

Lene Toxvig; 20060506

Masterafhandling i humanistisk
sundhedsvidenskab og
praksisudvikling

Sommer 2008

Institut for filosofi og idéhistorie,
Aarhus Universitet

”At styre sundheden”

*Forholdet mellem styring og subjektivitet i forebyggelsen af
overvægt og depression i hele befolkningen og blandt de
gravide i den danske folkesundhedspolitik 1999-2010*

”To conduct the conduct of health”

*The relation between governmentality and subjectivity in the prevention of overweight and
depression in the population in general and among pregnant women in the public health
policies in Denmark 1999-2010*

Vejleder: Lene Otto

”Afhandlingen må
offentliggøres”

ln@ucn.dk

English summary

The relation between governmentality and subjectivity in the prevention of overweight and depression in the general population and among pregnant women in the public health policies in Denmark 1999 - 2010 is analyzed by means of the theory of social construction and interpretations of Foucault's concept of governmentality as further developed by Nikolas Rose and Signild Vallgård. A movement from disciplinary to communitarian technologies is shown. The implication of the "health promoting strategies" is new subjectivities that can be productive or undermining of the self. Studies of practice are proposed in order to reveal technologies of the self.

Indholdsfortegnelse:

1. Problembaggrund

1.1 Indledning	1
1.2 Problemformulering	3
1.3 Oversigt over opgavens fremgangsmåde	5

2. Opfattelser af sundhed og sundhedspolitik belyst ud fra forholdet mellem styring og subjektivitet

2.1 Sundhed ud fra et etnologisk perspektiv.....	7
2.2 Sundhed ud fra et ethopolitisk perspektiv.....	9
2.3 Sundhedspolitikken ud fra Foucaults historiske perspektiv på medicinens udvikling.....	12
2.4 Sundhedspolitikken ud fra et historisk perspektiv på helbredsundersøgelser af gravide.....	13

3. Folkesundhedspolitikken belyst ud fra forholdet mellem styring og subjektivitet

Teoretiske begreber med fokus på forholdet mellem styring og subjektivitet

3.1 Governmentality som udtryk for forholdet mellem styring og subjektivitet.....	16
3.2 Styring af det foretagsomme selv.....	21

Den empiriske del: Analyse af danske folkesundhedsprogrammer og sundhedsanbefalinger

3.3 Analyse af Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008.....	25
3.4 Analyse af Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10.....	27
3.5 Analyse af Folkesundhedsrapporten Danmark 2007.....	30
3.6 Analyse af Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen.....	32

4. Diskussion af de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression

4.1 Forebyggelse og sundhedsfremme som redskaber i styringen af sundhed.....	35
4.2 De gouvernementale teknologier som redskaber i styringen af sundhed	37

5. Konklusion	41
----------------------------	----

6. Perspektivering	43
---------------------------------	----

7. Litteraturliste	45
---------------------------------	----

1. Problembaggrund

1.1 Indledning

Der er sket et skift i den danske befolknings sygdomsmønster hvor kroniske sygdomme, livsstilssygdomme, alderdomssyndromer og psykiatriske lidelser er blevet dominerende (Jensen 2006: 42). Eksempelvis er forekomsten af overvægt i Danmark ifølge Sundhedsstyrelsen steget med 75 % siden 1987. Overvægtige udgør 30-40 % af den voksne danske befolkning. 10-13 % af disse er svært overvægtige hvilket svarer til ca. 400.000 mennesker. Næsten 100.000 er så ekstremt overvægtige at det indebærer svære helbreds komplikationer¹. Kvinder udvikler hyppigere ekstrem overvægt end mænd, ofte i forbindelse med graviditet og der er flere medicintyper som øger risikoen for vægtstigning (Sundhedsstyrelsen 2006: 1). Andelen af svært overvægtige gravide er tilsvarende steget eksplosivt fra 3 % i 1986 til 11 % i 2005 (Nøhr 2005: 4). Meget kunne tyde på at den hidtidige forebyggelse af overvægt således ikke har haft den ønskede effekt hverken i den brede befolkning eller blandt de gravide som har min særlige interesse som jordemoder.

Samtidig ses en stigning i forbruget af antidepressiva i den danske befolkning over 15 år. I 1994 var der 88.699 registrerede brugere af de såkaldte SSRI-præparater² og i 2003 var det tilsvarende tal 242.299 brugere (Lægemiddelstyrelsen 2004). I daglig tale omtales disse præparater lykkepiller og de anvendes ved depression, socialfobi, panikangst, posttraumatisk stressyndrom samt tvangsforestillinger og -handlinger. Også blandt de gravide er der sket en stigning i forbruget af lykkepiller: 0,3 % havde i 1997 anvendt SSRI-præparater under graviditet og efter fødsel. I 2006 var det tilsvarende tal steget til 2,4 % (Sundhedsstyrelsen 2007b)³. 3,8 % af den danske befolkning fik i 2005 diagnoserne ”kronisk angst” eller ”depression”; svarende til 166.000 mennesker og 8,5 % af befolkningen har i 2005 angivet at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 119).

Således ses en øget forekomst af overvægt og depression⁴ og en samtidig øget fokusering på disse tilstande. Eksempler på den øgede fokusering på depression er at tilstanden nu er klassificeret som

¹ Overvægtige klassificeres med Body Mass Indeks (BMI) ≥ 25 , svært overvægtige med BMI ≥ 30 og ekstremt overvægtige med BMI ≥ 35 . BMI beregnes ved at dividere vægten i kg med højden i meter kvadreret. Klassifikationerne er internationalt anerkendt (Sundhedsstyrelsen 2006).

² SSRI-præparater er en forkortelse for Selektive Serotonin Reuptake Inhibitorer (Lægemiddelstyrelsen 2004).

³ I 1997 indløste 541 (0,3 %) gravide eller nybagte mødre recept på SSRI-præparater. I 2006 var det tilsvarende tal steget til 5.524 (2,4 %) indløste recepter (Sundhedsstyrelsen 2007b).

⁴ De almindelige symptomer på depression er nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthedsfølelse, nedsat selvtillid, selvbebrejdelser eller skyldfølelser, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro eller motorisk hæmning, søvnbesvær og appetitforstyrrelse. Diagnosen hviler på grundig klinisk undersøgelse (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 118-119).

en folkesygdom og at der i de senere år er udgivet et hav af avisartikler, temabøger og fagbøger om emnet. Medierne er også opmærksomme på de gravides forbrug af antidepressiva. Således skriver Dagbladet Information på forsiden den 8. februar 2008: "Hvorfor er gravide ulykkelige?" med henvisning til artiklen: "Små tegn på et sygt samfund? Lykkepiller er et medicinsk vedligeholdelsesprogram, siger sociolog" (Voller 2008). Den øgede fokusering på overvægt kommer til udtryk i avisoverskrifter som denne: "Danskerne hader de fede" med følgende undertitel: "Over halvdelen af befolkningen ville ikke ansætte svært overvægtige, hvis de selv var arbejdsgivere" (Berlingske Tidende 2006). Overvægt forbindes ofte med dårlige karakteregenskaber som dumhed, dovenskab, svag karakter og mangel på æstetik og følgerne af denne stigmatisering er for mange overvægtige et lavt selvværd (Anthony 2004). Depression kan derimod med henvisning til den engelske professor i sociologi Nikolas Rose opleves som en befriende diagnose for patienten som lettet kan give udtryk for at det bare er "kemi i hjernen" og ikke ham selv der er noget galt med (Lykkeberg 2006). Således ses hvordan disse diagnoser i forskellig grad influerer på samfundets syn på individet med en afsmittende effekt på individets selvforhold.

Rose er i en dansk anmeldelse af bogen *The Politics of Life Itself* citeret for følgende udsagn:

"I dag skal vi være fleksible, i konstant træning, i livslang læring, vi skal hele tiden evaluere os selv, overvåge vores helbred, forbedre os og inspireres til at købe nye ting. Og de forpligtelser breder sig til vores genetiske disposition. Den aktive og ansvarlige biologiske borger skal være engageret i konstant justering af livsform og livsstil, medicinske behov og kostplaner som svar på de skiftende krav fra vores modtagelige og udsatte krop" (Lykkeberg 2007).

Rose betegner denne form for selvkontrol og overvågning af eget helbred som vort århundredes livspolitik der afløser utopien om kortlægningen af det menneskelige genom som et endeligt svar på sygdommes oprindelse og behandling. Det nye er at vi agerer medicinsk på selvet - ikke for at kurere sygdomme men for at forebygge. Medicinen tjener til at fjerne fremmede magter som hindrer en fuldendt selvudfoldelse og til at fremme tilblivelsen af "det egentlige selv". Forebyggelsen sigter så at sige mod en tilstand af noget bedre end normaliteten kan tilbyde (Lykkeberg 2007).

Overvægt og depression medfører i nogle tilfælde en ændret opfattelse af hvorvidt de berørte skal betragtes som syge eller sunde. Svær overvægt disponerer til en række følgesygdomme og rummer således en forudsigelse om vedkommendes risiko for at blive syg. De overvægtige gravide har øget

risiko for en række komplikationer i graviditeten og under fødslen. Depression kan dække over forskellige følelser og tilstande som samlet er udtryk for at det enkelte menneske ikke fungerer optimalt i forhold til samfundets krav til individet. For de depressive gravide er der særlige problemer på spil; på den ene side den potentielle risiko for at de anvendte antidepressiva skader barnet og på den anden side risikoen for at den depressive moder skader sig selv eller barnet.

Således tegner disse diagnoser et billede af individer med øget sygdomsrisiko og hvilke styringsredskaber anvender de sundhedsprofessionelle overfor disse "risikoindivider" (Rose 1999: 41). Hvilken betydning får denne styring og forskydningen i opfattelsen af sundhed og sygdom for det enkelte menneskes forhold til sig selv?

1.2 Problemformulering

Den danske folkesundhedspolitik analyseres med fokus på relationen mellem de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression, forskydningen i opfattelsen af sundhed og sygdom og konsekvenserne for individets selvforhold. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelse af overvægt og depression hos gravide inddrages eksemplificerende i analysen af ovennævnte relation.

De danske folkesundhedsprogrammer og sundhedsanbefalinger anskues som udtryk for styringsredskaber overfor befolkningen og de sundhedsprofessionelle og samtidig udgør de en informationskilde for de styrende⁵. De potentielle følger af svær **overvægt i befolkningen** i form af muskel- og skeletlidelser, hjerte-karsygdomme, kræftsygdomme og aldersdiabetes samt **psykiske lidelser** er klassificeret som folkesygdomme i regeringsudgivelsen *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Der er tale om sygdomme med stor udbredelse og med store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002).

De **overvægtige gravide** har øget risiko for sukkersyge, forhøjet blodtryk, svangerskabsforgiftning og blodpropper. Under fødslen ses øget risiko for vesvækkelse, i nogle undersøgelser ses også øget risiko for kejsersnit samt en øget risiko for store børn og en deraf følgende øget risiko for fastsiddende skuldre når barnet fødes (Borch-Christensen et al: 5). Udover den forøgede somatiske

⁵ Der styres ud fra en viden om de bestemte karakteristika der menes at være indeholdt i det der styres; det der karakteriserer en befolkning, et samfund, en økonomi og det der karakteriserer individerne (Rose 2003: 181).

sygdomsrisiko er der hos de gravide særlige problemer på spil i deres selvforhold, idet deres identitet i forvejen er under pres af det forestående rolleskift til moderrollen hvilket måske øger deres risiko for at udvikle en **depression under graviditeten**. Det antages at styringen er særligt udtalt overfor de gravide til hvis sundhed der formodes at stilles særlige krav som kropslige bærere af og fremtidige rollemodeller for fremtidige generationer.

Der nævnes i *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* tre centrale elementer i indsatsen overfor folkesygdomme: **Forebyggelse** og sundhedsfremme, egenindsats samt patientrådgivning, -støtte og -rehabilitering. Der lægges i publikationen stor vægt på den enkeltes valg af sund livsstil og egenindsats som beskrives som værende afhængig af bl.a. viden og handlekompetence. **De sundhedsprofessionelles rolle** nævnes som bidragende til at skabe rammer og forudsætninger for at den enkelte kan vælge at leve sundt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 32-34).

Et af de centrale spørgsmål er hvilke styringsredskaber de sundhedsprofessionelle anvender i forebyggelsen af folkesygdomme og hvordan disse former for magtudøvelse påvirker individet. Magtudøvelse kan ifølge Lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab Signild Vallgård defineres som ”en samlet struktur af handlinger som retter sig mod mulige handlinger: den tilskynder, den forfører, den letter eller vanskeliggør, i ekstreme tilfælde tvinger eller forbyder den” (Vallgård 2003a:13). Denne definition er udarbejdet med inspiration fra den franske filosof og professor i idéhistorie Michel Foucault som forudsatte at magten udøves over frie mennesker som på trods heraf accepterer styringen da den også bidrager med noget, de selv ønsker - ikke udelukkende med grænser og undertrykkelse - men også med nydelse, viden og nye muligheder (Vallgård 2003a:13-14). De formodede konsekvenser af denne magtudøvelse for **individets selvforhold** kan med Foucault udtrykkes på denne måde: subjekter formes ved at de styrende fremmer ønskede egenskaber og selvforståelser hos de styrede. Magten skaber individuelle subjekter i to betydninger; subjekter som undersætter for andre pga. kontrol og afhængighed og subjekter som værende bundet til deres egen identitet gennem bevidsthed eller kundskab om sig selv (Vallgård 2003b: 119).

Den formodede **forskydning af opfattelsen af sundhed og sygdom** som en følge af fokuseringen på udvalgte folkesygdomme tænkes også at influere på individets selvforhold. Professor i filosofi Uffe Juul Jensen redegør i *Humanistisk sundhedsforskning* for to forskellige perspektiver på sundhed og sygdom. I det positivistiske perspektiv bekræftes kausalitet ved hjælp af korrelationer

mellem empiri og afgrænsede risikofaktorer. Udgangspunktet er sygdom, og sundhed defineres som fravær af sygdom. Det andet perspektiv forsøger at indfange det hele menneske med udgangspunkt i forestillingen om det gode liv. Sundhed står i første række og sygdom opstår når der ikke er sammenhæng mellem ideale forestillinger og den enkeltes funktion. Det medicinske perspektiv er handlingsanvisende i form af udpegning af risikofaktorer som den enkelte bør undgå og sygdomsbekymring er udgangspunktet for den forebyggende sundhedspraksis. Den anden position knytter sig til sundhedsfremme og udvikling af livskvalitet som bliver målet for det gode liv. Den humanistiske sundhedsforskning har til hensigt at sætte sig ud over denne modstilling med inddragelse af nyere sundhedsopfattelser (Jensen 2006: 38-46). Nogle af disse perspektiver på sundhed udfoldes i opgavens første afsnit i relation til de her nævnte folkesundhedsproblemer.

1.3 Oversigt over opgavens fremgangsmåde

Opgavens første afsnit omhandler opfattelser af **sundhed og sundhedspolitik** med fokus på den indlejrede betydning for individets selvforhold. Opfattelsen af sundhed belyses ud fra et etnologisk (Otto 2001) og et ethopolitisk⁶ perspektiv (Rose 1999) og sundhedspolitikken ud fra Foucaults historiske perspektiv på medicinens udvikling (1994) samt Vallgårdas analyse af helbredsundersøgelser af gravide (2003a). Begrundelsen for det historiske perspektiv er antagelsen af at de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af folkesygdomme til dels udspringer af den historiske praksis. Det ethopolitiske perspektiv inddrages for en introduktion til selvteknologierne⁷ som antages at spille en særlig rolle i den nutidige folkesundhedspolitik. Det historiske perspektiv på helbredsundersøgelser af gravide er medtaget som eksempel på en særlig autoritativ styring af en befolkningsgruppes sundhed.

Den danske folkesundhedspolitik belyses ud fra introduktion til en teoretisk inspirationskilde som i udpræget grad har beskæftiget sig med forholdet mellem styring og subjektivitet⁸ (Rose 1998; Rose 2003). Opgavens problem belyses empirisk ud fra danske folkesundhedsprogrammer og -

⁶ Begrebet ”ethopolitik” karakteriserer de måder hvorpå følelser, værdier og forestillinger er blevet det medium hvorigennem individets selvstyring kan forbindes med kunsten at regere (Rose 2003: 198).

