes der en kommunikationsform, hvor vores værdier skal gøres til dine værdier – det er så at sige et værdimæssigt paradoks, idet individets værdier/behov unægtelig er differentieret fra det offentliges værdier/behov. Livsstilen konstituerer et logisk problem/værdi, fordi en usund livsstil fører til, at mennesker bliver syge og dør tidligere end forventet. For det andet problematiseres livsstilen som et moralsk problem/værdi, når begreber som ”det gode liv”, ”almen dannelse” og ”kropslige erfaringer” introduceres:

”Udover den sundhedsmæssige betydning af fysisk aktivitet bidrager især idræt med sociale fællesskaber, almen dannelse og kropslige erfaringer” (F. Fysisk: 4).

Individet gøres altså til et risikosubjekt, der befinder sig i en risikozone mellem det syge og det raske, men også som et *homo oeconomicus*, der er i stand til at beregne de risici, som er forbundet med et hvert sundhedsvalg.

Det sidste paradoks, jeg identificerer i kommunikationsmaterialet, kan koges ned til perfektion/ufuldkommenhed.

Det er i alle forebyggelsespakkerne – uanset indsatsområde – tydeligt, at formålet er, at få befolkningen overbevist om det fordelagtige i at vælge ”den sunde vej”. På den måde vil vi alle få et bedre liv, flere leveår, færre økonomiske byrder osv. Dette mål/ideal om perfektion er midlertidig kun muligt at opretholde, såfremt folk forbliver ”ufuldkomne”. Perfektion som ideal er kun muligt, hvis der er rygere, overvægtige, alkoholiserede m.m. Det er via den fremlagte kommunikation indiskutabelt, at Sundhedsstyrelsen på vegne af ”det offentlige” søger at udbygge og bevare idealet om ”perfekt folkesundhed”. Derved opstår der et paradoks omkring ”den usunde borger” som både problemet og løsningen for indfrielsen af dette ideal om perfektion.

Spørgsmålet om folkesundhed aktiveres i forebyggelsespakkerne på en måde, så modsætningen mellem borgernes individuelle frihed og det offentlige fællesskabet kamoufleres, og på baggrund af det teoretiske udgangspunkt i paradokset, kan man med god grund spørge, hvilken side der er den markerede, når man på en og samme tid kommunikerer i begreberne: Individ/kollektiv, risiko/risiko-fri, skræmmes/fristes, dine/vores værdier, perfekt/ufuldkommen? Paradokset fikserer altså iagttagelsen *på* distinktionen og umuliggør betegnelsen, idet begrebernes fremmedreference ofte er ikke-identificerbare.

Der er dog både fordele og ulemper ved denne paradoksale kommunikation: Paradoksernes form understreger den kompleksitet og kontingens, der netop gør offentlige myndigheder som Sundhedsstyrelsen og den enkelte borger i stand til at handle i det *mulighedsrum*, paradokset tilvejebringer. At dette foregår i et *umulighedsparadoks* mellem frihed og formynderi gør blot denne væren og handlen sværere – og derfor er afparadokseringsstrategier nødvendige.

Delkonklusion

Dette første afsnit af analysen havde til formål at besvare arbejdsspørgsmål 1: *Hvordan etablerer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2012 modsætninger mellem ”systemets” regulering og borgerens frihed?*

Det empiriske materiale i form af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker blev gennemgået med afsæt i paradoksets karakteristika, hvor særligt den ukendte/slørede fremmedreference blev anvendt som identifikationskriterium. Deraf blev det muligt at afdække følgende fem kommunikative paradokser:

- Individ/kollektiv
- Risiko/sikkerhed
- Skræmmes/fristes
- Dine/vores værdier
- Perfekt/ufuldkommen

Mit udgangspunkt for gennemgangen af empirien var, at et paradoks vedrører noget uafgørbart, fordi der er tale om enheden af en forskel. Med teoretisk afsæt i Luhmanns systemteori blev det muligt at iagttage den særlige kompleksitet i kommunikationen, som konstituerer et bestemt kommunikations- og ledelsesparadoks for en statslig myndighed som Sundhedsstyrelsen. Kampagnekommunikationens overordnede paradoks består således i, at staten ikke kun er suverænt styrende over for individers sundhed og livsstil, men også skal hylde, anerkende og tilskynde til et større personligt ansvar og frivillige aftaler på sundhedsområdet. Det er

en kommunikativ manøvre som i sig selv konstituerer et paradoks mellem regulering og frihed. Det afgørende i forbindelse med paradoksernes tilstedeværelse i kommunikationen er dog, at de ikke nødvendigvis er "lammende" for den videre kommunikation eller handling. Paradokserne gør handling umulig - alt imens de samtidig er forudsætningen for handling. Det kommer til udtryk i den forstand at paradoksernes indlejrede potentiale for produktivitet indfries i det øjeblik, hvor afparadokseringen sætter ind – og det er i det forehavende, at jeg går videre til delanalyse 2 og 3.

Delanalyse 2: Folkesundhed som biopolitisk rationalitet

Denne delanalyse har til hensigt at besvare specialets andet arbejdsspørgsmål: *Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som et politisk program, der sigter på at forbedre det enkelte individs helbred for at perfektionere og økonomisk optimere den kollektive folkesundhed?*

I den teoretiske fremlæggelse af begrebet biomagt blev det slået fast, at en af de afgørende guidelines for identifikationen af biomagt i moderne politik er de tilfælde, hvor livsstil og biologiske vilkår gøres til et offentligt styringsobjekt. Det vil deraf også være denne særlige rationalitet, der leder mig igennem nærværende analysedel.

Med biomagts blik på kommunikationen bliver det muligt at iagttage, hvordan individets biologiske masse/den fysiske krop helt overordnet konstituerer sundhedsindsatsens politiske berettigelse:

“Statens Institut for Folkesundhed har i 2012 opgjort de økonomiske omkostninger af seksuelle sygdomme og uønskede graviditeter til 309 mio. kr. for sundhedsvæsenets vedkommende. Dertil kommer et ikke uvæsentligt produktionstab” (F. Seksuel: 10).

At sundhedsfremme både medfører et bedre liv for den enkelte og har en effekt på samfundets generelle dødelighed og sygdomsniveau er de to gennemgående argumenter for at regulere livsstilen. Moderne folkesundhed har en indbygget magtrelation, hvor individer tvinges til at tage ansvar for sig selv, men også for det fællesprojekt, der hedder *velfærdssamfundet*. Velfærdssamfundet bygger på, at vi alle er med til at yde for opretholdelsen af et socialt sikkerhedsnet, der i mange henseender er økonomisk betinget, og derfor trues sammenhængskraften i de tilfælde, hvor (for mange) borgere lukrerer på de social- og sundhedspolitiske foranstaltninger, vi har etableret i vores samfund.

Den del af kommunikationen, der relaterer sig til biomagten, handler derfor om at få det enkelte individ til at se kroppen som en kapacitet med egen nytteværdi i det store samfundsperspektiv. Borgerens biologiske karakteristika og evolution må derfor adapteres i udviklingen af de politiske programmer:

“Lav udstrækningsøvelser mindst to gange om ugen af mindst 10 minutters varighed for at vedligeholde eller øge kroppens bevægelighed” (F. Fysisk: 15).

På baggrund af undersøgelser af befolkningsgrupper forsøger den epidemiologiske forskning i forebyggelsespakkerne at kortlægge kausale sammenhænge mellem risikoeksponering og sygdomsforekomst. Denne afdækning af de bagvedliggende årsager til sygdom anvendes som grundlag for at udregne sandsynligheder for fremtidig sygdom. Risikofaktorer er således forhold, der kan måles kvantitativt

(Hansen & Svendsen 2005: 8), og med afsæt i den statistiske metode undersøges kausaliteten mellem et bestemt livstilmønster og risikoen for et usundt/fatalt helbred:

“Usikker sex resulterer årligt i 1.800 tabte leveår for mænd, og 5.000 for kvinder. Årligt dør 300 personer som følge af usikker sex i Danmark” (F. Seksuel: 8).

“Halvdelen af rygerne dør før 70-års alderen, og disse mennesker mister i gennemsnit 22 år af deres liv. Rygning er også den vigtigste forebyggelige årsag til tab af gode leveår, idet rygerne har ringere helbred, oftere er afhængige af hjælp i deres sidste leveår, oftere får førtidspension og generelt har dårligere selvoplyst livskvalitet” (F. Tobak: 6).

Denne epidemiologiske vidensform har altså populationen som sin genstand og kan identificere adskillige risikofaktorer i forbindelse med borgerens livsstil. Med et eftertrykkeligt fokus på en ledelsesrationalitet, der er funderet i behovet for “videnskabelige sandheder”, sikrer Sundhedsstyrelsens den fornødne legitimitet om et indgrebs logiske nødvendighed forud for interventionen.

Et andet af biomagtens kendetegn er, at ansvaret for folkesundheden synes at have bredt sig ud over sundhedsvæsenets grænser. Folkesundheden er i dag blevet et anliggende for den frivillige sektor, kulturinstitutioner, byplanlægningen, arbejdspladserne og uddannelsesinstitutionerne – blot for at nævne nogle få af de berørte institutioner i samfundet. Intet synes at være for stort eller småt for biopolitiske tiltag. Denne ”grænseoverskridende” tendens aflæses tydeligt i flere af forebyggelsespakkerne:

“Seksuel sundhed indgår i fx ældre-, unge-, udsatte-, integrations- og handicappolitikker” (F. Seksuel: 16).

“Kommunen gennemfører løbende særlige informationsindsatser rettet mod børn og unge i sports- og fritidsmiljøer via trænere og ledere. Dette kan fx ske via et udbygget samarbejde med de lokale idrætsforeninger, spejderforeninger etc.” (F. Tobak: 20).

Som det kan læses af ovenstående eksempler, så har biomagten koloniseret adskillige niveauer i det sociale felt, så det bliver en tværgående opgave at beskytte ”arten”/befolkningen og få afvigernes adfærd reguleret. Livsstilen bliver et anliggende for biopolitikken, når den sættes i forbindelse med netværket af risikofaktorer for folkesundheden, der synliggør potentielle interventionsområder, som breder sig ud over sundhedsvæsenets institutionelle grænser og indskrives i miljøer og sociale relationer. Styringsambitionen er kort sagt at indskrive og installere en biomagt i de daglige relationer og rutiner på arbejdspladser, skoler, foreninger osv.

“Kommunen iværksætter særligt opsøgende rekruttering til lokalt placerede rygestoptilbud på udvalgte private arbejdspladser med mange rygere” (F. Tobak: 19).

Biomagten repræsenterer sig dermed via de processer, der på tværs af skellet mellem stat/civilsamfund, offentlig/privat/frivillig eller struktur/individ, beskæftiger sig med sygdomsbekæmpelse og sundhedsfremme. Qua biomagtens forestilling om ”massekroppen” bliver personlig livsstil til et *fælles anliggende*, som der må udvikles politiske programmer på, så de borgere, der er til skade for sig selv - og ikke mindst samfundets sammenhængskraft - afrettes. Etableringen af biopolitiske alliancer i skolen, på arbejdet og i fritiden sikrer, at forebyggelsestanken udbredes og indlejres på flere forskellige niveauer i samfundet.

Iagttagelsen af kommunikationen som et udtryk for biomagt, der sigter på at disciplinere borgerens biologiske krop for at kunne fuldende den sociale "masekrop", får den konsekvens, at budskabet i forebyggelsespakkerne balancerer mellem samfundets (økonomiske) interesse og individets (helbredsmæssige/moralske) interesse (jf. det i første delanalyse identificerede paradoks mellem dine/mine værdier). En vellykket sundhedspolitik må som sit naturlige udgangspunkt få individet overbevist om, hvorfor netop han/hun er en vigtig brik i det store samfundspuslespil.

At stille subjektet over for masekroppen er specialets måde at belyse, hvordan subjektets sundhedshandlinger tilskrives konsekvenser for den fælles folkesundhed. Heri ligger også, at individet kun bemærkes, hvis det afviger fra normen. Som nedenstående citat fra forebyggelsespakken relateret til rygning viser, så handler den sundhedsfremmende indsats i høj grad om at denormalisere rygning og rygere og dermed få dem integreret i den samfundsherskende norm, der bygger på ikke-rygere som værende de mest "rigtige" og dermed normsættende.

"Røgfri miljøer har tilsyneladende en begrænset effekt på den samlede ryge- prævalens, men bidrager til den denormalisering af tobaksrygning, som er en af de bærende strategier i indsatsen" (F. Tobak: 12).

Endvidere slås det fast, at der ikke er plads til afvigere i Sundhedsstyrelsens ambitioner på området:

"Kommunen iværksætter en opsøgende, systematisk indsats overfor ikke-kommunale arbejds- pladser i kommunen. Formålet er at indføre totalt røgfri miljøer og en forebyggende tobakspolitik på alle arbejdspladser i kommunen" (F. Tobak: 17).