⁷ Foucault definerede selvteknologier som en række operationer som mennesker kan udføre på deres egen krop og sjæl, tanker, adfærd og væremåde for at blive en anden mhp. at opnå et bestemt mål (Otto 2003: 8).

⁸ Subjektivitet anvendes her som en ikke-essentialistisk måde at forstå menneskelig adfærd og erfaring på. Subjektiviteten dannes i kulturelle processer og er således ikke en fast form for personlighed som i psykologien men i dette tilfælde udtryk for alle de måder som mennesker skabes og formes på som bestemte typer subjekter (Otto 2003: 1-2).

rapporter samt offentlige anbefalinger⁹ for forebyggelsen af overvægt og depression i hele befolkningen og blandt de gravide med fokus på forholdet mellem styring og subjektivitet. I analysen af programmerne anvendes den optik som Foucaults begreb ”governmentality”¹⁰ ifølge Roses videreudvikling afstedkommer for forholdet mellem styringen af befolkningens sundhed og den type subjekter der skabes gennem denne styring. Der er således overordnet tale om en socialkonstruktivistisk tilgang til programmernes indhold for et kritisk perspektiv på folkesundhedspolitikken (Wenneberg 2002). Mange forebyggelsesprogrammer indtager på såvel fysiske som psykiske områder en - i mine øjne - positivistisk position hvor det er nærliggende at få den opfattelse at der her er tale om vedtagne, naturgivne og uomtvistelige sandheder. Det er denne form for nypositivisme, jeg med min tilgang ønsker at udfordre.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens begrebsdefinitioner af forebyggelse og sundhedsfremme - anskuet som centrale styringsredskaber - diskuteres **de sundhedsprofessionelles rolle** i forebyggelsen af overvægt og depression ud fra udlægninger begrebet ”governmentality”(Vallgård 2003b; Rose 1998; Rose 2003). Min begrundelse for inddragelse af begrebet ”governmentality” vil jeg udtrykke med Mitchell Dean som i bogen *Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund* (2006) skriver at det ifølge Foucault skal betegne tre ting. En ny styringstænkning som retter sig mod befolkningen som det afgørende styringsobjekt og denne tænkning benytter sig af nye institutioner og teknikker som skal sikre befolkningen sundhed, velstand og lykke. Governmentality skal også betegne en tendens i moderne vestlige samfund hvor moderne styring gennem det frie individ opnår dominans i forhold til andre styreformere. Endelig skal begrebet betegne hvordan staten gradvist har bevæget sig fra en undertrykkende magtudøvelse til en anden form for magt som søger at forme, inspirere og motivere med bestemte mål for øje. Magtudøverne i denne styreform befinder sig i lige så høj grad ude i samfundet som i toppen at statsapparatet (Dean 2006: 14). Alle disse tre tilgange til styring antages som udgangspunkt at være relevante for folkesundhedspolitikken.

Opgaven tager afsæt i en analyse af relevante sundhedsopfattelser og deres betydning for forholdet mellem styring og subjektivitet og i det følgende vil jeg introducere til en sundhedsopfattelse ud fra et etnologisk perspektiv.

⁹ Fremover betegnes de danske folkesundhedsprogrammer og -rapporter samt offentlige anbefalinger for sundheden samlet i denne tekst som ”folkesundhedsprogrammer”.

¹⁰ ”Governmentality” kan siges at være udtryk for ledelse, styring eller regering med det mål at ”maksimere subjekternes rette orden, deres sikkerhed, ro, velstand, sundhed og lykke” (Rose 2003: 181).

2. Opfattelser af sundhed og sundhedspolitik belyst ud fra forholdet mellem styring og subjektivitet

2.1 Sundhed ud fra et etnologisk perspektiv

Professor i etnologi Lene Otto beskriver i sin artikel *Sygdomsforebyggelse og sundhedspolitik i et kulturhistorisk perspektiv* (2001) sundhed som et fænomen der fremstilles i forsøget på at håndtere helbredsmæssige problemstillinger således at handling og intervention muliggøres.

Sundhedsbegrebet har i velfærdsstaten været integreret i socialpolitikken ud fra et forsøg på at realisere idealforestillinger om det gode liv gennem opfyldelse af formodede basale behov. På trods af at sundhedsvæsenet har skiftet orientering fra sygdom til sundhed er målet det samme: det enkelte individs helbred. Forestillinger om sundhed afhænger af hvad der i samfundet betragtes som sygdom, behov og risici og heraf opstår en betydelig kulturel, historisk og geografisk relativitet i definitionerne af sundhed. Det kunne umiddelbart fremstå som det mest nærliggende at indtage en relativistisk position men i sundhedsdebatten findes også realistiske opfattelser - tanken om at sundhed kan bestemmes alment: sundhed er enten et spørgsmål om naturvidenskabelige kendsgerninger eller bestemt ud fra absolutte universelle menneskelige værdier. En af Ottos centrale pointer er at hvis alle relevante forhold for sundheden sammenfattes i ét begreb; fx i bestemmelsen af sundhed som det gode liv eller lykke, så opløses begrebet af selvmodsigelser fordi *alt* bliver en del af sundhedens væsen. Gennem de sidste 20-30 år er det blevet tydeligere hvordan sundhed er blevet defineret som noget der fortrinsvist har med det gode liv at gøre i de humanistiske bestræbelser på at frigøre sundhedsbegrebet fra den medicinske bestemmelse af sundhed. Frem for at fokusere på modsætningen mellem det medicinske og det holistiske sundhedsbegreb, må de snarere ses som internt forbundne ud fra et dialektisk perspektiv hvor sundhed begribes gennem de indlejrede modsætninger og den i praksis indhøstede viden.

Fra 1970'erne blev det almindeligt at tale om sundhedsfremme i stedet for sundhedsoplysning. Det såkaldt brede sundhedsbegreb¹¹ omfattede elementer som selvværdsfølelse, autonomi og ligevægt. Budskabet er at kroppen er et socialt tegn og en central del af identiteten og motivationen for den sunde livsstil skal findes i lykke, nydelse, velbehag, udseende og livslængde. Sundhedsfremme udlægges af Otto som en borgerskabsteknologi med aktive selvansvarlige borgere som ideal og her

¹¹ Otto skriver om det brede sundhedsbegreb at det er baseret på den moderne årsagssøgende lægevidenskab - suppleret med andre sundhedsprofessioners bidrag og dagligdags fænomener med betydning for sundheden (Otto 2001: 143).

af følger at de professionelle skal møde borgerne som rationelle, aktive og ansvarlige. Disse borgeres behov skal som udgangspunkt respekteres af de professionelle samtidig med at de fortæller dem hvad deres behov er. Styringen foregår gennem kommunitarisme¹² - med fællesskabet som argument - og gennem selvets teknikker. Sundhedsfremme er konstituerende for opfattelsen af begreber om normalitet, risiko og det gode liv og risikobevindstheden er motiverende for omsorgen for kroppen og samtidig er det implicit at den moralske habitus forbedres (Otto 2001: 150-51).

Otto skriver endvidere med henvisning til Foucault og Rose at det ikke bare er kroppen der formes gennem de sundhedsfremmende diskurser men også det indre selv. Hensynet til sundheden er blevet gradvist indarbejdet i befolkningen ved hjælp de medicinske professioner som en permanent bevidsthed om kroppens sårbarhed og risikoen for sygdom. Heraf følger at forebyggelse, sundhedsfremme og medicinsk praksis anskues som vigtige magtfaktorer i det moderne samfund rettet mod formningen af individets selvopfattelse og handlemønstre. Historisk set har sundhedsoplysningens funktion været at få sundheden etableret i hverdagslivet ved at lære folk at opleve kroppen som objekt. Sundheden får på denne måde en fænomenologisk eksistens som en fornemmelse af kropsligt velvære eller ubehag. Sundhedsoplysningens historie omhandler hvordan vi har indlært en permanent opmærksomhed på kroppen og de farer der truer den (ibid: 144-145).

Opfattelsen af sundhed i det fremstillede perspektiv kan sammenfattes således: Den officielle sundhedsfremmepolitik opererer tilsyneladende indenfor det brede sundhedsbegreb men er samtidig konstituerende for en individuel risikobevindsthed om kroppens og selvets sårbarhed. Hensynet til sundheden er indarbejdet i befolkningen ved hjælp af de sundhedsprofessionelle som en permanent opmærksomhed på kroppen og selvet med en afsmittende effekt på det enkelte menneskes forhold til sig selv.

I det følgende vil jeg introducere til Roses analyse af selvteknologier med relation til sundhed og sygdom samt hans argumentation for at mennesker er blevet somatiske individer hvis identitet hovedsagelig defineres kropsligt (Rose 1999: 25). En forståelse som Rose betegner som ethopolitik. Selvteknologierne formodes at spille en særlig vigtig rolle i folkesundhedspolitikken hvori der appelleres til den aktive, selvdisciplinerede og selvansvarlige borger (Otto 2001: 145-48). Desuden formodes disse teknologier at være en vigtig tilgang til de dele af folkesundheden som kan siges at vedrøre livsstilsområdet hvad overvægt oplagt gør.

¹² Rose skriver betegner kommunitarisme som en måde hvorpå individer engageres og styres igennem bindende forpligtelser over for organisationer, foreninger og netværk og disse fællesskaber er både inkluderende og ekskluderende (Rose 1998: 150).

2.2 Sundhed ud fra et ethopolitisk perspektiv

Roses intension i artiklen *Biopolitics in the Twenty First Century - Notes For a Research Agenda* er at undersøge biopolitikken¹³ i det 21. århundrede ud fra tre forskellige perspektiver: som risikopolitik, som molekylær politik og som ethopolitik. Sidstnævnte involverer selvets teknikker hvorfor min fremstilling vil koncentrere sig herom. I begyndelsen af det 20. århundrede opstod en slags neo-hygiejne som forsøgte at maksimere befolkningens ”fitness” ved at rette individualiseret opmærksomhed mod subjektets vaner. I anden halvdel af det 20. århundrede kombineredes denne tilgang med den statslige organisation af sundhedsvæsnet og efterkrigstidens velfærdsprogrammer (Rose 1999: 27). Sundhed blev konstrueret i en zone mellem sundhedsøkonomi og individuelle teknikker til omsorg for familien og selvet (ibid: 27-28). Den oprindelige biopolitik foretog en separation mellem dem som udøvede magten og dem der var dens genstand og hvis biologiske eksistens skulle formes til gavn for den enkelte og for alle. Dette synes at karakterisere de politikker som tjente til dannelse af individer til gavn for hele befolkningen; herunder medicinske eksperimenter på fanger og psykiatriske patienter men også velmenende strategier som medicinsk undersøgelse af skolebørn (ibid: 39). Et andet eksempel på en sådan velmenende sundhedspolitik - som angår min egen sundhedsfaglige praksis - er indførelsen af de lovpligtige helbredsundersøgelser af gravide. Udbredelsen af det offentlige sundhedsvæsen i liberale demokratier ville have været utænkelig hvis ikke værdien af sundhed var blevet integreret i menneskers egne forhåbninger. Pligten til at være rask blev integreret i uddannelse og privatsfæren i mødre og børns forpligtelser i første halvdel af det 20. århundrede. I anden halvdel af det 20. århundrede opstod en ny alliance mellem politiske forhåbninger om en sund befolkning og personlige forhåbninger om at være rask (ibid: 39).

Hele idéen om sundhed blev refigureret; viljen til sundhed handlede ikke længere udelukkende om at undgå sygdom og for tidlig død men om en optimering af hele kropsligheden til at indbefatte et altfavnende velbefindende; skønhed, succes, lykke, seksualitet og meget mere. I begyndelsen af det 21. århundrede har forhåbninger, frygt og livsstile - hvad angår risici og muligheder ved den kropslige og biologiske eksistens, sundhed og sygdom, høj levealder og reproduktion, seksualitet og

¹³ Udtrykket ”biopolitik” anvendes af Rose som et udtryk for at det menneskelige biologiske liv på mange måder er blevet politisk og angiver såvel de nye reproduktionsteknologier, nye medicinske procedurer, udviklingen indenfor genetikken og forskningen indenfor neurovidenskaben som eksempler herpå (Rose 1999: 25).

fitness, udseende og adfærd - fortrængt næsten alle andre måder at organisere et liv med fornuft og ansvarlighed (ibid: 39).

I det 21. århundrede ses imidlertid et tiltagende pres på den personlige konstruktion ved at agere på kroppen med henblik på at opnå både en kropslig og psykologisk fitness. Der skabes på denne måde nye subjektiveringer; eksemplificeret ved at risikoindivider slutter sig sammen i organisationer¹⁴ hvori de identificerer sig med deres biologi. Mennesker som lever i overflod problematiserer i stigende grad deres liv gennem kroppens prisme og Rose betegner dette fænomen som ”fødslen af den somatiske individualitet” (Rose 1999: 39-40).

Nøglen til den regulerende mekanisme i sådan kultur er ikke staten men normer for sundhed og normalitet, for den vitale livsorden og dens muligheder for forbedring. Det biologiske sprog¹⁵ om kroppen har flyttet sig fra en videnskabelig diskurs til lægfolks ekspertise. Ethopolitikken beskæftiger sig med selvteknologier med hvilke mennesker dømmer sig selv og handler på sig selv for at gøre sig bedre end de er. Ethopolitikken beskæftiger sig med alt fra livsstil til fællesskaber; såsom livskvalitet, retten til liv, retten til at vælge, aktiv dødshjælp, kloning af mennesker og genterapi. De somatiske individer er nøglepersoner i sundhedens ethopolitik. I avancerede liberale demokratier¹⁶ er den biologiske identitet bundet op med mere generelle normer for foretagsomhed, selvaktualisering og selvansvarlighed (ibid: 40). Individerne eksperimenterer med deres egen subjektivitet i form af fysiske øvelser, diæter, vitamintilskud, tatoveringer, piercinger, bevidsthedsændrende stoffer, kosmetisk kirurgi, kønsskifte og organtransplantation. Forsøg med den somatiske krop er blevet en ny form for liv hvor opøvelse af viljen, strategisk beslutningstagning og taktiske valg tjener til at reducere afstanden mellem det man er og det man ønsker at være. I den etik som formes her, er det ikke det naturlige humane liv der værdsættes men derimod ses livet som åben for teknologisk stimulation. Den egentlige nytænkning indenfor etikken om vores relation til os selv som menneskelige væsner skal ikke findes i bioetiske og filosofiske overvejelser men i den biomedicinske tanke og teknik¹⁷. Når meningen med menneskelivet ændres af biologien, biomedicinen og bioteknologien, transformeres substansen af den etiske praksis.

¹⁴ Rose nævner familier med arvelige sygdomme som muskulær dystrofi, Huntingtons chorea og brystkræft som eksempler på biologiske risikoindivider som har sluttet sig sammen i interesseorganisationer (Rose 1999: 41).

¹⁵ Udtryk for det biologiske sprog om kroppen er fx forhøjet blodtryk, abnorm hjerterytme, forhøjet kolesterol og genetisk risiko (Rose 1999: 40).

¹⁶ I de avancerede liberale demokratier opererer den politiske magt ikke ved at undertrykke friheden men ved at skabe subjekter der opfatter sig selv som frie ud fra særlige begreber om frihed og udøvelse heraf (Rose 2003: 183-184).

¹⁷ Foucault pointerede i sin tid at medicinske tankegange fuldstændig har overtaget menneskets filosofiske status. Bioetikken og den medicinske filosofis individualiserede humanisme opstod samtidig med det 19. århundredes individualisering af den levende krop indenfor den kliniske medicin (Rose 1999: 41).

Mennesket er ikke så meget i kraft af sin essens men mere hvad han kan blive gennem alle slags tekniske operationer (ibid: 41). Der strides om den nye livspolitik blandt alle de individer og grupper som selv er aktive deltagere i den nye etik for normalitet enten som subjekter med øget risiko for sygdom og tidlig død, som forbrugere der frivilligt skulpturerer deres kroppe, som kommende forældre der får foretaget screeningsundersøgelser eller som homoseksuelle der anvender kunstig befrugtning for at få børn. Rose argumenterer således for at den nye livspolitik er en indefra virkende etik. Den opererer i et konfliktfyldt rum: På den ene side er der værdien om at alt liv har lige værdi. På den anden side er selve livet i dag et potentielt område for værdisætning. Disse konflikter handler om værdisætning af forskellige måder at være menneskelig på. Vi er begyndt at tænke på vores nutid og fremtid med udgangspunkt i vores biologi, vores livslængde og de biologiske gaver som vi giver videre til vores børn. Det er sandsynligt at mange forskellige og konkurrerende politiske programmer vil trække på ethopolitikken og bidrage til midlertidig udvikling af videnskaberne. Vi har behov for at tegne et billede af de nye subjektiveringer som tager form, de kræfter der skaber dem, de nye mål for kontrol samt de nye muligheder for at forbedre vores kapaciteter og eksistensmuligheder (ibid: 42).

Rose finder det således sandsynligt at forskellige konkurrerende politiske programmer vil trække på ethopolitikken. En formodning som jeg vil forsøge at vise gør sig gældende i den danske folkesundhedspolitik hvori selvteknologierne spiller en tiltagende rolle. Ifølge Rose er den regulerende mekanisme i konstruktion af de nye somatiske individer *ikke* staten men normer for sundhed og normalitet og mulighederne for forbedring af disse sider af menneskelivet.

For en anden vinkel på sundhedspolitikken inddrages i det følgende Foucaults syn på fremkomsten af den videnskabelige medicin og dens forpligtelse til at udvikle statens styrke (Foucault 1994:15). Denne vinkel er medtaget da Foucault er kendt for ikke at have et teoretisk begreb om statens rolle i de samlede magtprocesser. Højrup skriver i *Dannelsens dialektik* at subjekterne i Foucaults forståelse fungerer uden et bagved liggende Subjekt og videre at diskursbegrebet negerer statens rolle som subjekt (2002: 388-89). Otto udtrykker det således at Foucault videnskabsteoretisk forsøger at ophæve dikotomien mellem samfund og selv (Otto 2003: 1).

2.3 Sundhedspolitikken ud fra Foucaults historiske perspektiv på medicinens udvikling

Foucaults udgangspunkt i sin artikel *Socialmedicinens fødsel* er at den moderne videnskabelige medicin er socialmedicin - en social praktik - som er udviklet på baggrund af tre former for medicin: statsmedicin, urbanmedicin og arbejdsmedicin (Foucault 1994:11). Hans hypotese er at udviklingen af kapitalismen i slutningen af det 18. århundrede afstedkom en kontrol med den individuelle bevidsthed og krop. Kroppen blev en biopolitisk realitet med medicinen som biopolitisk strategi men først i anden halvdel af det 19. århundrede begyndte statsmagten at interesse sig for individernes styrke og sundhed i forhold til deres produktivitet (ibid: 13). Den tyske statsmedicin¹⁸ havde ifølge Foucault til formål at konstituere og udvikle statens styrke ved at fremme befolkningens sundhed således at den var ”fit for fight” med de konkurrerende nabostater (ibid: 14-15). Den franske urbanmedicin¹⁹ var socialmedicinsk i nutidig forstand idet dens genstandsområde var eksistensens livsbetingelser som konstituerende for sundheden (ibid: 18-20). Én af konsekvenserne af den engelske arbejdsmedicin var velfærdsordninger til gavn for de fattige og derved opstod i Foucaults udlægning behovet for medicinske kontrolinstanser i form af gratis sygdomsbehandling²⁰. Den engelske arbejdsmedicin viste sig på denne måde at blive konstituerende for dele af den nutidige folkesundhedspolitik (ibid: 22-23).

Således ses ud fra ovenstående hvordan udviklingen af den moderne videnskabelige medicin havde relation til samtidige sociale strukturer. Samtidig ses at en sund befolkning af Foucault opfattedes som værende central for opretholdelsen af den tyske statsmagt. Subjektiveringen skete så at sige med udgangspunkt i staten. Derimod er hans syn ifølge tolkninger af andre tekster at subjektiviteten som udgangspunkt formes i autonome praksisser som først *senere* bliver underlagt staten (Otto 2003: 12). En diskussion om subjektiveringens udgangspunkt som jeg vil vende tilbage til i senere afsnit.

I det umiddelbart følgende afsnit fremstilles indførelsen af helbredsundersøgelserne af gravide i Danmark som et eksempel på en særlig autoritativ styring af en befolkningsgruppes sundhed.

¹⁸ Den tyske statsmedicin udgjordes forenklet udtrykt af et statsligt system til registrering af de forskellige sygdomme, statslig certificering af den medicinske praksis, den medicinske viden og af lægerne, en centraladministrativ organisation til overvågning af lægernes aktiviteter samt regeringsudnævnte medicinske funktionærer med ansvaret for hver sin region (Foucault 1994: 14-15).

¹⁹ De vigtigste formål med den franske urbanmedicin var hindring af smittespredning fra døde mennesker og dyr, etablering af god cirkulation af luft og vand samt adskillelse af urent vand fra byens vandforsyning (Foucault 1994: 18-19).

²⁰ The Poor Law var det første element i et komplekst system hvor andre elementer først kom til omkring 1870 i form af vaccinationskontrol, obligatorisk anmeldelse af epidemiske sygdomme samt destruktion af arnesteder for usundhed med det underliggende formål at kontrollere de trængende klasser. Som reaktion herpå opstod en form for antimedicinsk opstand mod denne - med Foucaults ord - tvangsmedikalisering (Foucault 1994: 22-23).

Samtidig vises hvordan jordemødre har en historisk baggrund for at være vigtige aktører i tiltagene til fremme af folkesundheden.

2.4 Sundhedspolitikken ud fra et historisk perspektiv på helbredsundersøgelser af gravide

I Danmark blev en tvungen skolelægeordning vedtaget i 1944 og Lov om Svangerskabshygiejne i 1945. Sidstnævnte gav ret til tre gratis helbredsundersøgelser hos læge og syv hos jordemoder og var et *tilbud* til alle og ikke som tidligere målrettet særligt udsatte grupper. Formålet var at diagnosticere komplikationer og fejludviklinger i tide *og* at påvirke til en sundere adfærd. De hyppigst refererede begrundelser for de nye love henviste både til befolkningens kvantitet og kvalitet. Befolkningens kvantitet var truet: Hvor hver kvinde i begyndelsen af 1900-tallet i gennemsnit fødte fire børn, var det i 1930 faldet til to. Politikerne var bekymrede for om arbejdsstyrken i fremtiden ville være tilstrækkelig stor til at forsørge de gamle. Indførelsen af helbredsundersøgelserne skulle sikre at de børn der rent faktisk *blev* født, overlevede og forblev sunde og raske. Desuden forventede man at forbedre befolkningens åndelige stadi, intellektuelle formåen og psykiske sundhed gennem påvirkningen ved undersøgelserne. Tankegangen var at jo bedre den kropslige sundhed var og desto bedre rustede sjæleligt, desto mere modtagelige ville såvel gravide som skolebørn være for undervisning i vitale kundskaber og færdigheder og desto nyttigere ville de være for samfundet. Helbredsundersøgelserne syntes at forene nytten for den enkelte og for samfundet; tilsyneladende fandtes der ingen modsætninger mellem individets og statens interesser, og oftest henvistes der i den offentlige debat til den samfundsmæssige og i særdeleshed til den samfundsmæssige økonomiske nytte.

Børnedødeligheden gav ved sammenligning med tilsvarende lande anledning til bekymring i 1920'erne. Danmark var rykket ned på en 13.ende plads hvilket opfattedes som beskæmmende for en "fremstående kulturstat". Både politikere og læger ønskede denne udvikling vendt således at Danmark kom til at fremstå som et foregangsland "på sygdomsbekæmpelsens front". Ét af midlerne hertil var en opdragelse af de vordende og nybagte mødre til at varetage afkommets sundhed med fast og kyndig vejledning fra læger, sundhedsplejersker²¹ og jordemødre. Liberale politikere stillede

²¹ For en uddybning af baggrunden for Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse henvises til etnolog Henritte Buus: *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – En kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. Heri fremføres at Rockefeller Foundation finansierede de første forsøg med indførelsen af sundhedsplejerskeordningen i Danmark og således kan der siges at være belæg for at der også var internationale interesser på spil (Buus 2001: 147-151).

spørgsmål ved hvordan det skulle gå med selvansvarligheden når det var kommet så vidt at sundhedsplejersker skulle bedrive opsøgende virksomhed i private hjem. Svaret fra anden side var at såvel forældre som børn indgik i befolkningen hvorfor staten i et vist omfang havde *ret* til at drage omsorg for dem. Børnene repræsenterede fremtiden hvilket ifølge Vallgård kan være forklaringen på kontrollen med deres sundhedstilstand på hjemmebesøg og helbredsundersøgelserne i skolen. Påfaldende er det at befolkningen tilsyneladende uden videre accepterede myndighedernes indblanding i private forhold (Vallgård 2003a: 56-67).

Målet for staten var forbedringen af befolkningens kvantitet og kvalitet og de sundhedsprofessionelle indtog en vigtig rolle i at opdrage de gravide til en sundere adfærd. Staten skaffede sig adgang til børnene via sundhedsplejerske- og skolelægeordningen mens de gravide skulle henvende sig til læge og jordemoder af ”egen fri vilje”. Formand for Jordemoderforeningen Anna Herlevsen udtrykte sin holdning til den nye lov i 1945: ”Det er en hjælpende hånd, der er rakt befolkningen, og ingen svanger kvinder bør undslå sig for at tage imod den” (Cliff 2002: 236).

Vallgård karakteriserer de nævnte helbredsundersøgelser som ”overvågningsmedicin” - myndighederne overvåger befolkningens helbred med det formål at få den til at overvåge sig selv. Individets syn på sig selv ændres når det bliver oplyst om hvorvidt det lever op til den udstukne standard for normalitet. Hun fremfører endvidere at hjemmebesøgene ved sundhedsplejerske - som var et særligt dansk fænomen - tjente det særlige formål at skabe en situation hvor det var lettere at påvirke mødrene. I det hele taget var ”overvågningsprogrammet” meget mere intensivt i Danmark end i Sverige med tilbud om flere undersøgelser og fremstod mindre institutionaliseret i form af små konsultationsrum hos praktiserende læge og jordemoder. Hele 10 gange skulle den gravide undersøges hvis hun fulgte vejledningen og undersøgelserne lagde vægt på et omfattende rutinemæssigt fysisk undersøgelsesprogram hvorefter den gravide oplystes om hvorvidt hendes graviditet udviklede sig normalt. Vallgård finder det højst sandsynligt at dette bidrog til at forme den gravides syn på sig selv og dermed var vejen banet for modtagelighed overfor de professionelles råd som på én gang var bydende og appellerende. Af datidens vejledninger fra Sundhedsstyrelsen fremgår at den opfattede befolkningen som uvidende og med et stort behov for den rette vejledning (Vallgård 2003a: 67-75). Der appelleredes til manglende tillid til egen viden i form af formuleringer som ”det er ikke alting De ser” og ”det er ikke alting De ved” og til ikke at lytte til ”ammestuehistorier fra Slægt eller Veninder” (Vallgård 2003a: 74).

Den danske læge Poul Bonnevie skrev i 1953 at man ved hjælp af helbredsundersøgelserne kunne øge motivationen til at følge de givne råd ved at henvise til de ”sundhedsmangler, som vi jo når det kommer til stykket, kan påvise hos alle og enhver” (Vallgård 2003a: 76).

Med indførelsen af undersøgelserne var det hensigten at forældrenes - også de vordendes - omsorg for børnene skulle danne udgangspunkt for en ængstelse; næret af den sundhedsprofessionelles kritiske blik på den gravide eller barnet og førende til lydørhed overfor de professionelles råd. Det ses hvordan jordemødre spillede en central rolle i forebyggelsen af spædbarnsdød og i prægningen af de gravide til en sundere adfærd. Dertil kom at myndighederne ønskede at forbedre de gravides åndelige stadi, intellektuelle formåen og psykiske sundhed. Som vist ovenfor var der fra de sundhedsprofessionelles side mange - slet skjulte - bestræbelser på at præge de gravide til en sundere adfærd. Der kan i jordemoderpraksis siges at være indlejret en faglig interesse i folkesundheden ud fra et historisk perspektiv. Tendensen til at behandle de gravide som ignoranter med et stort behov for at retledes har bidraget til at forme de gravides syn på sig selv - et syn som var under stærk påvirkning af læger og jordemødres faglige udmeldinger om graviditetens beskaffenhed i forhold til normaliteten. Dette selvforhold eksemplificeret med de gravide forsøges i det følgende afsnit bredt ud til det mere generelle forhold mellem styring og individets forhold til sig selv med henblik på en senere analyse af dette forholds betydning i folkesundhedspolitikken.

3. Folkesundhedspolitikken belyst ud fra forholdet mellem styring og subjektivitet

Forholdet mellem styring og subjektivitet belyses i det følgende ud fra Roses udlægninger af begrebet ”governmentality”. Der introduceres i dette afsnit til to inspirationskilder: for det første en artikel fra bogen *Perspektiv, magt og styring*²² (Rose 2003) og for det andet Roses bog *Inventing our selves* (1998) som omhandler forholdet mellem ledelse²³ og dannelse af selvet.

Teoretiske begreber med fokus på forholdet mellem styring og subjektivitet

²² Bogen udkom i kølvandet på en konference afholdt af Foreningen Kritisk Profil på Institut for Statskundskab på Aarhus Universitet i 2000. Formålet var en samtænkning af den tyske sociolog Niklas Luhmann og Foucaults perspektiver anvendt på aktuelle styringsstrategier i velfærdsstaten (Borch & Larsen 2003: 7-8).

²³ Se fodnote 25.

Hensigten med introduktionen til de teoretiske begreber ”governmentality” og ”styring af det foretagsomme selv”²⁴ er at de udgør den optik jeg forsøger at anvende i analysen af folkesundhedsprogrammerne (Sundhedsministeriet 1999 og Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002), *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007* (Statens Institut for Folkesundhed 2007) og *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2007a).

3.1 Governmentality som udtryk for forholdet mellem styring og subjektivitet

I artiklen betegner Rose ”gouvernement”²⁵ som ”alle mere eller mindre rationaliserede forsøg på at forme personers adfærd, individuelt eller kollektivt, for at opnå bestemte mål” (Rose 2003: 180). Styringen retter sig direkte mod udpegede subjekter men samtidig er der også tale om ”ledelse af ledelsen” (Rose 2003: 180). Den politiske magt forventes at rationalisere sig selv på bestemte måder når den sætter mål for sine subjekters adfærd.

For at regere ordentligt, er det nødvendigt at regere i lyset af en viden om de bestemte karakteristika der menes at være indeholdt i det der regeres over; det der karakteriserer en befolkning, et samfund, en økonomi og det der karakteriserer individerne. Det at regere bliver en reflektiv proces over hvem der skal regeres, hvordan og hvad der gør denne ledelse retfærdig (ibid: 181). Rose foretager for det første en empirisk analyse af **liberalismen** hvor styring kædes sammen med frihedens praksis: På den ene side skal de frie borgeres aktiviteter reguleres af principper for fornuft og orden og på den anden side skal deres adfærd civiliseres ved at man udstyrer dem med teknikker til selvforståelse og -beherskelse. Den udøvede magt i det gouvernementale perspektiv omfatter således ”alle de måder, hvorpå mennesker, individuelt eller kollektivt, subjektiveres, dvs. skabes som bestemte typer subjekter” (Rose 2003: 183). En magtanalyse ifølge dette perspektiv vil således ”analysere praktikker, der sigter mod at konstruere personer med særlige evner, kendetegn og rettigheder” (Rose 2003: 183). Personer der forholder sig til sig selv og som andre forholder sig til som bestemte typer af mennesker. I de avancerede liberale demokratier skabes subjekter som opfatter sig selv som frie væsner eller som subjekter der stræber efter at blive frie (ibid: 183-184).

²⁴ Begrebet ”styring af det foretagsomme selv” er oversat fra overskriften på det anvendte kapitel: ”Governing enterprising individuals” (Rose 1998: 150) og således er der ikke tale om et teoretisk begreb i klassisk forstand.

²⁵ ”Gouvernement” anvendes her i betydningen ledelse, styring eller regering; fra fransk. Disse danske udtryk og sproglige afledninger heraf anvendes synonymt i denne tekst.