I dette tilfælde er der tale om rygerne, som bør og skal afvænes fra deres last. Indsatsen er nødt til at være tværgående og bero på diverse biopolitiske alliancer, da det ellers ikke vil være muligt at få alle individers krop disciplineret i en sådan grad, at de rent faktisk kan indfri det fælles mål/ideal: et røgfrit samfund.

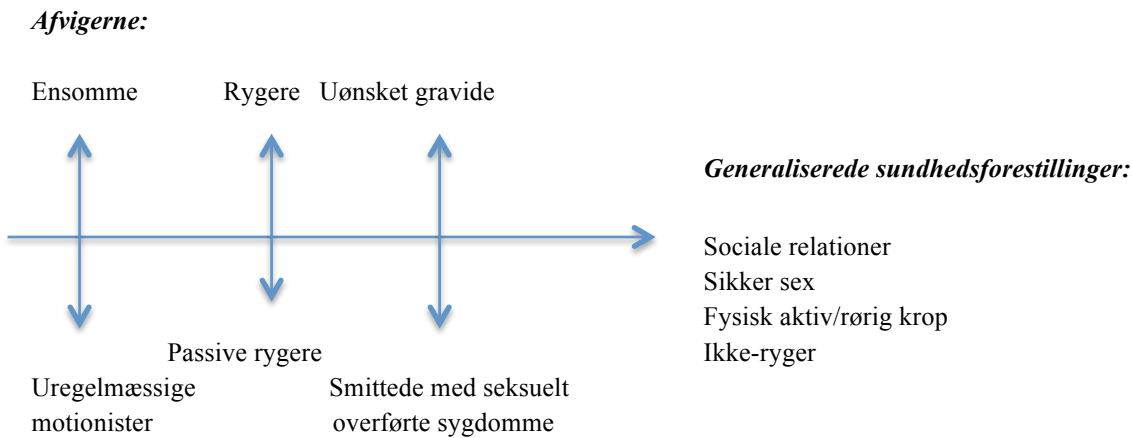
Delkonklusion

Delanalysen relateret til Foucaults behandling af biomagt som symptomatisk for den moderne magtudøvelse havde til formål at besvare specialets andet arbejdsspørgsmål: *Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som et politisk program, der sigter på at forbedre det enkelte individs helbred for at perfektionere og økonomisk optimere den kollektive folkesundhed?*

Med afsæt i begrebet biomagt konditioneret ud fra polerne *kroppen - arten* er det blevet muligt at aflede en række generaliserede sundhedsforestillinger på baggrund af de empiriske uddrag. I forebyggelsespakkerne kan der identificeres minimum fire af disse normer for sundhed, som både implicit og eksplicit bliver italesat. På baggrund af sundhedens idealbilleder bliver det også muligt at identificere "afvigerne" forstået som de fysiske kroppe, der på en gang udfordrer og stimulerer idealet. Afvigere og idealet er derved gensidigt konstituerende, og det er tilstedeværelsen af begge begreber, der gør styring mulig.

I nedenstående figur er biomagten således forsøgt kodificeret på baggrund af biomagtens tilstedeværelse i det empiriske materiale:

FIGUR 3: Afvigerne (kroppe der skal disciplineres) versus de generaliserede sundhedsforestillinger (idealet for regulering af arten) i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker: Pilene i figur 3 læses som et udtryk for den dynamik, som betinger opretholdelsen af afvigerne såvel som idealet:



På baggrund af de præmisser, jeg i konditioneringen opstillede for biomagtens tilstedeværelse, kan det konkluderes, at befolkningen ønskes reguleret ud fra idealer om stærke sociale relationer, et sikkert sexliv, en fysik der dagligt stimuleres samt nul-tolerance, når det kommer til rygning.

Disse normer eller generaliserede sundhedsforestillinger, som Sundhedsstyrelsen søger at implementere, giver i samme anledning liv og dynamik til ”afvigerne”. Afvigerne identificeres som de fysiske kroppe (på individplan), som det skønnes nødvendige at disciplinere, og som derfor bliver objekter for statens styring. En måde at iagttage hvorpå Sundhedsstyrelsen ikke bliver låst i sin egen kommunikative umulighed er, at myndigheden forsøger at ramme en balance mellem individets selvstændighed/den biologiske krop og samfundet forstået som en kollektiv masse/den fælles solidaritet over for befolkningen som art. Logikken her er, at den enkelte borger bidrager til samfundet i dens dispositioner – og samfundet bidrager til individet via dets dispositioner. Sundhedsstyrelsen refererer i den forbindelse gennemgående til statistiske mål og epidemiologisk vide, som kan afdække kausalforholdet mellem bestemte livsstilmønstre og risikoen for sygdom/død. Kvantitative analyser af befolkningen gør det dermed muligt for borgeren at sammenligne sig med andre (dem udenfor risikogruppen) og se, hvordan livet ser ud på “den anden side”.

Samlet kan det altså konkluderes, at biomagtens form i særdeleshed er kendetegnende for Sundhedsstyrelsens forsøg på magtudøvelse, idet det enkelte individs biologiske vilkår inddrages i politiske programmer for at perfektionere sundhedsprofilen for den samlede befolkningssammensætning.

Delanalyse 3: Kampagnekommunikation som governmental magt

Det interessante i et governmentalt magtperspektiv er, hvordan Sundhedsstyrelsens styring af befolkningen retter sig mod det administrative, institutionelle og strategiske niveau, så sandsynligheden for en særlig type sundhedsadfærd forøges. Altafgørende er dog at individets sundhedsmæssige potentiale realiseres med udgangspunkt i individets egen frihed. Denne særlige styringsform leder mig til tredje og sidste delanalyse, hvor sigtet er at få besvaret: *Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som en styringsstrategi, hvor den grundlæggende præmis for ledelse er individets frivillighed?*

Hvor biomagten er kendetegnet ved både at komme til udtryk via direkte regulering af befolkningen i forbindelse med rygelovgivning og mere frivillige aftaler, så er den governmentale magt særlig i sin form, idet den udelukkende beror på det frie initiativ. Hos en liberal, demokratisk befolkning eksisterer der typisk en statsfobi i større eller mindre udstrækning, hvorfor staten ikke bare kan lovgive om og gennemregulere alle aspekter i befolkningens livsstilmønster. Vi hylder det frie valg, men vi har ikke råd til velfærd, hvis velfærd i det biologiske liv ikke reguleres. Det dilemma, som den liberale velfærdsstat står overfor, kan derfor koges ned til: Der tabes på at styre, men der tabes endnu mere på ikke at styre. Dette paradoks søges løst i den governmentale styringsrationalitet.

Hele konceptet omkring forebyggelsespakkerne beror på oplysningens præventive effekt. Der er fra Sundhedsstyrelsen fokus på, hvordan borgeren frivilligt kan undgå at blive en del af statistikkerne relateret til livstilsygdomme. Forsøget på at oplyse borgeren mest muligt på baggrund af videnskabelige rapporter, forskningsprojekter m.v. er i sig selv et udtryk for governmentalt, idet budskabet forhåbentlig påvirker borgeren til at tage aktivt stilling til egen sundhed. Individet betragtes derved ikke som en underdanig, der skal skoles eller disciplineres på den totalitære måde, men derimod som et rationelt handlende og tænkende væsen der ud fra faktuelle oplysninger suverænt skaber sin egen sundhedsprofil. I den forbindelse er det afgørende, at netop forebyggelsespakkerne har til formål at give borgerne viden – viden om sundhed. Derfor er den viden, der formidles i kommunikationen også afgørende for, hvordan og hvorvidt, der kan tales om magt/styring fra afsender til modtager. Selvom borgeren ikke ønsker at ændre sin livsstil, så skal han/hun have viden om, hvad det betyder, og hvilke konsekvenser det kan få. Dermed bliver den uadskillelige forbindelse mellem magt og viden nærværende i det udvalgte empiriske materiale.

Forebyggelsespakkerne afholder sig generelt fra forsøg på at påvirke den direkte og juridiske regulering af livsstilen, på trods af forebyggelsespakkenes eksplicite italesættelse af behovet for at *”ændre vaner”* (F. Alkohol: 11) og *”undgå uhensigtsmæssig livsstil”* (F. Seksuel: 6). Disse hensigtsmæssigheder opstår i lyset af, at der er: *”Samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse, som inkluderer alle direkte, indirekte og afledte gevinster: Bl.a. sparede behandlingsudgifter, undgået tab i produktivitet som følge af syge- fravær, førtidspension og for tidlig død, samt trivselsmæssige gevinster for den enkelte og pårørende ved undgået forringet livskvalitet og lidelse”* (F. Intro: 14).

Som et konkret eksempel kommer den governmentale ledelsesrationalitet til udtryk i forbindelse med rygepolitik i det øjeblik, hvor *”magtudøveren”* (her Sundhedsstyrelsen på vegne af staten) kan få rygeren afvænnat med afsæt i hans/hendes egen fri vilje – i det øjeblik bliver borgeren selv magtens reelle udøver, og statens behov *”synkroniseres”* med borgerens behov.

Forebyggelsespakkerne bygger på en stor tiltro til individets og civilsamfundets selvstyringskompetence, men folkesundheden overlades alligevel ikke helt ude af den offentlige myndigheds kontrol. Dermed anerkendes det også, at resultatet af governmental magtudøvelse afhænger af de styredes egne kræfter:

”I forhold til rygestop er der evidens for, at en kort intervention (ABC eller 5A-metoden) foretaget af læge eller en sundhedsperson, der møder borgeren via deres arbejde, har effekt på rygestopraten” (F. Tobak: 12). Selvom der i ovenstående uddrag italesættes en mulighed for direkte intervention over for borgeren, så er individets egne behov i lige så høj grad afgørende for interventionens succeskriterium:

”Indsatsen kan kvalificeres ved at arbejde ud fra en anerkendende tilgang og inddrage de værdier og forventninger, som rygeren har” (F. Tobak: 13).

Det er altså her, at det offentliges styringsparadoks over for befolkningen indtræffer, idet der er risiko ved at styre – og risiko ved ikke at styre. På den baggrund bliver det relevant at fokusere på kommunikationens etablering af en ”kontrakt” mellem borger og stat, hvor borgeren forpligtiger sig til sig egen sundhed:

“Der er klare sammenhænge mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selv- vurderet helbred, kroniske smerter, søvnproblemer, sygefravær, dårligt psykisk arbejds- miljø, svage sociale relationer, rygning og fysisk inaktivitet” (F. Mental: 6).

Ved for eksempel at eksplicitere ”klare sammenhænge” mellem mental sundhed og sygefravær, gør kommunikationen det klart for borgeren, at hvis der ikke bliver taget hånd om hans/hendes mentale velbefindende, så gør denne borger sig skyldig i de økonomiske og organisatoriske problemstillinger, der rejser sig, når en medarbejder er sygemeldt. Videre i forebyggelsespakken relateret til borgernes mentale velbefindende lyder et af budskaberne:

“Fremme af mental sundhed kan være et mål i sig selv, men det kan også være et middel til at fremme andre målsætninger, som fx at forbedre indlæring, reducere udgifter til specialundervisning, mindske frafald på ungdomsuddannelserne, øge beskæftigelsen, mindske sygefravær og sikre flere selvhjulpne ældre” (F. Mental: 13).

Her står det klart, at Sundhedsstyrelsen ikke nødvendigvis opfatter mental sundhed som mål nok i sin egen substans – potentialet rækker langt videre, og sammenhængen mellem borgerens mentale (u)sundhed og andre risikoområder tydeliggøres. Herved søger kommunikationen at forpligte individet til at tage (med)ansvar for samfundsstrukturelle udfordringer såsom at øge beskæftigelsen og mindske uddannelsesfrafaldet. Præmissen for at gøre individet medansvarlig for samfundets sammenhængskraft er, at hver enkel borger rent faktisk har et frit valg og dermed muligheden for at løfte sin del af ansvaret.

Som man vil kunne se af de nedenstående passager, så er det helt eksplicit populationen, der optræder som mål og diverse sikkerhedsforanstaltninger, der etableres som de tekniske instrumenter. Begge indikatorer peger på forekomsten af governmental magt i forebyggelsespakkerne:

“Fysisk aktivitet i skolen fremmes ved en flerstrengt indsats, som kan omfatte længere frikvarterer ledsaget af initiativer til fremme af fysisk inspirerende udendørsarealer, flere idrætstimer og kropslige aktiviteter i de boglige fag (sikkerhedsforanstaltninger) fx med et mål om, at eleverne (populationen) er fysisk aktive en time dagligt i skole og skolefritidsordning” (F. Fysisk: 18).

“Inddragelse af borgerne (populationen) er væsentligt ved anlæggelse af faciliteter eller ændring af omgivelser, fx i forbindelse med byfornyelse (sikkerhedsforanstaltninger) ... Det er vigtigt, at kommunerne systematisk arbejder med at inddrage borgerne i udviklingen af fysiske aktivitetstilbud, så man opnår viden om, hvordan rammerne kan udformes, så de indbyder til fysisk aktivitet, samt at man indgår i dialog om, hvad der skal til for, at faciliteterne bliver anvendt” (F. Fysisk: 12).