For det andet foretager han en analyse af begrebet **diskurs** - eller nærmere bestemt en analyse af rationaliteter. Der kan være tale om moralske regulariteter fx i form af idéer om autoritetens formål²⁶, regularitet i de typer af problemer der optager den politiske tænkning²⁷, regularitet i de politiske subjekter, magten konfronteres med og endelig den tekniske regularitet - dvs. hvordan man intervenserer i det der skal styres. Gouvernementale analyser beskæftiger sig med sandhedsregimer hvilket vil sige at de forsøger at konstruere de forklaringsmæssige systemer der fører til at bestemte ting regnes for viden på et bestemt tidspunkt og som tildeler bestemte klassifikationer, relationer og identiteter betydning. Disse analyser fokuserer altså på gældende sandhedskriterier, magten til at definere sandheden samt betingelserne for sandhedens frembringelse og videreførelse (Rose 2003: 184-185). Et særligt træk ved de moderne gouvernementale diskurser er ”de måder, hvorpå de ruster sig med ... sandhedsprocedurer og -erklæringer for objektive, positive og videnskabelige diskurser” (Rose 2003: 185-86). Man hævder altså at regere i lyset af viden om de regerede objekter, og kunsten at regere afhænger således af ”sandhedseksperter” og disses vurderinger af normalitet og patologi, fare og risiko samt deres management- og normaliseringsteknikker (ibid: 186).

For det tredje foretager Rose en analyse af **gouvernementale teknologier** som er ”gennemtrængt af en specifik stræben efter at forme adfærden med henblik på at producere bestemte ønskede resultater samt at undgå bestemte uønskede hændelser” (Rose 2003: 186). Rose benævner disse teknologier som ”humanteknologier” (Rose 2003: 186) dvs. tekniske midler der anvendes til at agere på menneskelige kapaciteter og henviser bl.a. til sundhedsvæsenet. Igennem humanteknologier er vi kommet til at forstå os selv og forholde os til os selv i begreber som vilje, selvrealisering og frihed (Rose 2003: 186-87).

For det fjerde analyserer Rose den sociale stat eller med Foucaults udtryk ”**gouvernementaliseringen af staten**” (Rose 2003: 187). Politiske centre blev i det 19. og 20. århundrede forbundet til individers håndtering af økonomi, sundhed og dannelse. De statslige institutioner trængte dybere ind i borgernes liv gennem et komplekst sæt af strategier ved at bruge den nye positive viden om befolkningen og ved at forbinde de styringsmæssige mål med aktiviteter og begivenheder i befolkningen (ibid: 187). Idéen om den sociale stat som tog form i Europa i det 20. århundrede byggede på forudsætningen om at udvidelsen af statens omfang og magt kunne

²⁶ Her nævnes eksempler på formålet med ledelsen: frihed, retfærdighed, lighed, ansvar, medborgerskab, autonomi etc. (Rose 2003: 184).

²⁷ Her nævnes blandt andet økonomisk vækst, international konkurrenceevne, de rette sundhedsydelse, finansieringen af sociale pensioner osv. (Rose 2003: 184).

forbedre vilkårene for alle kræfter i samfundet - også for de dårligst stillede. Styring ud fra det sociale synspunkt understøttede strategier til styring af det økonomiske liv, sikkerhed og usikkerhed, sundhedsvæsen og folkesundhed, familielivet og den moralske orden. Billedet af den sociale stat begyndte at vige i slutningen af det 20. århundrede for forestillingen om en fascilerende og iværksættende stat. Staten forventes ikke længere at imødekomme alle behov for orden, sundhed, sikkerhed osv. Individuer, skoler, lokalsamfund og arbejdspladser må påtage sig en del af ansvaret for disse områder. Dette sker både gennem ansvarliggørelse og autonomisering. Organisationer og individer frisættes fra statens bånd men styres på afstand af en række "tillidsteknikker" (Rose 2003: 189) som former deres handlinger og angiveligt samtidig forøger deres uafhængighed. Rose udlægger dette som en grundlæggende forskydning i vores politiske forestillinger (ibid: 189). Han illustrerer denne forskydning med tre eksempler.

Det økonomiske liv tiltrækkes af arbejdsstyrkens initiativer, uddannelse og fleksibilitet. Dette giver anledning til en individualisering af den økonomiske styring - både den individuelle kapital og makroøkonomien profiterer således af at den enkelte investerer i sin egen økonomiske kapital som en kompetence ved selvet. De ansatte omformes med andre ord til entreprenører som må gøre sig fortjent til fortsat ansættelse. Rose beskriver det som et aktuelt problem hvordan denne usikkerhed håndteres samtidig med at man bevarer de psykologiske og moralske fordele arbejdet tidligere havde (ibid: 191).

På **det sociale område** er staten blevet opsplittet i autonome "agenturer" (Rose 2003: 193). Disse agenturer bliver styret vha. nye tillidsteknikker; målformuleringer, standarder og evalueringer hvorved de kan styres på afstand. En udvikling som har kendetegnet bl.a. sundhedsvæsenet som nu skal styres vha. konkurrence, kontrakter og budgetter - særligt udtalt i den neoliberalistiske tænkning i bl.a. Storbritannien (ibid: 193). En anden forandring i det sociale rum beskriver Rose med begrebet "den nye prudentialisme" (Rose 2003: 193) som udtryk for at organisationer, individer og familier opfordredes til forsigtighed. Alle teknikker blev anvendt for at ophidse frygten for fremtiden og derigennem at tilskynde individer til en tro på at kunne styre egen skæbne ved at investere i egen sikkerhed (ibid: 193). Social sikkerhed bliver med andre ord ikke udelukkende finansieret gennem skatten som dog sikrer de forsigtige ved at ansætte og betale dem som vil kontrollere og disciplinere "de uforsigtige antiborgere" (Rose 2003: 194). Fællesskabet²⁸ tillægges imidlertid større betydning end det sociale og kommunitarisme er én af disse nye måder hvorpå

²⁸ "Fællesskabet skal her forstås som et netværk af affektstyrede forhold mellem en gruppe af individer, som involverer forpligtelser over for fælles værdier, normer og betydninger samt en fælles historie og identitet (Rose 2003: 194).

individer engageres i bindende forpligtelser over for fællesskaber, foreninger og netværk. Dette åbner for en styring gennem fællesskabet ved at opbygge netværk, styrke tillidsrelationer og udvikle gensidighed og samarbejde (ibid: 194-195).

Det tredje eksempel som Rose inddrager, er **medborgerskabet** med henvisning til fremkomsten af idéen om det foretagsomme individ der gennem en række valg fuldender selvet og som fungerer som en norm for det normale (ibid: 196). Desuden er der produceret nye subjektiveringer som unddrager sig den gouvernementale kontrol og denne pluralisering af livsstilsdannelsen afføder et problem med at styre subjektet (ibid: 197) da der er opstået nye og ukendte opfattelser af dem som skal styres. Rose betegner den form for politik der toner frem som ”etopolitik” (Rose 2003: 198) - en politik som forsøger at agere på adfærden ved at agere på de kræfter som menes at forme værdier, forestillinger og moralbegreber. Livet som det fremstår i hverdagens manifestationer er blevet genstand for bedømmelse. I dette nye medborgerskab skabes og håndteres de nye distinktioner mellem de inkluderede og de ekskluderede samtidig med at en lang række nye teknologier opfindes for at skabe etisk selvstyrende borgere (ibid: 198).

En grundlæggende forudsætning for styring er **viden** om det der regeres; det der eksempelvis karakteriserer en befolkning i form af fødsels-, sygdoms- og dødelighedsstatistikker og det der karakteriserer individerne i form af deres lidenskaber og tilbøjeligheder. Denne viden tilvejebringes blandt andet i de danske folkesundhedsrapporter, sundhedsanbefalinger og undersøgelser af befolkningens sundhed og sygdomsmønstre som tilsammen rummer en mængde informationer om de politiske subjekter.

En analyse af styringen i folkesundhedspolitikken vil ifølge det gouvernementale perspektiv fokusere på praktikker, som har til formål at konstruere personer med særlige evner, kendetegn og rettigheder med relation til sundhed og sygdom. **Gouvernementale analyser** fokuserer desuden på de gældende sandhedskriterier, magten til at definere sandheden samt betingelserne for sandhedens frembringelse og videreførelse. Et særligt træk ved de moderne gouvernementale diskurser er netop de måder, hvorpå de anvender sandhedsprocedurer og -erklæringer for objektive, positive og videnskabelige diskurser. En gouvernemental analyse af folkesundhedspolitikken vil således inddrage disse særlige måder at producere og videreføre sandhed på med henvisning til videnskabelig objektivitet.

De **gouvernementale teknologier** er kendetegnet ved en specifik stræben efter at forme adfærden med det formål at producere bestemte ønskede resultater samt at undgå bestemte uønskede hændelser. En teknologi som ligger besnærende tæt på sundhedsfremme- og forebyggelsesbegreberne²⁹ - et forhold som uddybes senere. Den herskende forestilling om staten i det 21. århundrede er en iværksættende myndighed som motiverer individer, skoler, lokalsamfund og arbejdspladser til selv at påtage sig en del af ansvaret for egen sundhed, sikkerhed og velfærd. Med andre ord en kommunitaristisk strategi hvori der anvendes forskellige former for ansvarliggørelse, autonomisering og ”tillidsteknikker” (Rose 2003: 189). Kommunitarisme er en måde hvorpå individer engageres og styres igennem bindende forpligtelser over for organisationer, foreninger og netværk og disse fællesskaber er både inkluderende og ekskluderende. Befolkningen og selvet regeres gennem diskursive mekanismer med egne begrænsninger og særlige karakteristika og dermed bliver det afgørende at definere grænserne for disse mekanismer, synliggøre hvad der ligger inden for dem og indsamle informationer om det inkluderede. Økonomien tiltrækkes af arbejdsstyrkens initiativer, uddannelse og fleksibilitet hvilket giver anledning til en individualisering af den økonomiske styring - også den individuelle kapital profiterer af, at den enkelte investerer i sin egen økonomiske kapital som en kompetence ved selvet. De ansatte omformes til entreprenører som må gøre sig fortjent til fortsat ansættelse og i dette perspektiv bidrager **overvægt og depression** ikke til forøgelse af den individuelle kapital. Social sikkerhed bliver ikke længere udelukkende finansieret gennem skatten som dog sikrer de forsigtige ved at ansætte og betale sundhedsprofessionelle og socialarbejdere som vil kontrollere og disciplinere de uforsigtige borgere. Overvægt og depression kan i lyset af dette ”prudentielle” perspektiv ses som billeder på uforsigtighed. Det aktive selvansvarlige selv kommer til at fungere som en norm for det normale og ønskelige og hvert individ lever sit liv som en virksomhed hvori der investeres tid, penge, følelser og energi med henblik på fremtidig afkast. Et andet udtryk for ”det aktive selvansvarlige selv” er ”enterprising individuals” (Rose 1998: 150) - i det følgende oversat til ”det foretagsomme selv”.

3.2 Styring af det foretagsomme selv

²⁹ ”Sundhedsfremme kan defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der **fremmer** den enkeltes sundhed og folkesundheden” (Sundhedsstyrelsen 2005: 17). ”Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at **forhindre** udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden” (Sundhedsstyrelsen 2005: 14).

Rose beskriver i *Inventing our selves* (1998: 151) opfattelsen af selvet som et subjekt der stræber efter autonomi og personlig fuldkommenhed i det jordiske liv, som fortolker sin virkelighed og skæbne som et spørgsmål om individuelt ansvar og som finder mening i tilværelsen ved at forme sit liv gennem valg. Foucault har foreslået et antal af produktive måder at tænke om forholdet mellem styring og denne opfattelse af selvet. Han anskuer magtudøvelse som skabelsen, formningen og anvendelsen af menneskelige væsner som subjekter. Magten arbejder - så at sige - gennem og ikke imod subjektiviteten (ibid: 151). Forholdet mellem magten og selvet kan undersøges ved at analysere på hvilke måder subjektiviteten er blevet et essentielt mål for bestemte styringsstrategier. Vi kan undersøge dette forhold gennem tre med hinanden forbundne dimensioner; den politiske, den institutionelle og den etiske (ibid: 152).

Den første **tilnærmelsesvist politiske** dimension benævnte Foucault *governmentality*. Heri er indbefattet de forestillinger, kalkulationer, strategier og taktikker gennem hvilke diverse autoriteter forsøger at handle på menneskers adfærd med henblik på at undgå uønskede hændelser og at opnå ønskede tilstande som sundhed, lykke, velstand og ro. Foucault foreslår en undersøgelse af måder hvorpå autonomiseringen af selvet er et centralt træk ved moderne *governmentality* (ibid: 152).

Den anden dimension i analysen af forholdet mellem magten og selvet er **den institutionelle** som indbefatter en konstruktion af institutioner på en særlig teknologisk måde; dvs. som *humanteknologier*. Institutioner fra fængsler, arbejdspladser, skoler til hjem opfattes som praktikker der sætter bestemte antagelser og mål i spil om de mennesker der bebor dem (ibid: 152). Dette er indlejret i institutionens arkitektur, planlægningen af institutionens tid og aktiviteter, procedurer for belønning og straf og systemer for dannelsen af normer og værdier. Disse humanteknologier forsøger således at maksimere visse individuelle kapaciteter og modvirke andre i overensstemmelse med en specialviden med særlige mål i form af fx ansvarlighed, disciplin og arbejdsomhed (ibid: 153).

Den tredje dimension til undersøgelse af selvet korresponderer til **et tilnærmelsesvist etisk område** for så vidt som etikken forstås som måder at handle og evaluere på sig selv. Foucault undersøgte dette med hensyn til hvad han betegnede som *selvteknologier*. Etik skal her forstås som midler ved hjælp af hvilke individer konstruerer, dechifrerer og handler på sig selv i relation til det sande og falske, det tilladte og forbudte, det ønskværdige og det uønskede (ibid: 153).

Den foretagsomme kultur kan forstås som de specifikke forbindelser, den etablerer mellem disse tre dimensioner. Denne kultur beskrives som værende en central del af neoliberalismen idet

velstanden sikres gennem aktiviteter og valg truffet af autonome enheder, virksomheder, organisationer og personer. Hver især stræber de efter at maksimere egen fordel ved at opfinde og fremme nye projekter ved hjælp af beregninger af strategier og taktikker, fordele og omkostninger. Neoliberalismen konstituerer en opfattelse af hvordan autoriteter skal bruge deres magt med henblik på at fremme national velstand, hvilke mål de skal søge at opnå, hvilke ondt de skal undgå, hvilke midler de skal anvende og af afgørende betydning en opfattelse af de personers natur på hvem de skal handle (ibid: 153). Foretagsomhed kan få teknologisk form ved at eksperter konstruerer menneskelige relationer gennem arkitektur, tidsskemaer, supervision, curricula, betalingsordninger og lignende for at opnå økonomi, effektivitet, fortræffelighed og konkurrence. På denne måde forbindes de politisk regulerende programmer til selvstyrende kapaciteter hos subjekterne selv. Foretagsomheden betegner her en række regler for den daglige livsførelse: energi, initiativ, ambition, beregning og personlig ansvarlighed. Foretagsomheden betegner en form for regelsætning som i sig selv er etisk: god styring skal tage udgangspunkt i de måder hvorpå mennesker styrer sig selv (ibid: 154).

Det autonome selv er et af instrumenterne i den moderne governmentality hvor autonomien reguleres vha. en række **eksperter** som etablerer en unik distance mellem de selvregulerende systemer og de formelle politiske magtorganer. Styringen binder subjekterne til eksperterne på nye og potente måder gennem kravene til videnskabelighed og rationel effektivitet og producerer på denne måde nye forhold mellem viden og styring (ibid: 155). Eksperterne påstår at selvet kan opnå et bedre og lykkeligere liv med anvendelsen af videnskabelig viden og professionelle kompetencer (ibid: 157). Det sunde selv er forpligtet til at være ”free to choose” (Rose 1998: 160). Dermed konstrueres den psykologiske sundhed med udgangspunkt i autonomien og dømmer os til at gøre et projekt ud af vores identitet hvorved vi bliver bundet til ekspertmagten (ibid: 160). Styringen foregår gennem **professionelle** som gør krav på at fremkomme med et objektivt rationelt svar på hvordan et liv skal leves for at sikre normalitet, tilfredsstillelse og succes (ibid: 156).