Som et af den governmentale magts karakteristika er fokus vendt væk fra statsapparatet og styring optræder derimod i netværk af relationer, som også i høj grad involverer civilsamfundet, private virksomheder og frivillige foreninger:

“Civilsamfundet udgøres af en række aktører, som kan bidrage til at understøtte og løfte sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet. Frivillige foreninger, patient- og handicapforeninger, erhvervslivet m.fl. har fx

mulighed for at nå ud til grupper af borgere, som kommunen kan have sværere ved at komme i kontakt med” (F. Intro: 8).

Sammenlagt kan styringsambitionen i forebyggelsesmiljøerne kondenseres i tanken om, at folkesundheden optimeres bedst, hvis det foregår inden for et netværk af samfundets institutioner. Interventionen fra myndighedens side skaber således rammerne for sund livsstil og adfærd, men det endelige udfald og succesraten må med afsæt i den governmentale ledelsesrationalitet overlades til de individuelle processer i samfundet.

Magten i dens direkte, suveræne og hierarkiske forståelse er generelt fraværende i Sundhedsstyrelsens kampagnekommunikation. Borgeren fremstår ikke som en undersåt, der skal ”gøre som staten siger”, og svaret på sundhedspolitiske udfordringer er i høj grad etablering af relationer og strategier baseret på frivillighed. Det direkte magtforhold mellem staten og borgeren bliver derfor næsten usynligt – men det betyder langt fra, at det er fraværende. Den governmentale magt er blot produktiv og reflektiv i stedet for repressiv, og der tages udgangspunkt i det aktivt handlende individ, som (forhåbentlig) vil træffe det ”rigtige valg” i livsstil ud fra en rationel kalkule af, hvad der er bedst for individet selv såvel som for samfundsøkonomien. Strategien i udøvelse af den governmentale magt er derfor at gøre den ydre overvågning til en indre selvregulering og derved adaptere magten i individets eget selvforhold (jf. Foucaults tanker om panoptisme som magtstrategi). Magtformen, som her afdækkes, har altså en subtil karakter, idet den søger at indskrive sig i subjekters selv-ledelse. Den lover de styrede frihed ved at henvise til egne iboende egenskaber eller en uindfriet ”frihed”, og styringen opererer ”under dække af” at frisætte, stimulere og realisere individets potentialer:

”Det er også centralt, at mental sundhed ses som en tilstand, der i en vis forstand går på tværs af sygdom. Det er således muligt at have god mental sundhed, selvom man er syg. Ligesom det er muligt at være rask, selvom man har dårlig mental sundhed. Der er derfor potentiale i at fremme mental sundhed for såvel syge som raske” (F. Mental: 4).

I det ovenstående eksempel ses det, hvordan Sundhedsstyrelsen kommunikerer et budskab, der kan oversættes til: du kan aldrig blive *for* mental sund. Potentialet for individet er uendeligt og selv raske – fysisk velfungerende mennesker – må gøres bevidst om dets muligheder for at realisere idealet om fysisk såvel som psykisk sundhed. Sundheden er altså blevet et ideal, som ikke nødvendigvis er ensbetydende med fraværet af sygdom – sundhed er nu mere end det. Idealet har ændret sig, og der skabes en ideologi om perfektionisme, som i høj grad får betydning for menneskets biologi som interventionsfelt. Der er nultolerance over for ”bylder”, der ikke tager ansvar for et ”sundt” liv, men samtidig hyldes friheden til individualitet.

”Bylde” bliver blandt andet identificeret som rygerne, hvor målet er at ”denormalisere rygning” (F. Tobak: 11). Denne form for forsøg på denormalisering trækker direkte paralleller til den normsættende strategi, der opstår i forbindelse med at disciplinere individer, og er ifølge Foucault kendetegnende ved at: ”markere afvigere, hierarkisere kvaliteterne, kompetencerne og evnerne, men også at belønne og straffe” (Foucault 2002: 197). Denne stræben efter at *normalisere*, som er blevet dokumenteret flere steder i det empiriske materiale (implicit som eksplicit), er i en Foucaultsk optik et klart udtryk for magtudøvelse. Dog må man holde for øje at moderne ”Foucaultsk” magt ikke nødvendigvis er noget negativt eller moralsk forkert, på trods af at vi lever i en liberal, vestlig verden. Magt er derimod et spørgsmål om at berige borgerne med handleevne, kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed.

Delkonklusion

Dette tredje og sidste analyseafsnit i afhandlingen havde til formål at få besvaret følgende arbejdsspørgsmål: *Hvordan kan Sundhedsstyrelsens kampagner iagttages som en styringsstrategi, hvor den grundlæggende præmis for ledelse er individets frivillighed?*

Det moderne liberale velfærdsdemokrati står over for det styringsproblem, at man både har selvansvarlige borgere og ambitioner om at styre dem. Som rygende/ikke-rygende eller aktivt/passivt subjekt er den enkelte borger enten en værdi eller en byrde for samfundets sammenhængskraft. Staten tager i den forbindelse ejerskab over et personligt livsstilsproblem – og dermed gøres livsstilen også til styringsobjekt for offentlige myndigheder (i dette tilfælde Sundhedsstyrelsen). På trods af de paradokser, der præger kommunikationens udfoldelses(u)muligheder, så formår Sundhedsstyrelsen med afsæt i den governmentale magt at gøre regulering og frihed kompatible i stedet for hinandens modsætninger. Det fremgår tydeligt af de fremlagte uddrag fra forebyggelsespakkerne, at den governmentale magtform særligt repræsenteres ved at fokusere på styring funderet i individets frivillighed. I forsøget på at fordelagtiggøre bestemte livsstilmønstre fremmer Sundhedsstyrelsen særlige administrative, institutionelle og strategiske foranstaltninger, der skal gøre det ”rigtige valg” til det ”lette valg”. Det udmærker sig blandt andet i forbindelse med byfornyelsesprojekter, etableringen af netværk på tværs af sektorer og i forsøget på at installere en særlig ”ansvarlighedsmentalitet” hos individet – en ansvarlighed som naturligvis må udtrykke sig over for individet selv såvel som over for det omkringliggende samfund. Med afsæt i Foucaults tanker om *conduct of conduct* må styringen nøjes med at styre rammerne for individets selvstyring. Den biopolitiske regulering af livsstilen tænkes således inden for governmentaltetens rammer, når magtudøvelsen i stedet for regler, påbud og sanktioner vil skabe et handlingsrum, hvor ”*det sunde valg*” bliver ”*det lette valg*”.

Magtudøvelse uden brug af tvang og sanktioner bliver mulig i det øjeblik, hvor individets frihed fordrer ”de rigtige valg” af livsstilmønstre, og derfor kan det passende konkluderes, at netop kommunikationen i forebyggelsespakkerne bygger på ambitionen om at implementere statslig styring via borgerens eget frie manøvrerum – det uanset om indsatsområdet knytter sig til rygning, den seksuelle aktivitet eller noget helt tredje. Konsekvensen heraf er, at både individet og Sundhedsstyrelsen må forholde sig til at være *styret* og *styrende* på en og samme gang. Det er i denne forbindelse, at paradokserne gøres produktive, idet styring af borgerne beror på indlejringen af en særlig mentalitet hos det enkelte menneske. Afparadokseringsstrategien indtræffer i det tilfælde, hvor distinktionen mellem individuelle og kollektive interesser flyder sammen og integreres i hinandens iagttagelsesoperation (via et re-entry). Resultatet er, at Sundhedsstyrelsens værdisæt og styringsambition adapteres af individet.

5. KONKLUSION

Det har været specialets ambition at besvare følgende problemformulering:

Hvordan forener Sundhedsstyrelsen frihed og styring i sin kommunikation af sundhedsbegrebet, og hvordan etableres et interventionsrum, hvor individets frihed til egen livsstil forenes med idealet om kollektiv folkesundhed?

Ved at strukturere afhandlingens analyse ud fra tre arbejdsspørgsmål søgte jeg at komme rundt om den overordnede problemstilling ved at trække på henholdsvis Luhmanns systemteori og paradoksbegreb samt Foucaults relationelle magtbegreb. Problemformuleringens bagvedliggende tese var, at der i iagttagelsen af *folkesundheden* ville opstå nogle ledelsesmæssige spændinger og kommunikative paradokser, der på én gang vil udbrede og begrænse ledelsen af livsstilen. Heraf indtraf behovet for afparadokseringsmanøvrer, så der i sameksistensen af en biopolitisk rationalitet og en styringsskeptisk liberal governmentaltitet kunne opretholdes et handlerum for statens intervention og borgerens ageren herunder. Det var disse antagelser, der dannede baggrund for de tre delanalyser, og det var med afsæt heri, at analysedelen vedrørende paradoksernes etablering kunne lede videre til de Foucault-inspirerede delanalyser og anvende biomagten og governmentaltiteten som afparadokseringsmanøvrer.

Med teoretisk afsæt i Luhmanns systemteori blev det muligt at iagttage den særlige kompleksitet i kommunikationen, som konstituerer et bestemt ledelsesparadoks for en statslig myndighed som Sundhedsstyrelsen. Kampagnekommunikationens overordnede paradoks består således i, at staten ikke kun er suverænt styrende over for individers sundhed og livsstil, men også skal hylde, anerkende og tilskynde til et større personligt ansvar og frivillige aftaler på sundhedsområdet.

For at modarbejde handlingslammelse for Sundhedsstyrelsen såvel som for borgerne må paradokserne i sundhedsindsatsen gøres produktive, så de i stedet for at udgøre en *umulighed for handling* bliver vendt til et *mulighedsrum for handling*. Og det er netop denne proces til afparadoksering, der udgør analysens link mellem første delanalyse og de to efterfølgende.

Med biomagten som empirisk anvendeligt begreb konditioneret ud fra polerne *kroppen - arten* er det blevet muligt at aflede en række såkaldte generaliserede sundhedsforestillinger i forebyggelsespakkerne. Der kan identificeres minimum fire af disse "forestillinger" som både implicit og eksplicit bliver italesat som normerne for et "sundt" liv. På baggrund af disse idealbilleder for sundhed blev det også muligt at identificere "afvigerne" forstået som de fysiske kroppe, der på en gang udfordrer og stimulerer idealet. Afvigerne blev blandt andet repræsenteret ved rygerne (de aktive såvel som passive), de socialt isolerede, og dem der dyrker usikker sex. Når formålet med sundhedskampagnerne er at tilskynde til bedre kostvaner, motion, ikke-rygning, sikker sex m.m. og dermed generelt styrke befolkningens sundhed/nytteværdi, så kan der argumenteres for, at staten (herunder Sundhedsstyrelsen) agerer med udgangspunkt i biomagtens tilgængelige teknikker og teknologier. Det afgørende for at kunne konkludere biomagtens "tilstedeværelse" i sundhedskommunikationen er, at det enkelte individs biologiske vilkår inddrages i en politisk dagsorden for at optimere og perfektionere den samlede befolkningssammensætning. Set som en strategi til afparadoksering, bliver biomagten et udtryk for moderne regulering af befolkningen, hvor hvert individ italesættes som en byrde eller en værdi for samfundet. Statslig styring af livsstilen (eller forsøgene herpå) legitimeres med afsæt i rationalet om, at sundhed er et fælles bedste – både på individplan og på kollektivt plan. Med det biopolitiske blik på Sundhedsstyrelsen bliver det muligt at iagttage, hvordan systemet ikke bliver låst i sin egen umulighed (de identificerede paradokser), idet man med biomagtens manøvrer forsøger at ramme en balance mellem individets selvstændighed og samfundet forstået som en kollektiv masse. Rationalet her er, at den enkelte borger bidrager til samfundet i dens dispositioner – og samfundet bidrager til individet via dets dispositioner. Livsstilen kan dermed kategoriseres som værende et biopolitisk problem, men løsningen må tænkes inden for rammerne af den liberale governmentale ledelsesrationalitet.

Når det kommer til den liberalt funderede governmentaltetsmagt, står det med tredje delanalyse klart, at magtudøvelse uden brug af tvang og sanktioner bliver mulig i det øjeblik, hvor individets frihed fordrer "det

rigtige valg” af livsstilmønstre. I forsøget på at fremme bestemte livsstilmønstre etablerer Sundhedsstyrelsen særlige administrative, institutionelle og strategiske foranstaltninger, der skal gøre det ”rigtige valg” til det ”lette valg”. I stedet for at fastlåses i en paradoksal umulighed for videre kommunikation, fremstår regulering og frihed fordelagtige i sin kombination, idet individet ikke udviser modstand, når de statslige tiltag beror på frivillighed. Vores liberale velfærdsstat stiller visse præmisser for, hvilke dispositioner, der accepteres udfoldet fra statslig side, og dermed bliver anvendelsen af den governmentale magtform Sundhedsstyrelsens svar på udfordringen mellem velfærdsstatens nødvendige styring og den liberale stats forventning om individets frie valg. Sundhedsstyrelsen i det konkrete tilfælde – og staten på det generelle plan – regulerer og styrer befolkningen på trods af de begrænsninger, der sættes med friheden som indiskutabel rettighed. Paradokset mellem individ/kollektiv og frihed/styring forbliver dog unægtelig en udfordring for den moderne velfærdsstat i sine forsøg på at hylde det frie valg og samtidig sikre, at valget ikke bliver *alt* for frit. Det er denne begrænsning, men samtidig også denne dynamik, som indtræffer, når Sundhedsstyrelsens kommunikation iagttages med afsæt i et Luhmannsk og Foucaultsk begrebsreservoir.

Afhandlingens overordnede konklusion kan på baggrund af ovenstående gennemgang af de tre analyseafsnit kondenseres i et postulat om, at paradokset er produktivt på flere niveauer.

Først og fremmest afsætter paradokserne muligheden for magt – det ser vi i forbindelse med den empiriske afdækning af biomagten og den governmentale magt. Hvor den Luhmannske del af afhandlingen havde øje for paradoksets muligheder for produktivitet i forbindelse med afparadoksering, havde det Foucaultske blik på analysen fokus på magten som værende produktiv. Begge begrebers produktivitetspotentiale kan afledes af nærværende afhandlings analyser.

Med afsæt i denne særlige produktivitet i paradokset såvel som i magtens form, kan et særligt interventionsrum for Sundhedsstyrelsen såvel som for den enkelte borger skrives frem på baggrund af den analyserede kommunikation. Komplexiteten i Sundhedsstyrelsens kommunikation betyder, at både det offentlige og borgeren kommer til at stå i opposition til sig selv, og for at komme ud af den umotiverede pendlen mellem to modstridende værdier (i de fem identificerede paradokser), tjener biomagten og governmentalmagten formålet som afparadokseringsmanøvrer. Gennem et re-entry eller en oscillerende i iagttagelsesoperationen kan modsatte krav og værdier i paradokserne bindes sammen, så Sundhedsstyrelsen formår at håndtere krydspresset (konstitueret ved paradoksets dobbeltsidige karakter) og dermed bruge paradokset (umuligheden) som dens mulighed for styring af befolkningen. De identificerede paradokser gør handling umulig – alt imens de samtidig er forudsætningen for handling. Paradokset er altså det, der driver kommunikationen videre til biomagten og den governmentale magt forstået som afparadokseringsstrategier, og i stedet for at blokere for kommunikationen beriges den her med en ny produktivitet. Det leder mig frem til identifikationen af to interventionsrum, som Sundhedsstyrelsen og borgeren kan agere indenfor:

Interventionsrum 1: Sundhedsstyrelsen og borgeren som hybrider:

Afparadoksering bliver i nærværende afhandling iagttaget som en magtudøvelse, der er nødt til at være reflektiv om sit eget mulighedsrum, herunder at borgeren på en gang er et autonomt liberalt rettighedssubjekt (et ideal, som man ønsker opretholdt) og søges styret på en speciel måde. Det er forebyggelsespakkenes overordnede paradoks – og et problem som følger med, uanset om blikket bliver vendt fra individ til myndighed. Interventionsmulighederne relaterer sig derfor heller ikke kun til Sundhedsstyrelsen, men også

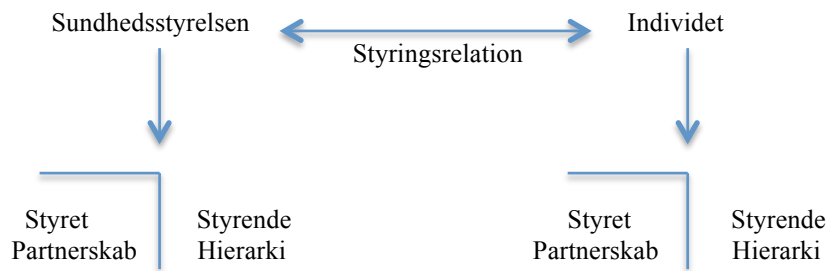
til det enkelte individ. Dermed forøges interventionsmulighederne sammenlignet med, hvis der havde været fokus på suveræn, ”før-moderne” magt i statens afretning af borgerne.

I de moderne magtrelationer (her i relationen mellem Sundhedsstyrelsen og borgeren) kan ledeforskellen styre/styret med fordel anvendes i iagttagelsen af myndigheden såvel som individet. Styre/styret-relationen optræder immanent i kommunikationen relateret til Sundhedsstyrelsen såvel som til subjektet. Interventionsrummet opstår, idet der først og fremmest kan etableres nye distinktioner/re-entries under ledeforskellen styre/styret. Dermed opstår der en særlig styringsrelation, hvor det *styrede* subjekt samtidig bliver *styrende*. Hvis den ene part vil noget med den anden part, er der nogle styringsfordoblinger, som gør styringsrelationen langt mere kompleks, end hvis der var tale om en entydig fordeling af myndigheden som suveræn og individet som det magt-underlegne. Dette kommer konkret til udtryk, når Sundhedsstyrelsen såvel som individet må relatere til sig selv som værende både styret og styrende.

Partnerskab/hierarki konstituerer en anden ledeforskel/styringsrelation mellem myndigheden og individet, idet både individet og myndigheden er underlagt et hierarki på den ene side og partnerskab på den anden side. Myndigheden skal både fortælle, hvad borgeren skal (udøve hierarki) og søge kompromiser/forståelse hos borgeren (søge partnerskab). I den forbindelse må både borger og myndighed oscillere mellem denne forskels to værdier for at udnytte og bevare det handlerum, som den paradoksale kommunikation afføder. Borgeren skal adlyde myndigheden for at sikre sammenhængskraft i velfærdsstaten, og der skal samtidig være ligestilling mellem borger og myndighed, for at Sundhedsstyrelsen kan opretholde sin legitimitet i en liberal styringsoptik.

De empiriske eksempler viser, at der er en forventning om, at de organisatoriske rammer er afgørende for, at individets (sundheds)potentiale kan realiseres. Det sundhedsfremmende initiativ rettes derfor mod adskillige institutioner i samfundet, da disse er nødvendige ”medspillere” for at påvirke og støtte den individuelle livsstil og sundhedsadfærd. Resultatet er, at en lang række aktører – private som offentlige – involveres i forebyggelsesarbejdet, og sundhedsproblemet gøres dermed kollektivt. Dette tværsektorielle samarbejde fremmer interventionsaktioner baseret på lokale behov, værdier og prioriteringer. Herved bygger de nye ”sundhedskollektiver” på borgernes og ikke på statens ansvar. Relationen mellem myndigheden og borgeren bliver i højere grad kendetegnet ved en form for partnerskab, hvor man forpligtiger sig på nogle fælles målsætninger i stedet for at indrette sig hierarkisk i en relation, der er defineret ud fra magt-overlegen/magt-underlegen. På denne måde bliver kollektiverne (offentlige, private og frivillige) sekundære, fordi de ’blot’ udgør rammerne for den individuelle udvikling og selvrealisering.

Figur 4, side 46, forsøger grafisk at indkapsle de interventionsmuligheder, som byder sig til for Sundhedsstyrelsen og individet. Relationen mellem borgeren og myndigheden beror på en styringsrelation, der ikke lader sig entydigt definere i forhold til værdierne styret/styrende og hierarki/partnerskab. Afparadokseringsstrategierne tager derfor udgangspunkt i to forskellige fremgangsmåder: Enten etableres der via et re-entry en ny forskel (den systeminterne omverden) eller også oscilleres der strategisk mellem forskellens to sider. Uanset om strategien til afparadoksering skubber paradokset i baggrunden via et re-entry eller bruger paradokset aktivt og strategisk via oscillering, er det afgørende aspekt, at aktørernes tilslutningsmulighed i kommunikationen opretholdes.



Interventionsrum 2: Risikoens betingelser og ansvarliggørelse:

Risikokommunikationen konstituerer ligeledes en del af det interventionsrum, der byder sig til i analysen af Sundhedsstyrelsens kommunikation *til* og *om* borgeren. I forebyggelsespakkerne blev der fremlagt en række risikofaktorer for sygdom før reelle symptomer overhovedet var indtruffet, og der blev herved skabt et særligt vidensregime om livsstilens risici.

Når livsstilen i bred forstand sammenkædes med individets risiko for at blive syg, åbnes der ikke alene op for et udvidet felt for vidensproduktion, men også for et uendeligt interventionsfelt. Den sygdomsforebyggende indsats antager således en tendentielt grænseløs karakter, når den principielt kan rettes mod ethvert aspekt, som forbinder individer med en usund livsførelse. Forfølges tankegangen, kan det blive den ansvarlige borgers *pligt* at holde sig sund, og sygdom ansues som resultatet af forkert adfærd.

I lyset af den videnskabelige sundhedsforskning, som der flittigt refereres til i forebyggelsespakkerne, tilskrives sundheden en række eksterne faktorer, der både befinder sig *inden for* og *uden for* individets kontrol, og som alle hævdes at have indflydelse på individets risiko for at udvikle livsstilssygdomme. Når vi går fra en sundhedskommunikation, der er forankret i en *fare* (udefrakommende omstændigheder som infektionssygdomme, infrastruktur m.v.) og til den selvforskyldte *risiko* (selvpåførte livsstilssygdomme grundet rygning, fed mad m.v.), så bliver handlerummet for myndighed såvel som individet også defineret derudfra. Som en naturlig reaktion på de risici, der nu truer befolkningen i form af et ændret sygdomsbillede, har staten også ændret sin indsats. I modsætning til infektionssygdommene er livsstilssygdommene komplekse størrelser, da de i høj grad relaterer sig til borgerens subjektive forståelse af nydelse og lystfølelse, og dermed ikke partout identificeres som et onde. Det må være op til blikket der ser at afgøre, hvorvidt udviklingen skal defineres som en politisk hetz mod de usunde eller som et nødvendigt og velmenende oplysnings/lovgivningsarbejde. En ting som denne afhandling dog kan bekræfte er, at med al den nye viden, vi tilegner os/"eksperterne" tilfører os, skaber vi flere og flere risici – og risici kan/skal der interverneres overfor.

Risikokommunikationen får i den forbindelse to dimensioner, når det kommer til interventionsmuligheder: 1: Sundhedsrisici er som udgangspunkt selvpåførte, og du er dermed som individ selv ansvarlig for det sygdomsbillede, der truer dig. Interventionen fra Sundhedsstyrelsens side skal hjælpe risikoindividerne til selv at erkende deres sundhedsproblemer og styrke deres handlekompetence. Sundhedsidealet må derfor gøres til borgerens eget (selvpåførte) livsprojekt, så der installeres en vilje til selv-styring. 2: Risikokommunikationen avler selv sine risici/sygdomme/problemer. De konkrete statistikker og værdier i forebyggelsespakkerne fremstår som en instruktion til, hvordan kroppen skal fortolkes i forhold til, hvad der er normalt, og dermed også, hvad der opfattes som unormalt – deraf bestemmer Sundhedsstyrelsen (og andre "sundhedsprofessionelle"), hvem der skal interverneres overfor i samfundet. Risikokommunikationen er

dermed bidragende til at udstikke retningslinjer for, hvordan individet kan forsøge at nærme sig normen. Viden om risikoforhold udtrykker implicit som eksplicit normer og værdier for det sunde liv og angiver pejlemærker for, hvordan det enkelte individ bør handle; derved etablerer risikokommunikationen handlerummet for den almindelig borger eller patienten i sundhedsvæsenet. Udarbejdelse af risikoberegninger og -profiler frembringer altså en statistisk definition af normalitet for befolkningen.

I sundhedsforebyggelsens optik er det i princippet altid muligt for befolkningen at blive sundere og sygdommenes potentialitet vil altid være nærværende – og tilmed øges i takt med, at forskningen udpeger nye og flere risikogrupper blandt befolkningen.

I den forbindelse bliver det relevant at spørge: Hvem bestemmer at fedme, et dårligt sexliv eller ensomhed er en anormalitet/risiko, der skal elimineres? Det kan i den forbindelse ses som en begrænsning for nærværende afhandlings analysedel og konklusioner, at alt i sidste ende handler om viden og magt – dog uden at kunne give entydige svar på, hvorfor denne relation synes uløselig.

--- --- ---

Med udgangspunkt i den socialkonstruktivistiske fløj inden for det socialvidenskabelige felt var afhandlingens grundantagelse, at sundhed, risiko, frihed m.v. ikke er objektive størrelser, men derimod socialt konstruerede fænomener, som formes i en dialektik mellem individet og det omkringliggende samfund.