I den institutionelle administration af individer er nøglefrasen: ”choose your way of life” (Rose 2003: 160). Dette er en indikation - formentlig mest synlig gennem de sidste par årtier - på **den type af selvet som er forudsat** i institutionelle praksisser. Det er ikke længere nødvendigt at disciplinere, instruere, moralisere eller at true subjekter til efterlevelse af fx diæt eller andre systemer for at minimere sygdom og maksimere sundhed. Snarere håber man at indgyde selvstyrende tilbøjeligheder hos subjekter for at bringe dem i overensstemmelse med autoriteternes

forhåbninger. En vigtig forudsætning i opfattelsen af selvet, er **arbejdets** betydning for individets søgen efter mening og tilfredsstillelse hvor arbejdet i sig selv fortolkes som et sted hvor individer konstruerer og bekræfter deres identitet (ibid: 160). Modsat med arbejdsløshed hvor alt sættes ind på at kultivere selvet med en paraply af teknikker til øget selvbevidsthed, selvpræsentation og selvværd kombineret med permanent omskoling med henblik på at genere nye jobs, at medvirke til at blive udvalgt i jobsøgning eller at minimere den psykologiske eksklusion (ibid: 161). En anden nøgleforudsætning i opfattelsen af selvet er **forbrug**. Forbrugere konstrueres gennem deres valg af materielle goder som repræsenterer livsstile og livskvaliteter. Hver vare tillægges en personlig mening og et blik på dem som efterspørger den, vil illustrere hvilken slags person de er eller ønsker at blive. Det ses hvordan problemområder som tidligere var styret på andre måder, transformeres til forbrugssfæren. **Sundhed** er et eksempel på en sådan transformation. Sunde kroppe og hygiejniske hjem kan stadig være en offentlig værdi og genstand for politik men der er ikke længere behov for statsbureaukratier til at fremme sunde spisevaner, personlig hygiejne, tandpleje og lignende. I det nye forbrugsdomæne vil individer *ønske* at være sunde, og eksperter vil instruere dem i hvordan de bliver det; samtidig med at entreprenører fremmer markedet for sundhed. Sundhed vil blive sikret gennem en kombination af markedet, ekspertise og reguleret autonomi (ibid: 162).

Gennem det 20. århundrede er der ifølge Rose sket et gradvist skift fra forebyggelsen af maladaptation til **produktion af normalitet i sig selv**. Han illustrerer dette i forhold til familien som tidligere var genstand for humanteknologier med sociale formål: eliminationen af ulovligheder, alkoholisme og tøjlesløs sensualitet. Familien i dag vil imødekomme sociale forpligtelser gennem indfrielse af personlige forhåbninger hos familiemedlemmerne da de voksne vil maksimere den fysiske og mentale trivsel hos deres afkom som en vej til deres egen lykke. Individer kan på denne måde selv konstruere deres forældreevner i billedet af normale mødre, fædre og familier - hjulpet på vej af eksperter (ibid: 162-163).

Ideen om **det aktive borgerskab** er et nødvendigt komplement til den foretagsomme kultur og således ses det hvordan alle afskygninger af politik er enige om at et demokratisk styre skal engagere selvaktiverende kapaciteter hos individerne. Dette politisk aktive subjekt skal ses i sammenhæng med opkomsten af regulerende teknologier som muliggør **styringen af subjektet på afstand**. Vi bør analysere begreber som ”den aktive borger” (Rose 1998: 165) med hensyn til de måder hvorpå politiske rationaliteter anvender en række af teknologier som støtter styringen af subjekter ved at fremme deres sociale engagement. Styringen af subjektet er på denne måde udenfor

den formelle offentlige magt. Disse teknologier har ikke deres oprindelse i staten men de har ikke desto mindre gjort det muligt at **styre på en avanceret liberal måde** ved at anvende en mængde af indirekte mekanismer som kan omsætte politiske, sociale og økonomiske mål til individuelle valg og engagement. Ikke alle subjekter er inkluderet i dette nye regime. Dem som er **marginaliseret** bliver ofte enten udelukket (ibid: 165), kontrolleret på mere barske måder eller de bliver placeret under den kommunale omsorg³⁰. Rose skriver endvidere at styringen på den avancerede liberale måde finder sted i tilfældet med de arbejdsløse, i tilfælde af social træning og med anvendelse af strategierne til empowerment. Styringen retter sig i disse tilfælde mod at rekonstruere viljen ud fra modellen om aktivering³¹, selvværd og selvrealisering (ibid: 166).

Rose opsummerer at han i dette kapitel af bogen³² generelt har forbundet subjektivitet med visse typer viden, at projekter vedrørende autonomi er forbundet med væksten af ekspertise og at frihed er uløseligt forbundet med visse måder at udøve magt på. Han fastslår at målet ikke er at fornægte vores nuværende etik men at åbne et rum for kritisk refleksion over de komplekse praktikker for viden, magt og autoritet som understøtter nutidige livsformer og som understreger de normer for individualitet ifølge hvilke vi regulerer vores eksistens. At påstå at værdier er mere tekniske end filosofiske, er ikke at fornægte alle værdier - det er måske at foreslå filosofiens begrænsninger som basis for en kritisk forståelse af etikken. Fra dette perspektiv har Rose forsøgt at indikere en generel forandring i kategorierne for selvforståelse og selvforbedring som går dybere end den politiske dikotomi af venstre og højre og som former det ethopolitiske terræn. Rose har endvidere argumenteret for at rationaliteten bag liberal styring altid har beskæftiget sig med at internalisere autoriteten i borgerne gennem inspirerende og opmuntrende programmer og teknikker som spontant autonomiserer og ansvarliggør subjekter (ibid: 167). Han har endvidere argumenteret for at der gennem det sidste århundrede har formet sig et komplekst netværk af eksperter og mekanismer som opererer "udenfor staten" (Rose 1998: 168) men som er fundamentalt forbundet med styringen af sundhed, velstand, ro og dyder. Et væld af programmer og teknologier indkalkulerer og fastholder den etik som individer er frie til i den udstrækning at de vælger et liv med ansvarlig individualitet og i den udstrækning at de har fremmet deres selvfuldbyrdelse gennem en skabt livsstil. Desuden har han argumenteret for at potensen ved begrebet "den foretagsomme kultur" er at den kropsliggør

³⁰ Jeg har oversat "community care" (Rose 1998: 166) til kommunal omsorg.

³¹ På dette sted virkede det rigtigt at oversætte "enterprise" (Rose 1998: 166) med "aktivering".

³² Det her anvendte kapitel er kapitel 7: Governing enterprising individuals (Rose 1998: 150-168).

et politisk program som er grundlagt på en ny form for styring af det aktive, autonome og vælgende selv (ibid: 168).

Jeg vil i det følgende afsnit analysere nogle af de gældende offentlige publikationer om folkesundheden i Danmark med fokus på dette forhold mellem styring og subjektivitet.

Den empiriske del: Analyse af danske folkesundhedsprogrammer og sundhedsanbefalinger

Diskursen³³ i folkesundhedsprogrammerne antages - på trods af Roses påpegning af netværket af mekanismer som opererer ”udenfor staten” (1998: 168) - at være central for såvel de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression, opfattelsen af sundhed og sygdom på dette område og konsekvenserne for individets selvforhold.

I det følgende afsnit analyseres *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* (Sundhedsministeriet 1999) for en tydeliggørelse af diskursen om de overvægtige og depressive i befolkningen som helhed³⁴.

3.3 Analyse af Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008

SR-regeringen fremlagde i 1999 *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* og folketinget tilsluttede sig programmet i 2000. Det fokuserer på sundhedens *determinanter* og der er to overordnede formål med autoriteten; dels at øge middellevetiden³⁵ og dels at mindske den sociale ulighed i sundhed (Sundhedsministeriet 1999: 7). Den politiske tænkning er nu som tidligere optaget af befolkningens kvantitet og kvalitet samt styring ud fra det sociale synspunkt. Problemet er imidlertid at en folkesygdom som **depression** forårsager megen lidelse, stort sygefravær og mange førtidspensioner uden at have nævneværdig indflydelse på levetiden³⁶. Man kan frygte at denne lidelse ikke får samme bevågenhed i folkesundhedspolitikken - til trods for at målet om at

³³ Begrebet ”diskurs” anvendes i analysen af folkesundhedsprogrammerne som udtryk for en kæde af udsagn som beskriver den ”virkelighed der bliver skabt ved at tale om den på netop denne måde og med netop disse begreber frem for alle andre” (Nexø & Koch 2003: 70).

³⁴ Dette folkesundhedsprogram har et lille afsnit om de gravide som er medtaget i analysen (Sundhedsministeriet 1999: 63-64).

³⁵ Middellevetiden er et mål for det gennemsnitlige antal år en person i en given alder kan forvente at leve i, hvis personens dødelighed fremover svarer til den aktuelle dødelighed i befolkningen (Sundhedsministeriet 1999: 13).

³⁶ Psykiske lidelser bidrog også til dødsfaldsstatistikken i 1995 men kun med 1,6 % af alle dødsfald og 1,6 % af dødsfald før 65 år (Sundhedsministeriet 1999: 11).

mindske social ulighed i sundhed til dels ville kunne indfries på dette område - da depression er hyppigst forekommende i de laveste sociale lag³⁷.

Forebyggelsen skal finde sted i nærsamfundet: lokalt på arbejdspladser og i skoler (ibid: 8). Styringen skal foregå gennem fællesskabet hvor subjektet formodes at være socialt engageret hvorved ”den aktive borger” konstrueres og styring på afstand muliggøres.

Der opfordres til forebyggelse gennem klar information med anvendelse af konkrete paternalistiske handlingsanvisende råd. Der tales om ”en rigtigt sammensat kost”, ”hensigtsmæssige kostformer” og ”tilstrækkelig motion” (Sundhedsministeriet 1999: 48) som om der fandtes én endegyldig og realistisk tilgang til sundhed som kunne forebygge alle sygdomme. ”Livsstilsrådgivning” og ”støtte af risikoindivider” (Sundhedsministeriet 1999: 55) nævnes som metoder i forebyggelsen uden nærmere at definere hvordan denne intervention tænkes at foregå. I henhold til forebyggelse af depressionstilstande nævnes motion og hensigtsmæssige kostformer (ibid: 47) og der henstilles til at stigmatisering af overvægtige undgås (ibid: 55). En i mine øjne mangelfuld forebyggelse af depression da alternative tiltag ikke inddrages.

Indsatsen skal styrkes overfor de **gravides** sundhed og levevis med det sunde barn som udtrykkeligt mål og især skal indsatsen over for børn i svage og socialt belastede familier styrkes. Der styres ud fra det sociale synspunkt. Det indskræpes at indsatsen med blandt andet svangreprofylaksen som grundlag skal ske med barnet som centrum (ibid: 62-64). Børnene er tilsyneladende stadig statens ejendom³⁸ - og det er mig uforståeligt hvordan forebyggelsen i graviditeten kan ske udenom moderen - medmindre der tænkes på tvangsbehandling. Børns sundhedstilstand skal - nu som tidligere - overvåges og helbredsundersøgelserne er et middel hertil (ibid: 66-68).

Det er svært at se berettigelsen af udsagnet om at folkesundhedspolitikken skulle have ”nedtonet tendenserne til en individualistisk og undertiden moraliserende tilgang til arbejdet for folkesundheden” (Sundhedsministeriet 1999: 110). Det er ikke det indtryk publikationen giver da den lægger stor vægt på sundhed som et individuelt valg (ibid: 110-111)³⁹. Udmeldingen giver

³⁷ Forekomsten af ”godt psykisk velbefindende” er mindst i gruppen af lavtuddannede (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 47).

³⁸ Dette synspunkt er tidligere fremført i afsnittet om det historiske perspektiv på helbredsundersøgelser af gravide (Vallgård 2003a: 65).

³⁹ I den institutionelle administration af individer er nøglefrasen: ”choose your way of life” (Rose 2003: 160). Dette er en indikation på den type af selvret som er forudsat i institutionelle praksisser (Uddrag fra analysen af *At regere friheden - en analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier* (Rose 2003)).

imidlertid ideologisk mening i forhold til de autonomiserende teknologier som - hvis de har den ønskede effekt - overflødig gør den moraliserende tilgang.

Styringen foregår gennem appel til den rationelle, selvansvarlige, selvrealiserende og selvdisciplinerede *subjekt* som forbruger af sundhedsydelser og ansvarlig deltager i lokale fællesskaber. Individene i denne målgruppe formes og bekræftes i at de er normale hvis de lever op til programmets anbefalinger. Heri er underforstået at **de overvægtige og depressive** som afvigere fra sundhedsnormen, bliver unddraget denne bekræftelse og dermed er vejen banet for at se sig med andre(s) krænkende øjne. Det anvises på én og samme tid hvordan sundhed opnås men også indirekte hvorfor sygdom opstår. Retorikken i programmet er at stigmatisering af overvægtige bør undgås men samtidig er vejen banet for andres moralske fordømmelse hvis sundhed hovedsageligt er et individuelt anliggende. Programmet bidrager i dette lys til at skærpe distinktionen mellem de ekskluderede og de inkluderede - hvoraf sidstnævnte konstituerer billedet af den sunde medborger.

Dette fører mig over i en inddragelse af en efterfølgende regeringspublikation som særligt fokuserer på indsatsen overfor de store folkesygdomme og de udpegede risikofaktorer. I den følgende analyse fokuseres på den *styring* der anbefales anvendt i forebyggelsen af depression og overvægt og på de *typer subjekter* denne styring har til hensigt at skabe.

3.4 Analyse af Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10

VK-regeringen fremsatte i 2002 forebyggelsesprogrammet *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Programmet viderefører de overordnede mål fra det tidligere program men vægter sygdomsperspektivet højere. Der lægges i forordet vægt på ansvarliggørelse af forskellige aktører på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 8). Der appelleres til ”at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 4). Samtidig betones at det er nødvendigt med en fælles indsats men med respekt for den enkelte og den enkeltes valg (ibid: 4).

Styringen sker gennem kommunitarisme ved hjælp af ansvarliggørende teknikker balanceret med respekt for den enkeltes valg (ibid: 6-7). Eller som Rose har udtrykt det: Styring på den avancerede liberale måde skaber subjekter som opfatter sig selv som frie væsner (2003: 183-184). Appellen til ”vi” har desuden til hensigt at appellere til *en bestemt type subjekt* som er i stand til at disciplinere,

beherske og kontrollere sig selv og andre. Målgruppen for publikationen - som jeg opfatter det - er ikke borgerne i første instans men de professionelle i samfundets institutioner. Den straffende dimension af fællesskabet nævnes også; at det kan lægge afstand til den enkelte, bl.a. ved mobning. Det gør indtryk når der i en faktaboks om svær **overvægt** står: ”Svær overvægt er forbundet med risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, stigmatisering, mobning og lavt selvværd” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002: 21). Jeg ser det som en særlig måde at frembringe sandheden på; det præsenteres som et objektivt videnskabeligt udsagn i en faktaboks om risici ved svær overvægt. Det spørgsmål, man kan stille, er om oplysningen legitimerer stigmatisering af svært overvægtige og samtidig tjener til at styre dem?

Programmet ser jeg som udtryk for professionelles svar på hvordan befolkningens sundhed forbedres ud fra en realistisk sundhedsopfattelse baseret på naturvidenskabelige kendsgerninger. En stor del af regeringens strategi er en nyliberalistisk appel til den enkeltes ansvarlighed med en samtidig betoning af den frie vilje. Metoderne er lovgivning, planlægning og prioritering af ydelser på sygdoms- og sundhedsområdet, oplysningskampagner samt overvågning af sygdoms- og sundhedstilstanden. Opfattelsen af sundhed konstrueres i et samspil mellem den enkelte og det nære netværk (ibid: 6-7) hvor den mere overordnede konstruktion af sundhed ikke eksplicit italesættes.

Indsatsen overfor svær **overvægt** handler primært om sund kost og fysisk aktivitet. Forebyggelsen af svær overvægt skal dog både inddrage biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle elementer (ibid: 21-22). Indsatsen på ernæringsområdet indledes med følgende udsagn: ”Befolkningens interesse for at spise sundt er stor og stigende” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 16)⁴⁰. Dette kan opfattes som en praktik der sigter mod at *skabe subjekter* med netop dette kendetegn - med dette særlige ønske om at være sund. En af styringsmetoderne kan beskrives som et forsøg på at forme borgerne ved at skabe nye egenskaber og ønsker hos dem eller ved at forstærke dem, de allerede har (Vallgård 2003b: 125).