Det er en væsentlig pointe, at kommunikationen i sig selv ikke er *uskyldig*, men at den gør sundhed – ikke bare til individernes eget anliggende – men via forestillingen om ”massekroppen” til et fælles anliggende, der må udvikles politiske programmer på. Vores kommunikation er med andre ord med til at fastholde illustrationen af begreber og koncepter, som vi opfatter som ”selvfølgeligheder”.

Den analyserede sundhedskommunikation anviser og anråber særlige subjektkonstruktioner ud fra en række normsættende foranstaltninger, som deraf deler borgerne op i kategorier som ”normal”, ”ikke-normal”, ”risiko” og ”risiko-fri”. Og det er ”afsløringen” og bevidstheden om disse socialt konstruerede kategoriers kontingens, som giver nærværende afhandling sin berettigelse.

Anvendelsen af moderne magtformer benytter friheden som afsæt for intervention i borgernes livsstilmønstre ved aktivt at inddrage og anerkende frihed og frivillighed blandt befolkningen. Derved bliver den hierarkiske magt, der er positioneret hos staten, usynlig, og folkesundhedens politiske legitimitet opstår, idet den ydre kontrol bliver til en indre kontrol hos individet. Der er selvsagt problemer med denne moderne magtudøvelse; myndighederne kan ikke gennemregulere og sanktionere al sundhedsbelastende adfærd, men med friheden indlejret i magtudøvelsen, åbner der sig alligevel et utal af muligheder for intervention, der ville være utænkeligt, såfremt der blev taget udgangspunkt i den ”før-moderne” magt/tvang. Magten synes umiddelbart usynlig, fordi den integreres og kamoufleres i et netværk af relationer, der ikke er hierarkisk ordnet. Men med Foucaults kritiske perspektiv, der peger på, at styring og magt er lige så meget tilstede i projekter, der bygger på frigørelse og ”det anti-autoritære”, som i den mere direkte undertrykkende magtanvendelse fra statens side (Andersen & Timm 2010: 225), bliver det muligt at identificere adskillige forsøg på magtudøvelse i Sundhedsstyrelsens møde med borgeren.

4. DISKUSSION

På baggrund af den lange række af faktuelle og videnskabeligt underbyggede udsagn, der fremsættes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, når det kommer til fordelene ved en sund livsstil, fremstår det indlysende, at det logisk tænkende og rationelt handlende individ vil sætte lighedstegn mellem det *rigtige* valg og det *sunde* valg. I modsætning til tidligere tiders styreformer, opfattes borgerne inden for den liberale velfærdsstat både som objekt for staten, men i lige så høj grad også som partnere, der skal indgå (sundheds)alliancer med. Denne moderne (governmentale) styringsform forudsætter, at borgerne er frie individer, men også at de handler rationelt.

Spørgsmålet er så, hvorfor der hvert år smittes cirka 50.000 personer med klamydia, når alle kender til budskabet om sikker sex, og hvorfor 22 procent af de 16-20 årige overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, når det kommer til alkoholindtag?

Selvom det forekommer indlysende, at enhver har interesse i at være sund og rask, når sundhedsfremme ikke alene medfører et godt helbred, men også forøger livskvaliteten og har positive effekter på stort set samtlige livsforhold, så taler statistikkerne sit eget sprog. Det er i høj grad behov for regulering af befolkningens sundhed, hvis det ikke skal ramme samfundsøkonomien hårdere, end det allerede gør. Problemet i denne forbindelse er det, jeg i governmentalitetsanalysen fremlagde som den liberale stats styringsparadoks; nemlig at der er risiko ved at styre, såvel som der er risiko ved *ikke* at styre befolkningen. Friheden må altså kombineres med en særlig samfundsansvarlighed fra borgere såvel som fra myndigheder.

Jeg finder John Stuart Mill (1984 (opr. 1859)) og senere den britiske filosof Isaiah Berlins (2008) tanker om positiv versus negativ frihed relevant for forståelsen af frihedens komplekse karakter - og dermed kan denne sondring fungere som et udgangspunkt for frihedens til tider formynderiske karakter. Frihed kan enten betragtes som fraværet af eksterne hindringer/styring - det er en traditionel liberal opfattelse af negativ frihed. Hvor den negative frihed er den frihed, man har uden indblanding fra andre, betragter den positive frihedsanskuelse frihed som et middel til at realisere menneskelige potentialer. Denne bredde i frihedsbegrebets fortolkning har resulteret i, at stort set alle politiske ideologier på den ene eller anden måde kan profilere sig som værende frihedsorienteret.

Faktum er, at der ikke findes en entydig definition på frihedsbegrebet, da der kan argumenteres for, at frihed både kan være frihed *fra* indblanding såvel som retten *til*, at det "menneskelige potentiale" indfries. I den forbindelse er det bl.a. med fokus på friheden som en effektiv magtform, at det via et Foucault-inspireret magtblik på kampagnekommunikationen er muligt at iagttage, hvordan borgerne søges styret igennem frihed som moderne magtform. Staten (her i form af Sundhedsstyrelsen) betjener sig af andres frihed ved eksplicit at gøre borgeren til sin egen autoritet som "sundhedsminister" for eget liv. Staten bliver nu en "*faciliterende og animerende stat*", der skal "*styre på afstand*" gennem foranstaltninger, der skal muliggøre individernes selvstyring (Rose 2003: 190-192). Derved smelter magt og frihed sammen, og styring og frihed bliver en del af hinanden; det er umiddelbart et paradoks, men giver mening i det positive frihedsbegrebs anvendelse.

I den forbindelse finder jeg det relevant at lade nærværende diskussion af frihedsbegrebet inspirere af de konklusioner, som den svenske forsker Gina Gustavsson (2011) drager i sin undersøgelse af den negative og positive friheds anvendelse i den nutidige samfundsdebat. Gustavssons afhandling viser, at der er flere parallelle idealer om frihed i den offentlige debat. Idealerne har forskellige konsekvenser for vores politiske

adfærd og for vores måde at håndtere mangfoldighed på. Gustavsson konkluderer deraf, at det er afgørende for demokratiet, at erkende eksistensen af *“den forræderiske frihed”*, som fører tilhængerne til at håne, fordømme og endda forbyde livsværdier, der adskiller sig fra deres egne. Kampen i frihedens navn gør os blind for, at den samtidig er undertrykkende for dem, der er uenige med os. Det er en frihed, der kan føre til intolerance over for andre folks værdier og valg:

“It is crucial for liberal democracy to recognize the existence of treacherous liberties: ideals that lead their supporters to ridicule, condemn, or even prohibit ways of life that differ from their own – all in the name of liberty” (Gustavsson 2011: 2).

På trods af sine rødder helt tilbage til J. S. Mills i midten af 1800-tallet synes denne diskussion om frihed *til* eller frihed *fra* ikke mindre væsentlig anno 2013. På baggrund af min empiriske gennemgang af Sundhedsstyrelsens kommunikation har det været muligt at afdække især det positive frihedsbegrebs eksistens – nemlig de tilfælde, hvor individet skal gives mulighed for og evnen til at udfylde dets (sundheds)potentiale. Nutidens påbud og oplysningsindsats til tider meget moralske karakter kan give anledning til at reflektere over, hvor grænserne for myndighedernes styring og individets frihed (bør) sættes. Forfølgelsen af positiv frihed med selvrealiseringen i højsæde kan føre til en situation, hvor statslige institutioner (som Sundhedsstyrelsen) påtvinger folk en bestemt livsførelse med den begrundelse, at den er mest rationel og derfor kompatibelt med, hvad individet *burde* ønske sig - uanset om det er tilfældet eller ej.

Der hersker i samfundet et ideal om, at individet hele tiden og i alle relationer skal søge at udvikle sig selv for at kunne maksimere følelsen af lykke (Rose 1998: 156-160). Den selvrealisering som forebyggelse pakkerne ”prædiker ud fra” er ikke kun til for den enkelte borgers skyld, men er i høj grad noget, som borgerne ”skylder” samfundet. Moralsk indlejrede målstokke i sundhedspolitikken sigter på ”idealborgerens” selvbeherskelse, selvstyring og viljestyrke, og i den forbindelse etableres en konstruktion af, hvad der er normalt (Mik-Meyer & Villadsen 2009: 159). Man kan med god grund stille spørgsmålstegn ved, om denne moralisering kan få utilsigtede konsekvenser for borgerne (jf. Gustavssons citat ovenfor). Det er ikke utænkeligt, at skyldfølelse over ”forkert”/usund adfærd fører til en større stigmatisering af de borgere, som ikke formår at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Selvbeherskelse, selvdisciplin og selvstyring er forudsætningerne for det styringsrationale, som den moderne sundhedsindsats bygger på, og derfor er præmissen også, at resultatet af denne indsats afhænger af borgernes egne kræfter og kompetencer. Dermed opstår der et dilemma, når målgruppen i sundhedskommunikationen netop er de sundhedsmæssigt lavt rangerede, hvor forudsætningerne for selvrealisering må skønnes at være tilsvarende lav. Idealborgeren er ikke blot et sundt menneske, der undgår risici, men også et frit og kompetent individ, der kan vælge, og som er beslutsomt (Mik-Meyer & Villadsen 2009:159).

Ved at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger opnår borgerne ikke blot et sundere, længere og lykkeligere liv, men hvad der er mindst lige så vigtigt er, at en sundere befolkning betyder færre udgifter i det offentlige budget. Sætter man denne til tider uindfriede ”gæld” til samfundet på spidsen, kan man passende spørge, om den måde, vi har valgt at indrette velfærdssamfundet på, er givtigt for et balanceret magtforhold mellem borger og stat? Hvis problemet er et spørgsmål om, at man ”hæfter solidarisk” for befolkningens usunde valg, og det netop er derfor, at statslig styring og intervention er et nødvendigt onde, hvorfor har vi så igennem årene indrettet os på en måde, hvor verdens højeste skattetryk betyder en enorm offentlig sektor, men hvor tolerancen over for de sundhedsmæssige afvigere bliver mindre og mindre? Det kan synes paradoksalt, at man med klassisk velfærdspolitisk retorik ønsker et samfund med øget lighed og adgang til sundhed, men samtidig implicit – nogle gange eksplicit – siger til de svageste borgere, at de må tage sig

sammen og tage ansvar for den fælles folkesundhed ved at ændre egne vaner. Her er tale om en dobbelt proces, der gennem konstruktionen af en "normal" identitet skaber "den usunde borger" som en person i en risikabel livssituation, der stadfæster, at han/hun er unormal (Mik-Meyer & Villadsen 2009: 159). Risikobegrebet bliver dermed umuligt at adskille fra normaliseringsbegrebet, eftersom risikoidentiteter såsom "ryger" og "overvægtig" netop udvikles og opretholdes i forhold til den herskende opfattelse af at være *normal*. At "sundhedsfremme" er således en stræben efter at normalisere, og i en Foucaultsk magtopetik dermed et udtryk for magtudøvelse.

Magtrelationerne i moderne sundhedsfremme må nødvendigvis diskuteres op imod nutidens sygdomsbillede og i den forbindelse sætte det forebyggende oplysningsarbejde fra Sundhedsstyrelsen ind i en bredere historisk kontekst. For 100 år siden var de hyppigste folkesygdomme infektionssygdomme, som kunne reduceres eller helt elimineres af offentlige tiltag så som forbedrede kloaksystemer, gratis børnevacciner, rindende vand til befolkningen osv. I dag er den vestlige verdens sygdomsbillede et andet, idet infektionssygdomme er kraftigt reduceret, og i stedet afløst af en eksplosiv stigning i antallet af såkaldte livsstilssygdomme.

Det kan i den forbindelse synes uskyldigt at blive bedt om at tage trappen i stedet for elevatoren, at ryge udenfor i stedet for indendørs eller at fokusere på sociale relationer for at optimere det mentale velbefindende – for hvem kan med god grund sige nej tak til et sundt liv? Det er vel ikke en magtudøvelse? Problemet, som især diskussionen i dette speciale forsøgte at stille skarpt på, er, at styringsambitionerne fra det offentlige side tager mere og mere til, når skellet mellem sund og syg ophæves, og fokus rykkes fra problemløsning til forebyggelse. Dermed installeres der med sundhedspolitikken en ny grænseløshed.