Indsatsen overfor psykiske lidelser fokuserer på en særlig indsats overfor børn i familier med psykisk syge; herunder nævnes tidlig indsats overfor fødselsdepression og beskyttelse af børn mod omsorgssvigt og overgreb. Igen ses det at styring ud fra det sociale synspunkt er et tydeligt formål med autoriteten. I forhold til forebyggelse af **depression** hos voksne nævnes følgende indsatsområder: bekæmpelse af mobning, forebyggelse af vedvarende stress, udvikling af

⁴⁰ Andelen af voksne danskere der spiser 600g frugt og grønt om dagen er steget fra 4 % til 11 % fra 1995 til 2001. Andelen der spiser under 200g frugt og grønt om dagen er faldet fra 1/3 til ca. 1/4 af befolkningen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 16).

selvværdet og imødegåelse af udstødning fra sociale fællesskaber. Dertil nævnes dårligt psykisk arbejdsmiljø og arbejdsrelateret vold (ibid: 47-48). I forhold til det foregående folkesundhedsprogram er den forebyggende indsats over for depression blevet udviklet til at omfatte flere områder for forebyggelse.

Regeringens program: *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* lægger op til anvendelse af en række teknologier med den hensigt at meningsdannere i samfundets institutioner skal styre subjektet og sig selv til at erkende ansvaret for egen sundhed. Disse teknologier omfatter ansvarliggørelse; både på det institutionelle og det individuelle plan og konstruktion af det sunde subjekt vha. forsøg på at skabe tryghed gennem kontrol og overvågning. Følelser af frygt for sygdom, stigmatisering og eksklusion kan tænkes bevidst inddraget i styringen.

Begge folkesundhedsprogrammer kan læses som udtryk for såvel liberalistiske som kommunitariske⁴¹ tendenser i folkesundhedspolitikken. Overvågningen af befolkningens sundhed kommer tydeligst til udtryk i den svangreprofylaktiske indsats overfor de svage og psykosocialt belastede familier. Det gøres klart at de socialt og psykisk belastede familier skal overvåges og kontrolleres på håndfaste måder med det formål at forebygge fosterskader og omsorgssvigt (ibid: 63). Ingen kan være uenig i dette formål med *styringen* men problemet er at denne strategi kan bidrage til yderligere eksklusion af en i forvejen marginaliseret gruppe. Forebyggelsen af svær overvægt og depression forsøges i højere grad installeret i såvel professionelle som lægfolk som herefter tænkes at benytte sig af forskellige selvteknologier til regulation af såvel kropsvægt som psyke.

I det følgende fremstilles relevante dele af *Folkesundhedsrapporten 2007* som er den seneste offentlige publikation om folkesundheden i Danmark finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed.

3.5 Analyse af Folkesundhedsrapporten Danmark 2007

⁴¹ De kommunitaristiske tendenser ses i begge folkesundhedsprogrammer (Sundhedsministeriet 1999: 8) og (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 6-7).

Alle de otte folkesygdomme i *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* indgår i *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*⁴² (Statens Institut for Folkesundhed 2007). Udgangspunktet for beskrivelsen af folkesundheden i denne publikation er et såkaldt bredt sundhedsbegreb⁴³ som her omfatter den aktuelle sundhedstilstand og determinanterne: livsstil og levevilkår. Den politiske tænkning er stadig i 2007 præget af den betydning midllevetiden tillægges. Danmark er fortsat placeret i bunden blandt 20 OECD-lande⁴⁴ selvom midllevetiden er stigende. Blandt de 35-74 årige er der en markant overdødelighed i forhold til vores nabolande pga. sygdomme relateret til livsstil: lungekræft, levercirrose og diabetes. Det understreges at de individuelle livsstilsfaktorer fylder meget i det komplicerede samspil mellem disse og sociale relationer, fællesskaber, leve- og arbejdsvilkår samt socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 17-20).

Fokuseringen på de individuelle livsstilsfaktorer som *den* vigtigste determinant for forekomsten af sygdom og ulighed i sundhed i *Folkesundhedsrapporten* er fremherskende. Sygdomme relateret til livsstil angives som hovedårsag til overdødeligheden blandt de 35-74 årige; underforstået at livsstilen under alle omstændigheder er den naturgivne og eneste sande årsag til udviklingen af disse sygdomme. Samtidig påvises en klar sammenhæng mellem **fedme** og kort uddannelse - den sociale ulighed i sundhed afspejler sig i statistikkerne. Kostvaner hænger tydeligvis sammen med anden livsstil; for eksempel har mennesker med stillesiddende fritidsaktivitet, storrygere og storforbrugere af alkohol det mindste indtag af frugt og grønt og det højeste indtag af fedt. Samtidig ses et paradoks: andelen af fysisk aktive er stigende og kostvanerne er forbedret *og* sideløbende hermed ses en fortsat stigning i antallet af svært overvægtige (ibid: 27). Er de overvægtige blevet sundere; målt med andre parametre end BMI? Eller lever de normalvægtige ekstremt sundt; således at forebyggelsen kan siges at motivere ”de forkerte”? Desuden ses et skred i diskursen om de overvægtige i *Folkesundhedsrapporten* i forhold til de to tidligere folkesundhedsprogrammer; illustreret ved følgende udsagn:

⁴² *Folkesundhedsrapporten* er redigeret af seniorforsker, cand. psyk. Mette Kjølner, seniorforsker, cand. stat., ph.d. Knud Juel og direktør, læge, ph.d. Finn Kamper-Jørgensen (Statens Institut for Folkesundhed 2007).

⁴³ Det brede sundhedsbegreb beskrives i *Folkesundhedsrapporten* som et dynamisk sundhedsbegreb hvor krop og psyke hænger sammen og hvor det enkelte menneskes sundhed formes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsnets indsats. Der fokuseres både på sundhed og salutogenese (de processer og forhold der skaber, udvikler og fastholder sundhed på individ- gruppe- eller samfundsniveau (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 37).

⁴⁴ Danske mænd (75,9 år) lå i 2006 på en 18. plads blandt 20 OECD-lande og danske kvinder (80,4 år) på en sidste plads hvad angår midllevetid (Statens Institut for Folkesundhed 2007:18). Midllevetiden for hhv. mænd og kvinder i 2006 er angivet i parentes.

”Fedme⁴⁵ er en kronisk sygdom og bør behandles som sådan med livslang kontrol og behandling⁴⁶”

(Statens Institut for Folkesundhed 2007: 261).

Det er således første gang at svær overvægt i en rapport om folkesundheden tildeles betydning som en kronisk sygdom; en irreversibel tilstand som kræver kontrol og behandling. Hvordan en risikofaktor kan forskydes til at blive klassificeret som en sygdom, vil jeg vende tilbage til i senere afsnit.

Psykosociale problemer er almindeligt forekommende hos personer med moderat overvægt og fedme og dette medfører en betydeligt forringet livskvalitet. De psykosociale problemer kan være en følge af blandt andet diskrimination og mobning på arbejdsmarkedet og blandt sundhedspersonalet. Der er øget forekomst af manglende selvværd, social isolation, **depression** og angst blandt personer med fedme (ibid: 264).

Psykiske lidelser er forbundet med en generel overdødelighed, øget forekomst af somatiske sygdomme, stress, fysisk inaktivitet, vold samt et stort alkoholforbrug og er hyppigst forekommende hos kvinder, enlige og lavtuddannede⁴⁷ (ibid: 21-25). Diskursen om de overvægtige og psykisk syge produceres som en række af objektive naturvidenskabelige sandheder som herefter kan danne belæg for intervention. Der tegnes et billede af stærkt belastede *subjektiviteter* som har behov for *styring* - et behov som i nogle tilfælde kan have sin berettigelse men vel næppe i alle - ligesom graden af styring må være situationsafhængig.

Såvel overvægt som depression har social slagside og det kan det undre at leve- og arbejdsvilkår samt sociale relationer ikke tilskrives en større forebyggende rolle i forhold til depression og overvægt. Samtidig er det slående at den primære forebyggelse af psykiske lidelser er sporadisk omtalt og kun den patientrettede⁴⁸ er medtaget. Hvordan kan forebyggelsen rette sig mod at

⁴⁵ Fedme skal her opfattes som udtryk for en tilstand med BMI på eller over 30 (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 262). Svær overvægt er ligeledes klassificeret som BMI ≥ 30 ifølge Sundhedsstyrelsens publikation *Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt* (2006: 1). Fedme og svær overvægt er i programmet anvendt synonymt.

⁴⁶ Behandling henviser ikke blot til traditionel medicinsk behandling men mere til en tværfaglig pædagogisk-psykologisk indsats med det formål at skabe en livslang ændring i livsstilen. Livslang medicinsk kontrol er nødvendig efter kirurgisk behandling af patienter med klinisk ekstrem overvægt (defineret ved BMI ≥ 35 eller BMI ≥ 40) og samtidig forekomst af overvægtsrelaterede risikofaktorer eller sygdom (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 271).

⁴⁷ Dog er stress og et stort alkoholforbrug isoleret set hyppigere forekommende blandt grupper med høj uddannelse og høj socioøkonomisk placering (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 25 og 28).

⁴⁸ Den patientrettede forebyggelse defineres som en blanding af sekundær og tertiær forebyggelse med fokus på de forebyggelsesbehov der eksisterer hos mennesker der allerede er syge (Sundhedsstyrelsen 2005: 7).

psykiske lidelser overhovedet opstår? Spørgsmålet søges ikke besvaret i rapporten med henvisning til at man ikke kender årsagerne til psykiske lidelser. Dette ser jeg som en form for kausal rationalitet: Årsagen må graves frem og først derefter kan problemet løses. En del generelle forebyggelsesindsatser der sigter mod at forbedre befolkningens trivsel nævnes dog.⁴⁹

Endelig ser jeg et paradoks i forhold til den formodede underrapportering og -behandling af psykiske lidelser i Danmark (ibid: 121)⁵⁰. Hvordan kan det hænge sammen med den påståede øgede fokusering på depression og den stigende anvendelse af lykkepiller?

Livsstilen som determinant for sundheden kan siges at være en social konstruktion idet rygning, stort alkoholforbrug, underlødige kostvaner og fysisk inaktivitet i *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007* opfattes som naturgivne årsagsforklaringer til dødelige sygdomme uden at medtænke sociale faktorer og alternative årsager. Opfattelsen af livsstil som selvvalgt kan endvidere siges at være socialt konstrueret idet det forekommer besynderligt at de laveste socialgrupper naturgivent og konsekvent skulle vælge den mest usunde livsstil.

Den skitserede politiske tænkning med fokuseringen på de individuelt valgte livsstile som hovedårsag til sundhedsproblemerne gør sig også gældende i forhold til de gravides sundhed; udtrykt i *Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2007a).

3.6 Analyse af Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen

Jordemodercentrene anbefales i de nye retningslinjer vedrørende svangreomsorgen⁵¹ placeret i nærmiljøet (Sundhedsstyrelsen 2007a: 26) og således kunne denne anbefaling - hvis den bliver fulgt i regionerne - tjene til at fremme den ønskede individuelle ansvarlighed overfor lokale fællesskaber.

⁴⁹ Der nævnes indsatser i forhold til det psykiske arbejdsmiljø, i forhold til stress og mobning både i og udenfor arbejdsmarkedet og tidlig opsporing og indsats i almen lægepraksis. Endvidere henvises til behovet for en øget forskningsindsats på det psykiatriske område med henblik på en årsagsrettet forebyggende indsats (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 124).

⁵⁰ I WHO-regi blev der fra 1990-95 gennemført screening for psykisk sygdom af 25.000 patienter i almen praksis i 14 forskellige lande. Undersøgelsen viste at 24 % af alle patienter der kontaktede den praktiserende læge i hele verden led af en veldefineret psykisk sygdom (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 120).

⁵¹ *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse* (Sundhedsstyrelsen 1998) er formelt de gældende anbefalinger indtil de nye vedtages og publiceres. Her analyseres høringsudgaven som forventes vedtaget snarest.

Hvis **overvægt** falder ind under kategorien ”kronisk sygdom” (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 261) vil den overvægtige gravide i tiltagende grad blive et anliggende for specialister med risiko for at hendes graviditet - som i sig selv kan være ukompliceret - forrykkes mod at blive et sygdomsanliggende.

Der ses en ny diskurs i forhold til de gravides livsstil: ”Jordemoderen giver opbakning i forhold til livsstilsinterventioner” (Sundhedsstyrelsen 2007a: 39).

Jordemoderen giver som autoritet støtte til at der handles på den gravides adfærd i forhold til omlægninger af hendes livsstil for at opnå sundhed for mor og barn (Rose 1998: 152)⁵². Om den taktik jordemoderen kan anvende fremføres det at hun kan ”tage initiativ til gruppediskussion om sund levevis og mulighederne for at fremme sundhed for mor, barn og hele familien” (Sundhedsstyrelsen 2007a: 39). *Styringen* gennem fællesskabet har i dette tilfælde til formål at etablere et system for dannelse af normer for sund levevis i graviditeten og denne humanteknologi forsøger således at maksimere kapaciteter til sundhed hos *subjekterne* (Rose 1998: 153).

Ved ugunstige livsstilsfaktorer⁵³ og ved svære recidiverende depressioner anbefales prækonceptionelle samtaler indført (ibid: 32-35) og her bliver jeg usikker på om disse også har til sigte at intervenere i de pågældendes lyst til at reproducere sig selv. Rutinemæssig vejning som baggrund for rådgivning om vægtøgning, kost og motion anbefales genindført hos både læge og jordemoder (ibid: 37-42). Hvorvidt denne kontrol rent faktisk medvirker til at begrænse vægtstigningen i en graviditet, fremgår ikke af anbefalingerne eller om det blot tjener til at styre vha. skamfølelse⁵⁴.

Medikamentel behandling med psykofarmaka under graviditet er en specialistopgave og det understreges at specialafdelingen har ansvaret for planlægning og koordinering af indsatsen over for den gravide. Således præges diskursen af en medicinsk, klinisk, ekspertstyret tilgang til de **psykisk syge gravide** og man undres over hvorfor den gravide ikke inddrages i planlægning af fødsel og barselsophold. Den gravide inddrages dog når det kommer til information om symptomerne på

⁵² Der henvises her til Roses analyse af forholdet mellem magten og selvet i *Inventing our selves* (Rose 1998: 152) hvor ovennævnte fortolkes ind i den første dimension af denne analyse - benævnt som ”governmentality”. I opgaven fremstillet i afsnit 3.2: ”Styring af det foretagsomme selv”.

⁵³ De ugunstige livsstilsfaktorer udlægges her som alkohol, rygning, overvægt eller mangelfuld kost (Sundhedsstyrelsen 2007a: 35).

⁵⁴ Vallgård skriver i sin analyse af folkesundhedspolitikken i Danmark og Sverige med henvisning til Foucault at politikere og myndigheder forsøgte at forme mennesker som subjekter ved at appellere til følelser som fx forfængelighed og skam (Vallgård 2003b: 123).

depression - en diagnose som ellers kan være vanskelig at stille i en graviditet som i forvejen kan være præget af svingende stemningslejer og labilitet. Desuden skal hun vide ”hvilken medicin hun må tage” (Sundhedsstyrelsen 2007a: 50). Appel til en følelse af utilstrækkelighed er en form for styring gennem appel til følelser. De depressive gravide *subjektiveres* som ignoranter på samme måde som småbørnsmødrene blev det i 1940'erne. I øvrigt føres der i anbefalingerne en diskurs om hvad passende anvendelse af farmaka i en graviditet er - en størrelse der er svær at fastlægge da forskellige hensyn må afvejes mod hinanden (ibid: 58).

Anbefalingens diskurs præges af paternalistiske handlingsanvisende råd om **livsstil** hvad angår kost, motion, rygning og indtag af alkohol og er tilsvarende mangelfuld hvad angår råd om hvordan den gravide mestrer denne modsætningsfyldte graviditet. At *styringen* er autoritativ i forhold til de gravide er ikke nyt - det var den også med indførelsen af helbredsundersøgelserne i 1945 - og det er måske plausibelt da visse former for livsstile er fosterskadende, fx rygning og indtag af alkohol. Det interessante i denne sammenhæng er hvordan de gravide autonomiseres til at tillægge sig en livsstil i overensstemmelse med anbefalingerne. Som anført ovenfor sker styringen af de gravide tilsyneladende gennem kommunitarisme i jordemodercentre i lokalmiljøet og i gruppediskussioner. Styringen på livsstilsområdet foregår tilsyneladende med modstridende teknologier - både paternalistiske og autonomiserende.