I afhandlingens tre delanalyser blev der udelukkende taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens eget materiale, men i forbindelse med lanceringen af forebyggelsepakkerne har styrelsen haft eksterne aktører og interessenter på området til at vurdere materialet. I den forbindelse finder jeg det relevant at belyse, hvad det præcis er, som efterlyses hos sundhedspolitikken arkitekter, når en given politik skal implementeres. I høringsnotatet (Høringsnotat 2012) der er udfærdiget på baggrund af Sundhedsstyrelsens første fem forebyggelsepakker (mit datagrundlag), er der en række parametre, som vægtes særligt tungt hos høringsparterne: Specifikt ønskes dimensionerne "ulighed i sundhed" og "tværgående samarbejde" tydeliggjort i anbefalingerne, ligesom der efterlyses flere anbefalinger vedrørende borgerinddragelse og involvering af civil- og lokalsamfund. Der er fra flere høringsparter ligeledes et sundhedsfagligt ønske om flere "skal-anbefalinger" i pakkerne - et ønske som ikke er politisk sanktioneret (Høringsnotat 2012: 1). Det eksplicitte ønske om flere "skal-anbefalinger" falder fint i tråd med de forbehold, jeg udtrykte ovenfor i forbindelse med ambitionen om sundhedens selv-styring. Det er ikke alle, der formår "at tage hånd om egen sundhed", og som der er ulighed blandt befolkningen, når det kommer til økonomi og uddannelse – så er der også tale om ulighed i sundheden. Statens ambition om at der ud fra en liberal, governmental ledelsesrationalitet kan skabes sunde, selv-ledende borgere må til en vis grad tage højde for, at det ikke er alle, der formår at indfri denne forhåbning. Med flere "skal-budskaber" bliver budskabet tydeligere og magtens udfoldelse tager i højere grad form som værende hierarkisk og autoritær.

Jeg har i problematiseringen af sundheden som mit genstandsfelt forsøgt at sætte spørgsmålstejn ved den sandhed og de selvfølgeligheder, der ofte bliver integreret i det sundhedsvidenskabelige arbejde. Det har ikke været hensigten at dømme, hvorvidt styringsmekanismerne inden for det danske sundhedsvæsen – i det konkrete tilfælde Sundhedsstyrelsen – er rigtige eller forkerte, eller om kommunikationen mellem myndigheden og borgerne kan forbedres. Hensigten har været koncentreret om at afsløre de styringsmekanismer og magtrelationer, der er på spil i moderne sundhedsfremme.

--- ---

Hvorfor egentlig bruge en hel afhandling på at analysere og diskutere frihed i forbindelse med sundhed? Danmark hører på de fleste områder til blandt de frieste lande i en international sammenligning. Vi har et demokratisk politisk system og en retsstat, der sikrer fair rettergang. Derudover har vi et sundhedsvæsen og en infrastruktur, der betyder, at ingen længere dør af infektionssygdomme, der skyldes forurenede vand, dårlig hygiejne osv. Så når nu de overordnede strukturer er kendetegnet ved et frit og sundhedsmæssigt forsvarligt system, er det så ikke udtryk for en unødvendig bagatellisering at fokusere på, hvorvidt vores sundhedskommunikation er funderet i frihed?

I den forbindelse synes jeg, det er afgørende at holde to spor i de seneste års offentlige debat for øje. Først og fremmest er vi i Danmark enormt fokuseret på vores frihedsrettigheder. Ytringsfriheden, trykkefriheden, forsamlingsfriheden og ejendomsrettens ukrænkelighed er eksempler på grundlovssikrede rettigheder, der ofte henvises til, når der diskuteres frihed i det offentlige rum. I Danmark vil vi generelt have lov til at skrive, sige og gøre det, vi har lyst til – selvfølgelig med det hensyn, at frihedsrettighederne ikke må kollideres med staffeloven. Friheden er derfor på mange måder indiskutabel i en dansk kontekst. Som et parallelspor til denne frihedsorientering er der i nyere tid kommet flere og flere eksempler på, hvordan danskernes frihed indskrænkes via konkrete lovændringer (fedtafgiften, sukkerafgiften, rygeloven, lov vedr. spiritussalg m.v.), der har det tilfælles, at de regulerer vores livsstil. Kritikere stempler sådanne positive friheder blandt befolkningen som værende dobbeltmoralisk værdi- og symbolpolitik (Mchangama 2012: 10) og som en hæmsko for udfoldelsen af menneskelig værdipluralisme (Berlin 2005: 260).

Jeg vil afholde mig fra at stemple denne ”værdipolitik” som værende hyklerisk eller dobbeltmoralisk, men med nærværende speciale blot dokumentere, at der er en vis inkonsistens mellem ønskerne om frihed og styring af borgerne, når det kommer til det sundhedspolitiske område. Denne inkonsistens skyldes, i min optik, i høj grad sameksistensen af biomagt og governmental magt i moderne sundhedspolitik. Inkonsistensen i de politiske objektiver kommer til udtryk som en ledelsesproblematik, der udspiller sig mellem biomagtens ambition om optimal folkesundhed og en rendyrket massekrop på den ene side, og et liberalt governmentalityrationale, der drømmer om det selvrealiserende og selvledende individ, på den anden side. Disse spændinger i de to belyste magtformer kommer ofte til syne som paradokser i kommunikationen, hvor det handler om det (u)mulige i at varetage statens interesser ved at perfektionere befolkningens sundhedstilstand og samtidig afgive en del af styringsansvaret til individer og frivillige fællesskaber. Den kamp, der foregår i frihedens navn, bygger med andre ord på forskellige opfattelser og definitioner af frihed.

Frihed til at leve det liv, man ønsker, er så godt som en selvfølge i en dansk kontekst. Selvom frihed til divergerende livsstilmønstre eksisterer som en slags naturlov i den vestlige del af verden, så finder jeg det nødvendigt at problematisere dele af den debat og politik som udspringer af vores måde at indrette samfundet på. I Danmark har vi fået etableret et velfærdssystem, som i sagens natur stiller store krav til den offentlige finansiering. 8,5 procent af vores samlede BNP bruges inden for sundhedsvæsenet – det er mere end i noget andet EU-land.⁴ Derfor har befolkningen også en naturlig forventning om, at skattepengene bruges konstruktivt. Og der er i min optik netop befolkningens forventninger til den offentlige finansiering og valget af livsstil, som udløser denne inkonsistens mellem at tale om friheden som en indiskutabel

⁴ EU-Oplysningen: Sammenlignelige tal for medlemslandenes offentlige udgifter i 2010 i procent af BNP.

rettighed og samtidig foretage dispositioner, som indskrænker friheden – en manøvre som går på tværs fra politikere og eksperter til civilsamfundet.

Dilemmaet mellem frihed og behovet for styring kan passende indrammes med et citat fra J. S. Mills essay *On Liberty*: ”Den eneste måde, hvorpå magt legitimt kan anvendes mod et individ i et samfund mod dennes vilje, er for at forhindre ham i at skade andre. Hans eget bedste – det være sig fysisk eller psykisk – er ikke nok” (Mill 1984 (opr. 1859)).

Mill, der havde sine filosofiske rødder i utilitarismen og er stærkt inspireret af Jeremy Bentham (jf. Benthams illustration af Panoptikon under afsnittet ”Foucaults magtanalytik”), formulerede det såkaldte skadesprincip for at sætte rammerne og grænsen for statens magtdemonstration. Skadesprincippet er blevet udgangspunkt for liberale politikere og debattører verden over, og i det danske politiske landskab fungerer Mill som inspirationskilde for blandt andet Liberal Alliance:

“Denne opfattelse (Mills skadesprincip) finder man desværre ikke hos landets politikere, som tror, at et sæde i Folketingssalen medfører retten til at bestemme over, hvordan den enkelte skal leve sit eget liv. Konsekvensen af denne tendens er klar: Det frie individ er blevet en truet race, og beklageligvis kommer truslen direkte fra Slotsholmen” (Simon Emil Ammitzbøll, politisk ordfører (LA))⁵

Hvis præmissen er, at det enkelte menneskes frihed ikke kan begrænses af hensyn til mennesket selv, så sætter det en naturlig grænse for, hvornår staten kan/må intervenere. Hvis individet har lyst til at foretage dispositioner, der kun skader det selv – så kan/skal statsmagten ikke afholde individet derfra. Denne sondring mellem individuelle og kollektive interesser er umiddelbart let anvendelig og forenelig med magtudøvelse i et liberalt, demokratisk system. Det komplekse ved skadesprincippet i en moderne velfærdsstatslig kontekst er, at individets personlige valg belaster økonomien kollektivt. Hvis jeg kører uden sikkerhedssele vil det kun skade mig selv i tilfælde af et uheld – derimod vil det belaste det offentlige sundhedsvæsen, når jeg køres til hospitalet, og ligeså vil det belaste min arbejdsgiver og muligvis dagpengesystemet, når jeg er sygemeldt osv. Det samme billede tegner sig, hvis jeg vælger et liv som overvægtig ryger. Det er kun mig selv, der bliver fysisk belastet af livsstilen, men den offentlige økonomi ”ryger med i faldet”. Sondringen mellem individuelle og kollektive interesser stiller frihedsbegrebet i et uløseligt paradoks, når det undersøges inden for velfærdsstatens politiske og økonomiske rammer. Det bekræftes dermed, at friheden ikke lader sig entydigt definere og sætte på formel, og derfor vil der fortsat være situationer af uafgørbarhed, hvor frihed/styring og risiko/fare ikke lader sig afgrænse i forhold til hinanden.

Afhandlingens analyse havde ikke til formål at vise ikke noget om frihedens forankring i et positivt eller negativt begrebsapparat, men det kan dog synes relevant at diskutere frihedens form i kølvandet på det billede, der tegner sig efter den empiriske gennemgang af sundhedskommunikationen. Hvis friheden skal tilføres en ny dimension i stedet for udelukkende at anvende den klassiske frihedssondring mellem frihed til/fra (den positive versus den negative frihedsanskuelse), kunne det være relevant at diskutere og se på mulighederne for, at borgere som udgangspunkt bør behandles forskelligt. I stedet for at stræbe efter et ensartet ideal kunne sundhedskommunikationen, som et alternativ til lededeforskelle som perfektion/ufuldkommenhed og frihed til/frihed fra, iagttage frihed og sundhed ud fra distinktionen forskellighed/ens. En handicappet uden ben skal behandles anderledes end borgeren med fuld førlighed, for

⁵ Jf. bilag 3

at de kan blive ”ens”. Der kan i den forbindelse argumenteres for, at frihed altså også implicerer at behandle folk forskelligt og opstille divergerende idealer. Deraf kan idealer relateret til en forskelsløs perfektion og generaliserede forestiller om ”normen” nærmest synes il-liberalt og ufrit.

Det er ikke denne afhandlings forehavende at komme med svaret på de sundhedspolitiske udfordringer for velfærdssamfundet – derimod har fokus været på at belyse de paradokser og magtformer, der kommer til udtryk, når eksempler på moderne sundhedskommunikation iagttages ud fra et særligt teoretisk paradigme. Et spørgsmål som derfor (desværre) forbliver ubesvaret er, hvorvidt det endegyldige mål med forebyggelsespolitik, oplysningskampagner, lovgivning m.v. er et samfund, hvor alle er lige sunde/lige raske, og de usunde afvigere er endeligt afskaffet? I det tilfælde vil idealer og normer på sundhedsområdet som en naturlig konsekvens også eroderes – og erkendelsen af, at vi kontinuerligt justerer og højner vores idealbilleder, må derfor nødvendigvis også føre til en erkendelse af, at afvigerne er et produkt, vi selv avler. Uden idealer ingen afvigere – og uden afvigere ingen idealer.

Som den amerikanske sociolog C. Wright Mills skrev tilbage i 1959: *”Man kan ikke forstå et enkelt menneskes liv eller et samfund uden at forstå begge dele”* (Mills 2002 ((1959))).

Vores kommunikation om sundhed er med til at skabe udvalgte virkelighedsopfattelser og identiteter. Præmissen om at kommunikation ikke er neutral – end ikke når den kommer fra upartiske organisationer og med afsæt i videnskabeligt dokumenterbare udsagn – får den betydning, at alle sociale størrelser får karakter af kontingens. Denne afhandling har forhåbentlig været med til at problematisere dele af disse virkelighedsopfattelser og vigtigst af alt – at understrege, at de normer, der hersker i vores samfund om sund/usund livsførelse, langt fra er uniforme og statiske størrelser, men derimod sociale konstruktioner som må og bør udfordres. Alternativet hertil er, at der i vores samfund kun vil eksistere én version af ”sandheden” om frihed og sundhed - og det kan næppe være ambitionen for et system og en befolkning, der generelt hylder mangfoldighed og tolerance. Det jeg i den forbindelse anser for problematisk er, hvis videnskabelige konklusioner kritikløst overføres til politiske programmer, og man glemmer, at *risiko* blot er ét blik eller én iagttagelse af verden, der har sin egen rationalitet indlejret (jf. specialets videnskabsteoretiske ståsted funderet i socialkonstruktivismen). Viden gør ikke nødvendigvis “de professionelle” eller de “sunde” borgere bedre eller mere “rigtige” end andre - den er kun et udtryk for, hvordan vi er placeret i et magt- og vidensregime, og viden er dermed lige så meget et udtryk for en specifik type disciplinering, som den er garant for den egentlige ”sandhed”.

Afhandlingens berettigelse opstår dermed ikke i forbindelse med dens problemløsende sigte, men snarere på baggrund af de nye iagttagelsesmuligheder, der forhåbentligt har åbnet sig, når der stilles skarpt på folkesundhed og sundhedsfremme. I den forbindelse finder jeg det passende at afrunde med et citat af nærværende afhandlings primære inspirationskilde:

”These pre-existing forms of continuity, all these syntheses that are accepted without question, must remain in suspense. They must not be rejected definitively of course, but the tranquility with which they are accepted must be disturbed” (Foucault 1997: 26).

6. PERSPEKTIVERING

Efter at have analyseret, konkluderet og diskuteret afhandlingens problemformulering er tiden kommet til at hæve blikket og åbne op for de alternative teori- og analysemodeller, som kunne have frembragt nye interessante vinkler på kommunikationen af sundhedsbegrebet.

Mit valg af teori og empiri har selvsagt medført en række fravalg, og kritikere af specialet vil derfor med god grund kunne pege på områder af *sundheden*, som ikke er blevet belyst – det gælder både det teoretiske og empiriske niveau.

Der er umiddelbart et teoretisk begreb, som jeg finder direkte applicerbar i forbindelse med afhandlingens problemformulering og empiriske fokus. *Empowerment* er et begreb, som ofte anvendes i forbindelse med analyser af sundhedsindsatsen – det er dog forblevet u-italiesat i min analyse af folkesundhed og sundhedsfremme. På den baggrund vil jeg kort berøre det uindfriede potentiale, som begrebet besidder i forbindelse med nærværende speciale.

Julian Rappaport er den første, der i 1981 introducerer *empowerment* som en del af det sundhedsvidenskabelige felt, og begrebet defineres som ”*at sætte i stand til at eller give andre evnerne til at opnå kontrol over deres egen livssituation*” (Rappaport 1981).

Begrebet, der er et af moderne tids mest anvendte begreber inden for netop sundhedspolitik, kan passende sættes i relation til governmentalitetsbegrebet, da begge teorier baserer sig på tanken om individets selvledelse (Andersen & Timm 2010: 214). Dog vurderer jeg, at empowerment har et særligt øje for den *proces*, som fører til selvledelse.

Empowerment er et multikomplekst begreb, der både kan ses som *en proces* og *et endemål* og anvendes forskelligt ud fra ideologisk ståsted. Grundideen bag begrebet er, at empowerment kan være med til at minimere de professionelle og ”systemets” indflydelse på borgerne og dermed bane vej for et større selvansvar og direkte indflydelse på eget liv (Andersen & Timm 2010: 214). Ud fra denne definition kan empowerment være med til at nuancere den governmentale magts relevans i forbindelse med sundhedsfremmende initiativer blandt befolkningen. ”Magten” er indbygget i empowerment-begrebet på den måde, at det handler om at *afgive* såvel som at *tage* magt. Det er derfor centralt at fokusere på, hvordan ”de magtesløse” forsøger at få magt, og hvordan ”de magtfulde” samtidig frigiver/afgiver magt (Andersen & Timm 2010: 217) . Derfor er begrebet velegnet til at udbygge Foucaults tanker om governmentalitet og princippet om *conduct of conduct*. Det handler om at give borgeren en ny egenskab i form af handlekompetence, men hvordan balancerer man det, hvis borgeren træffer usunde og dermed irrationelle valg i forbindelse med deres livsstil? – det er det spørgsmål som governmentalitetsanalysen såvel som empowermentanalysen kun kan give kvalificerede bud på, når det sættes i forbindelse med empiriske eksempler.

De såkaldte selvteknikker er det som både governmentalitet og empowerment sigter på i den moderne magtudøvelse. Den canadiske filosof Cressida Heyes (2007) har i sin empiriske analyse af væggtabsprogrammet Vægtvogterne pointeret de normaliserende elementer, der ligger i slankekonceptet, ved at de overvægtige (og usunde) i konceptet fremstilles som et ”forvrænget selv”, som man må arbejde sig ud af og derved nå frem til ”det autentiske selv”. Hendes pointe er, at slankeprogrammet formår at transformere

”selv’er”, hvor den overvægtige bliver opslugt af en identitetsdannelse, der fokuserer på en mere ”rigtig” udgave af personen selv. I et Foucault-inspireret perspektiv kan man med rette fortolke denne identitetsproces som ”selvets” internalisering af ”de andre” (Andersen og Timm 2010: 41). Begreberne ”selvet” og ”de andre” er ikke blevet behandlet hverken teoretisk eller analytisk i nærværende afhandling, men oversætter man de teoretiske termer til et mere brugervenligt dansk, giver det god mening at fortolke dele af afhandlingens analyseresultater i samme lys, som Heyes gjorde med Vægtvogterne: Borgeren der underlægges sundhedsfremmende initiativer søges bevidstgjort om, hvordan livet ser ud på ”den anden side”. ”Den anden side” er der, hvor sund livsstil giver færre fysiske gener, færre økonomiske omkostninger og generelt øger livskvaliteten. Dette forsøg på at transformere borgerens selvbevidsthed tager først og fremmest form som et oplysningsarbejde, hvor der kommunikeres i os/dem og før/efter-illustrationer (sådan ser dit liv ud som usund - og sådan kan dit liv se ud, hvis du træffer et sundt valg). Denne internalisering hos individet er et konkret eksempel på en selvteknik, som kunne have udbygget afhandlingen med et mere processuelt fokus på de sundhedsfremmende initiativer.

7. KILDELISTE

Bibliografi

- Andersen, N. Å. (1999): Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann, Nyt fra samfundsvidenskaberne
- Andersen, N. Å. (2001): Beslutningens ubsluttelighed, i Nordiske Organisationsstudier, 3 (2)
- Andersen, N. Å. (2003B): Borgerens kontraktliggørelse, Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, N. Å. (2003A): Organisation i anden ordens perspektiv: Systemteoriens analysestrategiske maskine, pp. 310-323, i Organiseret kommunikation: systemteoretiske analyser, Holger Højlund; Morten Knudsen (red.), Samfundslitteratur
- Andersen, N. Å. & Born, A. W. (2001): Kærlighed og omstilling, Nyt fra Samfundsvidenskaberne
- Andersen, P. & Timm, H. (2010): Sundhedssociologi, Hans Reitzels Forlag
- Bentham, J. (2011 (1791)): Panoptikon - Magtens øje, Forlaget Klim
- Berlin, I. (2005): Den ideale stræben og andre essays, Gyldendal
- Berlin, I. (2008): Two Concepts of Liberty, pp.166-217, i H. Hardy (red.), Liberty, Oxford University Press
- Borch, C. & Larsen, L. T. (2003): Magt uden årsag - om Foucault og Luhmanns magtopfattelser, i Borch & Larsen (red.): Perspektiv, Magt og Styring – Luhmann og Foucault til diskussion, Hans Reitzels Forlag
- Dahl, R. A. (1957): The Concept of Power, pp. 201-215, i Behavioural Science, Vol. 2, 1957
- Dahlager, L. (2001): I forebyggelsens magt, pp. 91-102, i Distinktion - tidsskrift for samfundsteori nr. 3 (2001) Temanummer: I sundhedens navn, Werks Offset
- Dean, M. (2006): Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund, Forlaget Sociologi
- Den Store Danske Encyklopædi (2001), Gyldendal
- Esmark, A., Laustsen, Bagge, C. & Andersen, N. Å. (2005): Socialkonstruktivistiske analysestrategier, Roskilde Universitetsforlag
- Foucault, M. (1978): The Will to Knowledge: The History of Sexuality, Vol. 1, Random House
- Foucault, M. (1979): The History of Sexuality: Vol. 1: An Introduction, Allen Lane
- Foucault, M. (1991): Discipline and Punish: The birth of a Prison, Penguin
- Foucault, M. (1994A): Technologies of The Self, pp. 223-252, i Ethics. Subjectivity and Truth. Essential Works of Foucault 1954-1984, The New Press

- Foucault, M. (1994B (1976)) Viljen til viden - Seksualitetens historie, Vol. 1, Det lille forlag
- Foucault, M. (1997 (1969)): The Archaeology of Knowledge, Tavistock Publications
- Foucault, M. (2000): Interview with Michel Foucault, oversat af R. Hurley et al., i Essential Works of Foucault 1954–1984, Vol.3, The New Press
- Foucault, M (2001): Socialmedicinens fødsel pp. 11-24, i Distinktion - tidsskrift for samfundsteori nr. 3 (2001) Temanummer: I sundhedens navn, Werks Offset
- Foucault, M. (2002 (1975)): Overvågning og straf, Det lille Forlag
- Foucault, M. (2008 (1977-78)): Sikkerhed, territorium og befolkning, Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2009): Biopolitikens Fødsel. København, Hans Reitzels Forlag
- Fuglsang, L. & Olsen, P. B. (2004): Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne, Roskilde Universitetsforlag
- Gordon, C. (1991): Governmental rationality: An Introduction pp. 1–51, i G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (red.) The Foucault effect: Studies in Governmentality, University of Chicago Press
- Gustavsson, G. (2011): Treacherous Liberties: Isaiah Berlin's Theory of Positive and Negative Freedom in Contemporary Political Culture', Uppsala Universitet
- Hansen, M. B. & Svendsen, M. N. (2005): Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen
- Heede, D. (2007): Det tomme menneske - Introduktion til Michel Foucault, Museum Tusulanums Forlag
- Heyes, C. J. (2007): Self-Transformations – Foucault, Ethics and Normalized Bodies, Oxford University Press
- Højlund, H. & Thorup Larsen, L. (2001): Det sunde fællesskab pp. 73-90, i Distinktion - tidsskrift for samfundsteori nr. 3 (2001) Temanummer: I sundhedens navn, Werks Offset
- Jensen, K. (2002): Bekæmpelse af infektionssygdomme - Statens Serum Institut 1902-2002, Interprint
- Kneer, G. og Nassehi, A. (1997): Niklas Luhmann - introduktion til teorien om sociale systemer, Hans Reitzels Forlag
- Kristensen, J. E. (1997): Hvad er et panopticon – og hvad er panoptisme som magt teori?, Øjeblikket
- Larsen, L. T. (2011): The Birth of Lifestyle Politics, i Lemke et al. (red.): Governmentality – Current Issues and Future Challenges, Routledge
- Lemke, T. (2007): Biopolitik – En introduktion, Hans Reitzels Forlag
- Luhmann, N. (1971): Politische Planung, Westdeutscher Verlag
- Luhmann, N. (1995): Samfund og individ - Personlige og upersonlige relationer, i Jacobsen, J.C. (red.), Autopoiesis - Udvalgte tekster af Niklas Luhmann, Forlaget Politisk Revy

- Luhmann, N. (2000): Sociale systemer, Hans Reitzels forlag
- Mchangama, J. (2012): Fri os fra friheden, Gyldendal
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K., (2007): Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren, Hans Reitzels Forlag
- Mill, J. S., (1984 (1859)): Om friheden, Forlaget Apostrof
- Mills, C. W., (2002 (1959)): Den sociologiske fantasi, Hans Reitzels Forlag
- Mortensen, N. (2004): Det paradoksale samfund, Hans Reitzels Forlag
- Nealon, J. (2008): Foucault Beyond Foucault: Power and Its Intensifications Since 1984, Stanford University Press
- Nilsson, R. (2009): Michel Foucault – En introduktion, Hans Reitzels Forlag
- Rappaport, J. (1981): In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention, pp. 1-25, American Journal of Community Psychology
- Rose, N. (1998): Inventing Our Selves – Psychology, Power and Personhood. Cambridge University Press
- Rose, N. (1999): Powers of Freedom: Reframing Political Thought, Cambridge University Press
- Rose, N. (2001): Biopolitics in the Twenty First Century – Notes for a research agenda, pp. 25-44, i Distinktion - tidsskrift for samfundsteori nr. 3 (2001) Temanummer: I sundhedens navn, Werks Offset
- Rose, N. (2003): At regere friheden: En analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier, i Borch & Larsen (red.): Perspektiv, Magt og Styling – Luhmann og Foucault til diskussion, Hans Reitzels Forlag
- Teubner, G. (1996): Double Bind: Hybrid arrangements as de-paradoxifiers, pp. 59-64, i Journal of institutional and theoretical economics, vol. 152
- Thomsen, J.P.F. (2005) Magt – En introduktion, Hans Reitzels Forlag
- Thorndal, M. H. (2004): Modernitetens politiske teoretikere, Columbus
- Tønnesen, H., et al. (2005). Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Webkilder

EU-Oplysningen: Sammenlignelige tal for medlemslandenes offentlige udgifter i 2010 i procent af BNP:
http://www.euo.dk/fakta/tal/offentlige_udgifter/

Forebyggelsespakkeres formål, pressemeddelelse af 29. juni 2012, Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/ForebyggelseKommunerneStyrkesMedFagligePakker.aspx>

Forebyggelsespakke om alkohol (2012), Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Alkohol.pdf>

Forebyggelsespakke om tobak (2012), Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf>

Forebyggelsespakke om fysisk aktivitet (2012), Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>

Forebyggelsespakke om mental sundhed (2012), Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/MentalSundhed.pdf>

Forebyggelsespakke om seksuel sundhed (2012), Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SeksuelSundhed.pdf>

Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker:
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf>

Sundhedsstyrelsens mål og opgaver, Sundhedsstyrelsen:
http://www.sst.dk/Om%20styrelsen/Maal_og_opgaver.aspx

The Ottawa Charter for Health Promotion (1986):
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Høringsnotat, Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2012, Sundhedsstyrelsen:
<http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/Forebyggelsespakker/Høringsnotat%20til%20sst%20dk.ashx>

Constitution of the World Health Organization, World Health Organization (1946):
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Alle ovenstående webkilder var tilgængelige på de oplyste links d. 28. januar 2013.