Styringen af de **depressive** sker at dømme ud fra publikationen ud fra en paternalistisk strategi som i tilfælde af svær depression kan være berettiget men ved lettere grader af tilstanden kunne den gravide med fordel inddrages mhp. et styrket selvforhold.

Den ensidige fokusering på de individuelt valgte livsstile som konstruerende for folkesundheden kan siges at afstedkomme et behov for at installere sundhedsprojektet i det enkelte menneske. Hvordan bidrager de sundhedsprofessionelle til at den ønskede opfattelse af sundhed omformes til selvaktiverende kapaciteter hos det enkelte menneske? Hvilke styringsredskaber anvender de sundhedsprofessionelle i forebyggelsen af overvægt og depression og hvordan kan disse strategier tænkes at influere på individets selvforhold?

4. Diskussion af de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression

De gouvernementale teknologier er kendetegnet ved en stræben efter at forme adfærden med det formål at producere bestemte *ønskede resultater* samt at undgå bestemte *uønskede hændelser* (Rose 2003: 186). Der er tale om teknologier som begrebsmæssigt befinder sig tæt på sundhedsfremme- og forebyggelsesbegreberne⁵⁵ hvorfor disse begreber i det følgende inddrages i diskussionen af de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression. Som udgangspunkt inddrages begreberne som fremstillet af Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet i publikationen *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (2005).

4.1 Forebyggelse og sundhedsfremme som redskaber i styringen af sundhed

Begrundelsen for behovet for et fælles begrebsapparat er ifølge publikationen samarbejdet mellem vidt forskelligt orienterede professioner på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, kommunalreformen med udlægning af dele af den borgerrettede forebyggelse⁵⁶ til kommunerne samt et generelt behov for styrkelse af det tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer (Sundhedsstyrelsen 2005: 6-9). ”Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden” (Sundhedsstyrelsen 2005: 14). Begrebet tager udgangspunkt i den opfattelse at der forud for nogle uhensigtsmæssige tilstande⁵⁷ ligger en årsagskæde som med en vis sandsynlighed fører frem til den uhensigtsmæssige tilstand.

Risikofaktorer er kun problemer i kraft af deres konsekvenser men med tiden kan de blive defineret som problemer i sig selv. Heraf opstår en begrebsforvirring omkring den primære, sekundære og tertiære forebyggelse hvorfor disse begreber er blevet erstattet af ”borgerrettet” og ”patientrettet” forebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2005: 16). Den patientrettede forebyggelse handler om at forebygge at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse dens eventuelle komplikationer og svarer til sekundær forebyggelse og rehabilitering (ibid: 14-16). Den borgerrettede forebyggelse har til formål at mindske risikoen for at sygdom overhovedet opstår - svarer således til den primære

⁵⁵ Styringen på den avancerede liberale måde finder sted i tilfældet med bl.a. anvendelse af strategierne til empowerment (Rose 1998: 166) som kan opfattes som et element i sundhedsfremme.

⁵⁶ Den borgerrettede forebyggelse defineres ved primær forebyggelse der retter mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for at sygdom overhovedet opstår (Sundhedsstyrelsen 2005: 22).

⁵⁷ De uhensigtsmæssige tilstande der nævnes i denne sammenhæng er sygdom, psykosociale problemer, ulykker eller uønsket adfærd etc. (Sundhedsstyrelsen 2005: 14).

forebyggelse - og involverer en indsats overfor *risikofaktorer* som underlødige kost, fysisk inaktivitet og svær **overvægt**.

Således ses hvordan klassifikationen og lokaliseringen af risikofaktorer er blevet en del af den primære forebyggelse - af Sundhedsstyrelsen omdøbt til "den borgerrettede forebyggelse". Med denne terminologi er det således blevet legitimeret at forebyggelsen retter sig direkte mod risikofaktorer som derved konstrueres som sundhedsproblemer i sig selv.

De sundhedsprofessionelle kan herefter rette deres forebyggende teknologier direkte mod de overvægtige uden at beskæftige sig nævneværdigt med det som kunne synes centralt for folkesundheden: de eventuelle sundhedsmæssige konsekvenser af overvægten.

Der ses også en mulig forklaring på hvorfor folkesundhedsprogrammerne behandler **depression** så "stedmoderligt" med angivelse af meget få forebyggende initiativer. Som tidligere nævnt er det vanskeligt at pege på præcise årsager til sygdommen hvorfor den falder uden for "forebyggelsesparadigmet".

"**Sundhedsfremme** kan defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden" (Sundhedsstyrelsen 2005: 17). Sundhedsfremme handler ifølge publikationen om at opnå *ønskværdige tilstande* og processer men problemet er at der ikke er konsensus om *hvilke* ønskværdige tilstande der kan kvalificere sig til benævnelsen "sundhed". Et af problemerne med sundhedsfremmebegrebet er at der er uklarhed om hvorvidt der er tale om tilstande der er positive i sig selv eller der er tale om tilstande som forudsætninger for at undgå sygdom og leve et langt liv. Tager man udgangspunkt i WHO's brede sundhedsbegreb⁵⁸, handler sundhedsfremme om meget store dele af folks liv og dermed tiltager de sundhedsprofessionelle sig retten til at definere intet mindre end det gode liv (Sundhedsstyrelsen 2005: 18).

Således ses hvordan Sundhedsstyrelsens begrebsdefinitioner legitimerer de sundhedsprofessionelles styring af befolkningens sundhed ved at agere direkte på risikofaktorer. Det er med udgangspunkt i disse begrebsdefinitioner svært at skelne mellem forebyggelse og sundhedsfremme⁵⁹ da begge begreber omhandler sundhedsrelaterede aktiviteter, der har til formål at fremme den enkeltes

⁵⁸ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (Sundhedsstyrelsen 2005: 11) med reference til WHO 1946.

⁵⁹ I publikationen understreges at en skarp skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme ikke giver mening da begge begreber indeholder elementer af hinanden (Sundhedsstyrelsen 2005: 15)

sundhed og folkesundheden. Spørgsmålet er imidlertid om de professionelle strategier er forskellige alt efter om de forebygger eller sundhedsfremmer? Kan man forebygge overvægt og depression på en sundhedsfremmede måde eller er der tale om en retorik der skal fremme et mindre behageligt budskab?

For en tydeliggørelse af de sundhedsprofessionelles anvendelse af ”de gouvernementale teknologier” (Rose 2003: 186) har jeg i det følgende inddraget et kapitel fra *På sporet af magten: Studier af magtudøvelse. Bidrag til en oprationalisering af Michel Foucaults begreb governmentality* (Vallgård 2003b).

4.2 De gouvernementale teknologier som redskaber i styringen af sundhed

Den magtudøvelse de sundhedsprofessionelle antages at udøve over befolkningen handler om at få den til at styre sig selv⁶⁰. Governmentality dækker over styringens to sider; den man forsøger at udøve over andre og den man udøver over sig selv. ”Denne kontakt mellem teknologier for at dominere andre og selvteknologier kalder jeg governmentality” (Vallgård 2003b: 118)⁶¹. Foucault interesserede sig således ikke for magtudøvelsen i sig selv men for den måde subjekter formes på - hvilke egenskaber og selvforståelser magtudøvelsen fremmer hos de styrede. Rose har i bl.a. *Powers of Freedom* videreført og udviklet Foucaults begreb. Han skriver her at subjekterne må se og handle i forhold til sig selv som både frihedsmennesker og medlemmer af samfundet hvis en liberal styreform skal være mulig. I styringen er den forudsætning indlejret at man ikke ødelægger de styredes evne til at handle men anerkender den og bruger den til egne formål. Rose beskriver i *Powers of Freedom* tre former for styring gennem frihed; ”frihed som disciplin”, ”frihed som solidaritet” og ”frihed som autonomi”. Vallgård omsætter det til styring gennem disciplin, solidaritet og autonomi (Vallgård 2003b: 120).

⁶⁰ Foucault anvender udtrykket ”conduct of conduct”. ”For to conduct is at the same time to “lead” others...and a way of behaving within a more or less open field of possibilities”. ”Conduct” anvendes i dobbeltbetydningen: ”at styre” og ”at opføre sig” (Vallgård 2003b: 118).

⁶¹ Vallgård henviser til Foucault, M. (1988): *Technologies of the self*, p. 19. Rose fremstiller imidlertid governmentality som adskilt fra human- og selvteknologierne i *Inventing our selves* men samtidig er de tre begreber indbyrdes forbundne og kan anvendes i analyser af forholdet mellem magten og selvet (1998:151-153).

Styring gennem disciplin foregår ved at de sundhedsprofessionelle⁶² søger at udnytte folks bestræbelser på at leve op til bestemte normalitetsforestillinger. Denne strategi harmonerer med Roses pointe om at der er sket et skift fra forebyggelsen af maladaptation til produktion af normalitet i sig selv (Rose 1998: 163). Individer kan på denne måde konstruere deres egen sundhed i billedet af det normalvægtige og psykisk velafbalancerede menneske. De er frie til at (lade sig) styre (sig selv) på godt og ondt. **Overvægtigt og depression** kan i denne forståelse opfattes som symptomer på at konstruktionen af det fuldbyrdede selv ikke er lykkedes. De styrende forsøger at internalisere de ønskede normer og derved muliggøres styring på afstand gennem appel til ansvarlighed, selvdisciplin og selvkontrol (Vallgård 2003b: 120). En styreform med direkte appel til livsstilsområdet hvor individer handler og evaluerer på sig selv i relation til det ægte og det falske, det tilladte og det forbudte samt det ønskede og det uønskede (Rose 1998: 153). Styring gennem disciplin foregår med andre ord gennem selvteknologierne. Rose giver udtryk for at der ikke længere er behov for den moraliserende disciplinering fra ”statsbureaukratiet” (Rose 1998: 162); idet individer i det nye forbrugsdomæne vil *ønske* at være sunde og eksperter vil instruere dem i hvordan de bliver det. Hvis individerne i forbrugssamfundet virkelig *har* dette ønske, hvoraf kommer så disse tegn på modsatrettede tendenser; eksemplificeret ved **overvægt og depression**? Hvorfor formår folk tilsyneladende ikke at realisere deres ønsker til sundhed? Skyldes det bl.a. at de sundhedsprofessionelle anvender forældede moraliserende metoder som virker stik imod hensigten? Eller styrer de sundhedsprofessionelle ud fra et billede af selvet som en *rational* forbruger af sundhed? Hvoraf opstår billedet af det selvstyrende, selvdisciplinerende og selvaktualiserende selv som styringen foregår ud fra? Men henvisning til Rose (1998: 153) er den foretagsomme kultur en central del af neoliberalismen som konstituerer en opfattelse af hvordan autoriteter skal bruge deres magt med henblik på at producere en opfattelse af de styrede personers natur. Billedet af det foretagsomme selv er en grundforudsætning for neoliberalismen med denne implikation til følge: god styring skal tage udgangspunkt i de måder hvorpå mennesker styrer sig selv (1998: 154). Ud fra denne opfattelse af god styring er det centrale at de styrende bliver bevidste om hvordan mennesker styrer sig selv. I det lys er de sundhedsprofessionelles styringsmetoder i den danske folkesundhedspolitik forældede - de hviler tilsyneladende stadig til dels⁶³ på styring gennem paternalistisk disciplinering og formidling af ekspertviden.

⁶² I det følgende afsnit har jeg tænkt de sundhedsprofessionelle ind i den styrende rolle, Vallgård tillægger ”myndighederne” (Vallgård 2003b: 120).

⁶³ Den danske folkesundhedspolitik hviler også som vist tidligere på en styring gennem fællesskabet.

Styring gennem solidaritet handler om at de sundhedsprofessionelle har til mål at få den enkelte til at føle sig ansvarlig overfor et større fællesskab. Myndighederne tilfredsstiller i velfærdsstaten mange af borgernes behov og ønsker og legitimerer på denne vis deres paternalistiske handleanvisninger. Den engelske socialmedicin i det 19. århundrede - med tilbud om bl.a. gratis lægehjælp til alle - legitimerede på tilsvarende vis kontrollen med folkesundheden (Foucault 1994: 22-23). Velfærdsstatens ydelser i form af gratis forebyggende undersøgelser af **gravide** og børn og det offentlige sundhedsvæsen kan i denne forståelse udlægges som en udmøntning af statens forpligtelse til at drage omsorg for befolkningens sundhed. Befolkningen må til gengæld opføre sig ansvarligt i forhold til egen sundhed. Den normale borger skal ifølge Rose være en social borger som er tilpasset samfundet og hvis ønsker realiseres i samfundet (Vallgård 2003b: 120-21). Det er imidlertid et dilemma at subjekterne ser og handler i forhold til sig selv som både frihedsmennesker og medlemmer af samfundet (Vallgård 2003b: 120). Et paradoks mellem styring gennem fællesskabet og hele den forudsætning den moderne governmentality hviler på: det frie og selvstyrende menneske; for hvordan bliver denne frihed reguleret i forhold til hensynet til fællesskabet? Forskellige teknologier regulerer den etik som individer er frie til i den udstrækning at de vælger et liv med ansvarlig individualitet og i den udstrækning at de har fremmet deres selvfuldbyrdelse gennem en selvvalgt livsstil (Rose 1998: 168). I den nye etiske tænkning er det blevet asocialt at være **overvægtig eller depressiv**; for så er man ikke ansvarlig overfor fællesskabet - man er blevet "en uforsigtig antiborger" (Rose 2003: 194). Der skabes på denne måde distinktioner mellem de inkluderede og de ekskluderede. Friheden reguleres i denne styreform gennem en individuel ansvarlighed over for egen sundhed og en fuldbyrdelse af selvet gennem en sund livsstil. Hensynet til fællesskabet reguleres gennem hensynet til selvet. Der er tilsyneladende i denne styreform lige så få modsætninger mellem individuelle og fælles interesser som der ifølge de daværende politikere var mellem befolkningens og statens interesser i 1940'ernes Danmark (Vallgård 2003a: 61). De sundhedsprofessionelles rolle i den danske folkesundhedspolitik hviler i høj grad på styring gennem solidaritet ved inddragelse af lokale og gruppe fællesskaber såvel i den brede befolkning og som i svangreomsorgen. I mine øjne er de ekskluderende dimensioner ved styring gennem fællesskabet underbelyst i folkesundhedsprogrammerne; ligesom det forenede billede af det frie og sociale selv, som styring gennem solidaritet foregår ud fra, kan forekomme uklart.

Styring gennem autonomi bygger på det paradoks at de sundhedsprofessionelle styrer ved at behandle den enkelte som et autonomt individ. Styringen sker ved påvirkning af den enkeltes evner

til at handle på bestemte måder, ved påvirkning af de valg den enkelte træffer og ved formning af idealer (Vallgård 2003b: 121). Magtudøvelse kan også handle om at styrke folks handlekompetance⁶⁴ med det bestemte formål at fremme fx sundheden (ibid: 127). Rose foreslår med henvisning til Foucault en undersøgelse af måder hvorpå autonomiseringen af selvet er et centralt træk ved moderne governmentality (Rose 1998: 152). Sundhedsfremmebegrebet fokuserer på at afdække og mobilisere folks ressourcer og handlemuligheder (Jensen & Johnsen 2000: 6) og således kan sundhedsfremme siges at være en af de måder hvorpå autonomiseringen er et centralt træk i styringen af sundhed. Med henvisning til Sundhedsstyrelsens terminologier (Sundhedsstyrelsen 2005) er det med disse ”begrebsafklaringer” blevet vanskeligt at skelne mellem sundhedsfremme og forebyggelse og spørgsmålet er om forebyggelse *også* rummer disse autonomiserende teknologier? Begge begreber omhandler *sundhedsrelaterede aktiviteter* som har til formål at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden; så i definatorisk forstand kan forebyggelse også rumme styring gennem autonomi. En vellykket forebyggelse - især på livsstilsområdet hvor egenindsatsen spiller en stor rolle - burde måske operere mere eksplicit på dette felt? Der kunne imidlertid også være tale om en bevidst strategi fra Sundhedsstyrelsens side: sundhedsfremme og forebyggelse må gerne fremstå som nærmest identiske metoder da førstnævnte med sin fokusering på sundhed og handlekapacitet har en mere positiv klang. Dette falder således i tråd med Roses analyse af at alle er enige om at et demokratisk styre skal engagere selvaktiverende kapaciteter hos individerne (Rose 1998: 165). Begrebet ”den aktive borger” (Rose 1998: 165) kan analyseres ud fra de måder hvorpå politiske rationaliteter anvender teknologier som støtter styringen af subjekter ved at fremme deres sociale engagement. Subjektets sundhedsfremmende kapaciteter aktiveres gennem netværksdannelse - en forebyggelsesstrategi kendt fra fx rygeafvænningsgrupper og grupper for **overvægtige og sindslidende**. Samlet er der med styring gennem autonomi tale om anvendelse af indirekte mekanismer som kan omsætte sundhedspolitiske mål til individuelle valg. De sundhedsprofessionelles styring af de overvægtige og depressive gennem autonomi foregår også ved styring gennem fællesskabet. Man kan imidlertid betvivle effekten af autonomiseringen for disse gruppers vedkommende da billedet af den aktive borger ikke harmonerer med det billede folkesundhedsprogrammerne producerer af de depressive (Statens Institut for Folkesundhed 2007: 21-25) og svært overvægtige (ibid: 264) som stærkt belastede subjektiviteter der i alle tilfælde har behov for autoritativ styring.