8. BILAG

Bilag 1: ”Hvor ved du fra, at jeg ryger?”

Bilag 2: ”Havde sex fordi kommunen sagde vi skulle”

Bilag 3: ”Frihedens skæbnedag”

'Hvor ved du fra, at jeg er ryger?'

Information.dk | 10.09.2012 | Side | 1019 ord | Artikel-id: e3656954 |  Link til artikel

For Michael Gundersen var et venligt stemt opkald det, der skulle til, for at han meldte sig til et rygestopkursus. Ingen moraliseren og ingen løftede pegefingre, og det er netop midlet, når Københavns Kommune forsøger at målrette sundhedskampagner til dem, som ikke selv henvender sig

Jeg kan godt lide at ryge, men hver gang jeg tænder en cigaret, så gør jeg det med dårlig samvittighed, så hvad vejer mest? Min rygetrang eller min samvittighed? siger 40-årige Michael Gundersen. I dag forsøger den tidligere stilladsarbejder at få sin egen virksomhed op at køre. Han har røget, siden han var ni år gammel, og over årene er det blevet til en del smøger om dagen.

For et par uger siden blev han uopfordret ringet op af en repræsentant fra Stoplinien, som rådgiver folk om rygestop. Damen i den anden ende af røret spurgte, om han mon var interesseret i at høre om et gratis rygestopkursus i Folehaven i Valby, hvor han bor.

»Hvor ved du fra, at jeg ryger?« var hans første respons, for han har ikke tidligere henvendt sig til Stoplinien. Men netop nu ringer repræsentanter fra Stoplinien til alle telefonnumre i Folehaven og andre områder i København og informerer om gratis rygestopkurser i netop deres nærområde, uden pres og uden 'vi ved bedre'-attituder. Og det var lige det, der skulle til for Michael Gundersen.

»Jeg har altid røget omkring 20 cigaretter om dagen, men for nogle år siden fik jeg en kæreste, som røg meget mere end mig, så jeg kom op på at ryge 30 om dagen. Det er alt for meget og alt for dyrt. Cigaretterne bliver jo heller ikke billigere vel?« siger han.

»Men da de ringede, lød det sgu meget godt, så inden jeg fik set mig om, havde jeg tilmeldt både mig selv og min kæreste.«

Sundhed i øjenhøjde

I fredags kunne Information beskrive, hvordan danskernes sundhedstilstand i høj grad afhænger af uddannelsesniveau og indkomst. Netop den ulighed i sundhedsvæsnen vil sundheds- og forebyggelsesminister Astrid Krag (SF) nu udjævne gennem et såkaldt servicetjek af sundhedsvæsnen, hvor man blandt andet vil få sundhedskampagner i øjenhøjde med dem, der har brug for dem. De lavtlønnede og dem med korte uddannelser.

»Desværre er sundhedskampagner ofte ikke i øjenhøjde med de sociale grupper, som har brug for at ændre deres vaner. Jeg tror, at de nogle gange oplever en lidt moraliserende tilgang, hvor hovedbudskabet er: Du lever forkert. Og det kommer til at skygge for, hvad vi informerer om - at mange mennesker i virkeligheden mangler redskaberne til at gøre noget ved det,« sagde Astrid Krag til Information.

I Københavns Kommune forsøger sundheds- og omsorgsborgmester Ninna Thomsen allerede med tiltag, som skal nå ud til kvarterer, hvor der netop bor mange med korte uddannelser, og hvor middellevetiden er betydeligt lavere end for eksempel i Indre By. Det sker bl.a. ved de uopfordrede opkald med tilbud om gratis rygestopkurser og ved at have projektmedarbejdere på gaden til gratis 'minisundhedstjek', hvor man bl.a. kan få målt sin lungefunktion og få information om, hvordan man kan lægge sin livsstil om, hvis man ønsker det. I øjeblikket er målet altså Folehaven i Valby.

Lene Krusaa er projektleder på Stoplinien, og ifølge hende er det i langt de fleste tilfælde en positiv oplevelse, når de ringer ud til folk. Tre ud af fire siger, at de er velkomne til at ringe tilbage en anden gang, og for hende handler det om, hvordan man henvender sig til folk:

»Vi taler jo helt almindeligt hverdagssprog, og vi slår ikke folk oven i hovedet med undersøgelser eller løfter pegefingeren. Vi fortæller bare, hvilke tilbud der er. Det, tror jeg, klart er mest effektivt, for folk ved jo godt, at det ikke er sundt at ryge, men det kræver noget overskud at skulle ud og undersøge markedet for tilbud.«

Det samme fortæller Liselotte Braarup Larsen, projektmedarbejder ved Forebyggelsescenter Vesterbro. Hun er leder for den opsøgende indsats, der kører sideløbende opkaldene til Folehavens beboere.

»Når jeg tænker over det, så kan jeg faktisk ikke komme i tanke om nogen,

der har taget negativt imod os, når vi henvender os og siger, at vi har et gratis tilbud om hjælp, hvis de er interesseret. Det handler om, at man må møde folk på en respektfuld måde, hvis man skal sørge for, at alle har lige muligheder for at blive informeret om de tilbud, der er. Indtil nu har vi i hvert fald ikke formået at informere denne målgruppe tilstrækkeligt om mulighederne,« siger hun.

Også hos Kræftens Bekæmpelse har man erkendt, at der skal nye tiltag til, hvis man skal have udjævnet uligheden i sundhedssystemet.

»Sundhedsministeren har ret i sin analyse. I de seneste 20 år har myndighederne nok i for høj grad skrevet til sin egen målgruppe. Men vi er klar over det og prøver nu at gøre noget ved det. Så det er gode tanker. Men det er altså nemmere sagt end gjort,« sagde projektchef Niels Them Kjær fra Kræftens Bekæmpelse til Information i fredags.

Da telefonen ringede hos Michael Gundersen i Folehaven, følte han netop, at han blev mødt i øjenhøjde og hverken irettesat eller talt ned til: »Hvis der havde været noget pres, så kunne jeg jo bare sige, at jeg ikke havde lyst til at tale mere, men hende jeg talte med var jo sød og venlig, og så lytter man jo,« siger han.

På det seneste er han og hans kæreste begyndt at løbe tre gange om ugen, og der kan cigaretterne for alvor mærkes, for som han siger, så er det jo ikke sjovt at løbe, »når lungerne hænger efter en«.

Derfor havde han også fiflet med tanken om at stoppe med at ryge på et tidspunkt, men opkaldet var det, der skulle til, for at han meldte sig til rygestopkurset.

»Hvis de ikke havde ringet, ville jeg nok ikke have meldt mig til et kursus. Så ville jeg nok i stedet have spist en masse nikotintyggegummi eller klistret hele kroppen til med nikotinplastre,« griner han.

Michael Gundersen ville ikke på eget initiativ have meldt sig til et rygestopkursus. I stedet var det en opringning fra Stoplinien, der gjorde udslaget. Foto: Tine Sletting.

Havde sex fordi kommunen sagde vi skulle

EkstraBladet.dk | 14.09.2012 | Side | 194 ord | Artikel-id: e366e413 | [W](#) Link til artikel

I hele Europa bliver der født færre børn - og derfor har initiativet 'knaldeaften på Nordfyn' vakt genlyd. Og mange familier sagde ja tak

- Hvad har vi lavet? Det kan du da regne ud. Vi har lavet det, vi fik besked på.

Sådan sagde en glad Jimmi Korsholm - der havde 'beviser' i form af læbestiftsrester i panden - til fyens.dk , der i går aftes stod klar, da ialt 124 børn blev hentet efter Nordfyns Kommunes 'store knaldeaften'.

Lav nogle børn, så er i søde

Kommunens børnetal falder, der er ledige pladser i institutionerne og pædagogerne, vil så gerne sikre deres job, og tilbød derfor to timers aftenpasning i går. Overskriften var 'Vi passer jeres børn, så I kan lave nogle flere', og udover de mange forældre, der tog imod tilbuddet, ringede selveste BBC.


- Kan de ikke indfører det i min datters børnehave også? Kunne være skønt med en børnefri aften bare engang i mellem :-), skriver Thomas V.

Hvad tror du? Bliver der født flere børn på Nordfyn om ni måneder? Og kan du komme på andre gode ideer, der kan få børnetallet op?

Se stort billede I.

Også på nationen! vidner de 122 kommentarer om at en kommunal bolleaften er en god ide:.

Frihedens skæbnedag

Politiken.dk | 31.08.2011 | Side | 613 ord | Artikel-id: e2d8dc68 |  Link til artikel

Valgræset er i gang, og økonomi har været en altoverskyggende faktor - med god grund. Det er vi stor tilhænger af i Liberal Alliance, for den lave vækst må mest af alt betegnes som Danmarks akilleshæl. I mellemtiden må vi dog ikke glemme, at der også er andre steder, hvor skoen trykker rigtig hårdt. Et af stederne er den personlige frihed, og dette område er alt for vigtigt til at blive overset.

For godt og vel 150 år tilbage skrev den britiske filosof, John Stuart Mill, at »den eneste måde, hvorpå magt legitimt kan anvendes mod et individ i et samfund mod dennes vilje, er for at forhindre ham i at skade andre. Hans eget bedste - det være sig fysisk eller psykisk - er ikke nok«.

Denne opfattelse finder man desværre ikke hos landets politikere, som tror, at et sæde i Folketingssalen medfører retten til at bestemme over, hvordan den enkelte skal leve sit eget liv. Konsekvensen af denne tendens er klar: Det frie individ er blevet en truet race, og beklageligvis kommer truslen direkte fra Slotsholmen.

Det vil vi slet og ret ikke være med til i Liberal Alliance. Vi vil ikke reducere den enkelte til en marionetdukke, hvor landets 179 folkevalgte leger dukkeførere med henblik på at styre individet nænsomt hen ad den smalle sti imod et sundt og politisk korrekt liv. Vi ønsker at kappe snorene, så den enkelte kan gå ad vejen mod dét liv, som han eller hun selv ønsker. Så længe det ikke skader andre.

1.643 - så mange nye love og regler har regeringen indført alene i 2010. Man skulle tro det var løgn, men det er det desværre ikke. Denne ekstreme mængde regler er et klart eksempel på, at politikerne fuldstændig har mistet troen på, at den enkelte dansker er i stand til at tage vare på eget liv. Hos Liberal Alliance græmmer vi os, når vi hører dette tal, men det gør den røde lejr desværre ikke. Den absurde mængde regler lokker nemlig de røde til, som var det bloddråber i et hajfyldt farvand. For oppositionen vil ha flere regler - mange flere.

Den røde bloks hunger efter forbud vil nemlig betyde, at au pair-piger, legetøj

i Happy Meals og kildevand på kommunale arbejdspladser skal stoppes med lov og magt. Og festen stopper ikke her. Der skal nemlig også indføres kvindekvoter, som dikterer, at virksomheders bestyrelser skal udgøres af minimum 40 procent kvinder. Sidstnævnte forslag vil betyde, at ejerne af landets virksomheder med lov bliver frataget magten til at bestemme, hvem der skal sidde i den virksomhed, som er deres. Og den kvinde, som kommer ind i en bestyrelse, må affinde sig med tvivlen om, hvorvidt hun har fået som fortjent efter hårdt slid og slæb, eller om det blot skyldes endetallet i hendes CPR-nummer.

Og den røde politikere skammer sig ikke engang over, at de vil fratage danskerne deres frihed. Den socialdemokratiske forebyggelsesordfører, Flemming Møller Mortensen, lagde i en radiodebat for nylig heller ikke skjul på, hvad friheden betyder for en rød regering: »Den personlige frihed skal ikke være en hæmsko for, at vi som samfund kan træffe nogle beslutninger, som er af det gode«. Dermed står det også klart, at et regeringsskifte betyder mere magt til staten på bekostning af den enkeltes frihed, og det gør den 15. september til en vigtig dag, hvor friheden står på spil.

Det er dog om muligt endnu mere skræmmende, når SF's retsordfører, Karina Lorentzen, skal redegøre for rationalet bag de planlagte frihedsberøvelser: »Jeg synes ikke, der er noget galt med forbud, hvis de bliver udstedt af fornuftige mennesker. Og vi er jo fornuftige i SF«.

Ja, hvad hjertet er fuldt af, løber munden over med.

Mvh Simon Emil Ammitzbøll