⁶⁴ Vallgård skriver at begrebet ”empowerment” er synonymt med ”at styrke folks handlekompetance” og at begge begreber i reglen har en intenderet målsætning om at fremme bestemte måder at handle på (Vallgård 2003b: 127).

Det er en fortløbende diskussion hvor konstruktionen af disse subjektiviteter har sit udgangspunkt. Er det myndighederne; herunder de professionelle eksperter, medierne, markedet eller andre netværk af eksperter og mekanismer som opererer ”udenfor staten” (Rose 1998: 168) som konstruerer overvægt som en sygdom og som også ansvarliggør de depressive for deres tilstand? Sker det i en mangfoldighed af autonome praksisser hvor subjektiviteten dannes gennem selvets teknikker som et resultat af en række sammenvirkende praksisser og diskurser? Praksisformer som er autonome i den forstand at de først senere underlægges staten (Otto 2003: 12). Eller sker subjektivering med udgangspunkt i offentlige myndigheder som regeringer, ministerier, sundhedsstyrelse, regioner og de professionelle eksperter? Hvorfra udspringer ”mulighedsbetingelserne” (Otto 2003: 12) for diskurserne hvis staten ikke fungerer som ”det anerkendende subjekt” (Otto 2003: 12)? Et af flere svar gives i ét af de danske folkesundhedsprogrammer:

Sundhed skabes i et sammenspil mellem den enkelte, familien, og de små og store netværk og fællesskaber, som den enkelte indgår i. De nære og de daglige relationer præger vores holdninger, livssyn og adfærd. Også når det gælder sundhed” (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2002: 6).

Subjektivering sker i små og store netværk og fællesskaber som skaber vore holdninger og vores adfærd i relation til sundhed. Man kan imidlertid betvivle effekten af styringen gennem fællesskabet i forhold til marginaliserede grupper som nogle af de depressive og overvægtige og man kan diskutere om subjektivering foregår ligeså uhindret i netværk som er dannet af myndighederne som i mere dagligdags forekommende fællesskaber.

5. Konklusion

Samlet er der sket en bevægelse i styringsteknologierne i **den danske folkesundhedspolitik** fra 1999 til 2010 i **forebyggelsen af overvægt og depression** hvor ”styring gennem disciplin” er

fremherskende i *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*⁶⁵ suppleret med ”styring gennem fællesskabet” over til *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* hvori de disciplinerende styreformer fortsat er aktuelle men hvor de kommunitaristiske bliver tydeligere. I *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007* er den underliggende styreform ”regering ud fra det sociale synspunkt” og ligeledes er styringen gennem disciplin og solidaritet tydelig i *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Således er der i den danske folkesundhedspolitik gennem det sidste årti sket en forskydning i styreformerne fra paternalistisk disciplinering til kommunitarisme.

Den paternalistiske disciplinering er tydeligst i forhold til styringen af de **overvægtige gravide** og i særdeleshed i forhold til de **depressive gravide**. Der er imidlertid forskel på de redskaber der anvendes i styringen i dag og de der anvendtes i 1940'erne hvor man i højere grad appellerede til pligtfølelse overfor fædreland og slægt mens styringen i dag oftere appellerer til folks ansvar over for fællesskabet.

Sideløbende er der sket en forskydning i **opfattelsen af sundhed og sygdom** således at en risikofaktor som overvægt nu er blevet klassificeret som en sygdom - en forskydning som også får betydning for den overvægtige gravide hvis graviditet forskydes mod et sygdomsanliggende. I den nye etiske tænkning er det blevet asocialt at være overvægtig eller depressiv; risikofaktorer og sygdomme er blevet tegn på manglende ansvar overfor fællesskabet. **De sundhedsprofessionelles rolle** - beskrevet ved de teknologier de anvender i styringen af sundhed - har antagelig fulgt samme bevægelse fra disciplinerende til kommunitaristiske strategier - i det omfang at folkesundhedsprogrammer og andre offentlige anbefalinger for befolkningens sundhed er konstruerende for de professionelles forebyggende arbejde. En af mine implicitte antagelser er at staten spiller en ganske stor rolle med den betydning folkesundhedsprogrammerne her tillægges i styringen af sundhed. Inddragelse af lokale projekter og initiativer - ofte støttet af regionerne som har ansvaret for dele af forebyggelsen - kunne have givet et mere lokalt perspektiv på opgaven. De valgte teoretiske inspirationskilder tillægger staten som subjekt en mindre rolle og det formodes at virke begrænsende for implikationerne af opgavens konklusion. Forhåbningen er - hvis man måtte savne det statslige perspektiv i Vallgårdas analyse af folkesundhedspolitikken - at Roses analyse af den neoliberalistiske styring af sundhed og af ethopolitikken kan virke supplerende. En af Roses pointer - at autonomiseringen af selvet er et centralt træk i moderne governmentality - bringer dette

⁶⁵ ”Styringen foregår gennem appel til den rationelle, selvansvarlige, selvrealiserende og selvdisciplinerede *subjekt* som forbruger af sundhedsydelser og ansvarlig deltager i lokale fællesskaber” (Uddrag fra analysen af *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*).

spørgsmål frem: Hvilken betydning får autonomiseringen af selvet i fællesskabets navn for **individets selvforhold**? På livsstilsområdet hvor fremme af handlegapacitet ved hjælp af sundhedsfremmende metoder anvendes, må denne ”empowerment” nødvendigvis medføre at nogle føler sig styrket - dem som er i stand til at følge normen for sundhed - mens resten antages enten at føle deres selvforhold undergravet eller styrket i kraft af en ny subjektivitet. Med ansvarliggørelsen af **overvægtige og depressive** (Rose 2003: 194) følger et individuelt ansvar for sygdom som kan være produktivt eller negativt i form af eksklusion fra det lokale fællesskab og fra det sociale borgerskab. Relationen mellem de sundhedsprofessionelles rolle i forebyggelsen af overvægt og depression, forskydningen i opfattelsen af sundhed og sygdom og individets selvforhold er kendetegnet ved at der - at dømme ud fra folkesundhedsprogrammerne - anvendes flere, ofte modstridende former for styringsteknologi samtidig, at opfattelsen af sundhed og sygdom er i konstant bevægelse og at individet subjektiveres i dette spændingsfelt mellem de gouvernementale teknologier og opfattelsen af sundhed.

6. Perspektivering

Mit ærinde i denne opgave har ikke været en evaluering af effekten af den danske folkesundhedspolitik på forebyggelsen af overvægt og depression men som antydning indledningsvist har de hidtidige strategier formentlig ikke haft den ønskede virkning. Det kan være en vanskelig opgave at forebygge sig ud af følgerne af livsstile baseret på stillesiddende aktiviteter, passiv underholdning og formodede følger af livsmåder med et tiltagende pres på individets identitet. Hvordan autonomiseres individet med sådanne livsstile til at være frie til at vælge en modvægt hertil? ”De paternalistiske handleanvisninger”⁶⁶ kan i den forbindelse ses som et forsøg på at danne forbindelse mellem folkesundhedspolitikens mål og selvstyrende sundhedsfremmende kapaciteter hos subjektet. Foretagsomhed kan ifølge Rose få teknologisk form ved at eksperter konstruerer menneskelige relationer gennem enkle regelsætninger for den daglige livsførelse (1998: 154). Burde der udarbejdes tilsvarende handleanvisninger med relation til sindet? Her er løsningerne ikke helt så enkle som de kendte formuleringer på ernærings- og motionsområdet fremstår. Der efterlyses med andre ord konstruktion af en ekspertviden om depression som kan omsættes til selvstyrende kapaciteter hos subjekterne. *Hvis* vi altså skal godtage diskursen om at depression bl.a. kan modvirkes af individuelle tiltag?

⁶⁶ Med paternalistiske handleanvisninger tænkes her bl.a. på Sundhedsstyrelsens slogans: fx ”6 om dagen”, ”Dyrk mindst en ½ times moderat motion dagligt” og ”Drik højst 14/20 genstande ugentligt” (<http://www.sst.dk/Forebyggelse/>).

En anden af Roses centrale pointer er at god neoliberalistisk styring skal tage udgangspunkt i de måder hvorpå mennesker styrer sig selv (1998: 154). De styrende skal med andre ord opnå viden om hvordan mennesker styrer sig selv. Dette synspunkt implicerer en helt anden tilgang end den hidtidige ekspertstyring og en videnskabelighed som tager afsæt i praksis. Den amerikanske filosof og nyaristoteliiker Martha Nussbaum har videreført begrebet phronesis⁶⁷ ud fra den anskuelse at normer, værdier og viden er indeholdt i lokale eller globale, sociale og kulturelle fællesskaber (Gustavsson 2001: 214). Rose henviser til ethopolitikken som forsøger at agere på de kræfter som menes at forme værdier, forestillinger og moralbegreber (Rose 2003: 198). Her viser Nussbaum måske en farbar vej med den tolkning at det er i fællesskaberne at normer, værdier og viden formes og at de dermed skal medtænkes i folkesundhedsvidenskaben. En viden som de styrende med fordel kunne inddrage i deres forvaltning af befolkningens sundhed. De professionelles rolle ville blive - med udgangspunkt i studier af individer og gruppers administration af sundhed i hverdagslivet - at begrebsliggøre hvad sundhed er i det enkelte menneskes liv og forsøge at fremme såvel den individuelle som den kollektive sundhedsfremmende handlekapacitet med udgangspunkt heri.

⁶⁷ Phronesis kan betegnes som klogskab og klassificeres af Aristoteles som værende den højeste af dyderne i den menneskelige aktivitet. Denne vidensform er knyttet til kunsten som middel til udvikling af en god dømmekraft og i tilknytning til spørgsmål om demokrati, etik, retfærdighed og rettigheder (Gustavsson 2001: 211).

Litteraturliste:

Anthony, S. (2004). *Motivation og selvværd*. In: *Adipositasforeningens Nyhedsbrev*, nr. 2. August 2004. January 10, 2008 from

<http://www.adipositasforeningen.dk/>

Berlingske Tidende (2006). *Danskerne hader de fede*. 1.oktober 2006. April 30, 2007 from

www.bt.dk

Borch, C. & Larsen, L. L. (Eds.). (2003). *Perspektiv, magt og styring. Luhmann & Foucault til diskussion*. København. Hans Reitzels Forlag.

Borch-Christensen, H., Damn, P., Kempf, L., Ovesen, P., Schantz, A. L. (årstal ikke angivet)

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. *Den overvægtige gravide (oplæg)*. February 11, 2008 from

<http://www.dsog.dk/files/overvaegtige%20gravide.htm>

Buus, H. (2001). Strategi for lovens forberedelse og vedtagelse - interpellationens juridiske grundlag In: *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse - en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. København. Museum Tusulanums Forlag, pp. 143-197.

Cliff, H. (2002). *Fast ansat ved mysteriet. Den Almindelige Danske Jordemoderforening 1902-2002*. København. Den Almindelige Danske Jordemoderforening.

Dean, M. (2006). *Governmentality - Magt & styring i det moderne samfund*. Frederiksberg C. Forlaget Sociologi.

Gustavsson, B. (2001). *Vidensfilosofi*. Aarhus. Forlaget Klim.

Foucault, M. (1994). Socialmedicinens fødsel (oprindeligt fra *Dits et Écrit. Tome III: 1976-1979*, pp. 207-228. Oversat af Lars Thorup Larsen) In: *Distinktion. Tidsskrift for samfundsteori. Temanummer: I sundhedens navn*. 2001, nr. 3, pp. 11-23.

Højrup, T. (2002). Subjektivitet - diskurs eller interpellation? In: *Dannelsens dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk*. Københavns Universitet: Museum Tusulanums Forlag, pp.385-416.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København.

Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Aarhus Universitet. Forlaget Philosophia.

Jensen, U. J. (2006). Sygdom og sundhed In: Elsass P. & Lauritsen, P. (Eds.): *Humanistisk sundhedsforskning*. København. Hans Reitzels Forlag, pp. 36-46.

Lægemedelstyrelsen (2004). *Forbruget af antidepressiva i Danmark i den primære sundhedssektor i perioden 1994-2003*. January 11, 2008 from <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/forbrugsanalyser/antidepressiva/index.htm>

Lykkeberg, R. (2006). *Det nye selv er neurokemisk*. 27.oktober 2006. January 8, 2008 from Dagbladet Informations hjemmeside from

<http://information.dk/print/131350>

Lykkeberg, R. (2007). *Selvet sidder i kroppen*. 7.april 2007. January 8, 2008 from Dagbladet Informations hjemmeside from

<http://information.dk/print/138539>

Nexø, S. A. & Koch, L. (2003): Diskursanalyse - et særligt blik på verden In: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Samfundsmedicinske forskningsmetoder - en introduktion*. København. Munksgaard, pp. 69-89.

Nøhr, E. Aa. (2005): *Obesity in pregnancy. Epidemiological studies based on the Danish National Birth Cohort*. Ph.D thesis. Faculty of health Sciences. University of Aarhus.

Otto, L. (2001). Sygdomsforebyggelse og sundhedspolitik i et kulturhistorisk perspektiv In: *Fokus på Sygepleje 2001*. København. Munksgaard, pp. 139-160.

Otto, L. (2003). *Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og subjektivitet*. Arbejdsrapport. 1. Udkast. Københavns Universitet. April 25, 2008 from

<http://etnologi.ku.dk/forskning/arbejdsrapport>

Rose, N. (1998). *Inventing our selves. Psykologi, power and personhood*. Cambridge. Cambridge University Press.

Rose, N. (1999). Biopolitics in the Twenty First Century - Notes for a research Agenda In: *Distinktion. Tidsskrift for samfundsteori. Temanummer: I sundhedens navn*. 2001, nr. 3, pp. 25-44.

Rose, N. (2003). At regere friheden - en analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier In: Borch, C. & Larsen, L.L. (Eds.). *Perspektiv, magt og styring. Luhmann & Foucault til diskussion*. København. Hans Reitzels Forlag, pp. 180-199.

Statens Institut for Folkesundhed (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København. Syddansk Universitet.

Sundhedsministeriet (1999). *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*. København.

Sundhedsstyrelsen (1998). *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsnets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode*. København Ø. Komiteen for sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. Erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer*. København.

Sundhedsstyrelsen (2007a). *Anbefalinger for svangreomsorgen. Høringsudgave*. 6. juni 2007, København.

Sundhedsstyrelsen (2007b). *Forbrug af antidepressive midler i forbindelse med graviditet og fødsel 1997-2006*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007: 20. København.

Vallgård, S. (2003a). *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, S. (2003b). Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb governmentality In: Christiansen, P.M. & Togeby, L. (Eds.): *På sporet af magten*. Aarhus Universitetsforlag, pp. 117-131.

Voller, L. (2008). Små tegn på et sygt samfund? In: *Dagbladet Information. Paradoks*, p. 4. 8. februar 2008. 64. årgang. Nr. 033.

Wenneberg, S. B. (2002). *Socialkonstruktivisme - positioner, problemer og perspektiver*. Frederiksberg C. Samfundslitteratur.