



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

**Aalborg Universitet**

## **Den rygende rEvolution**

*Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi*

Verwohlt, Betina

*Publication date:*  
2013

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Verwohlt, B. (2013). *Den rygende rEvolution: Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi*. Institut for Kultur og Globale Studier, Aalborg Universitet.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



**SPIRIT**  
Doctoral Programme

Aalborg University  
Kroghstraede 1  
DK-9220 Aalborg East

Phone: +45 9940 9810

Mail: [spirit@cgs.aau.dk](mailto:spirit@cgs.aau.dk)

**Den rygende rEvolution.  
Interdependent  
medikalisering  
mellem stat, borger  
og epidemiologi**

**Betina Verwohlt**

**SPIRIT PhD Series**

**Thesis no. 41**



ISSN: 1903-7783

© 2013 Betina Verwohlt  
**Den rygende rEvolution. Interdependent medikalisering mellem stat,  
borger og epidemiologi**  
SPIRIT – Doctoral Programme  
Aalborg University  
Denmark  
SPIRIT PhD Series  
Thesis no. 41

ISSN 1903-7783

*Published by*  
SPIRIT & Department of Culture and Global Studies  
Aalborg University

*Distribution*  
Download as PDF on  
<http://spirit.cgs.aau.dk/>

*Front page lay-out*  
Cirkeline Kappel

*The Secretariat*  
SPIRIT  
Kroghstraede 1, room 2.007  
Aalborg University  
DK-9220 Aalborg East  
Denmark  
Tel. + 45 9940 9810

E-mail: [spirit@cgs.aau.dk](mailto:spirit@cgs.aau.dk)  
Homepage: <http://spirit.cgs.aau.dk/>

Den rygende rEvolution

Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi

© Betina Verwohlt



# FORORD

Denne afhandling markerer det synlige produkt af og afslutningen på tre års spændende rejse. I ønsket om at udvikle en bredere sundhedsfaglig profil besluttede jeg tidligt i processen at tage udfordringen med statistik og epidemiologi op, selvom det ikke tidligere lå indenfor mine spidskompetencer. Det har været lærerigt at arbejde i spændingsfeltet mellem sociologi og epidemiologi, og epidemiologien har givet indsigt i nye forskningsmetoder og været anledning til refleksion over de sociologiske metodetilgange, jeg er opdraget med.

Arbejdet i spændingsfeltet mellem sociologi og epidemiologi betyder også, at afhandlingen placerer sig mellem disse to fag. Der er produceret meget epidemiologisk og sociologisk forskning på sundhedsområdet, men kun en lille del af denne forskning går på tværs af de to fag. Ikke desto mindre vurderer jeg, at en placering i dette spændingsfelt giver mulighed for nye perspektiver samt ny og mere holistisk viden i relationen mellem på den ene side statslige forebyggelsesstrategier på rygeområdet og på den anden side borgernes sundhedsadfærd på området. Tværfagligheden betyder imidlertid også, at jeg indskriver mig i forskellige ontologiske, epistemologiske, skrivestilistiske og sproglige traditioner, hvilket afhandlingen og dens fire artikler også bærer præg af.

Afhandlingen kunne ikke blive til uden hjælp fra en række helt fantastiske mennesker, som fortjener tak. Først vil jeg gerne takke borgerne i Københavns Vestegnskommuner for deres deltagelse i ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundheds befolkningsundersøgelser, som har bidraget til afhandlingens datagrundlag. Ligeledes tak til personalet på ForskningsCenteret for indsamling og bearbejdning af data. Tak til Joan Buus, Claus. D. Hansen, Mogens Rüdiger og Tonny Jacobsen, som har læst og kommenteret dele af afhandlingen. Tak til Nord & Roed og Lasse Sigvert for udarbejdelsen af afhandlingens forside. En stor tak skal også gå til Charlotta Pisinger og Torben Jørgensen for det positive og konstruktive artikelsamarbejde.

En særlig tak til min bivejleder Charlotte Glümer for værdifuld hjælp og tålmodig introduktion til det epidemiologiske fagfelt og de epidemiologiske metoder samt for et lærerigt og spændende samarbejde.

Den største tak går til min hovedvejleder Gunnar Scott Reinbacher for at være en helt uvurderlig guide og støtte gennem hele forløbet. En mere kompetent vejleder findes ganske enkelt ikke!

Endelig vil jeg takke min mand, Martin Verwohlt, både for aktiv hjælp og sparring med stort og småt undervejs og for at være en umådelig støttende, lyttende, tålmodig og opmuntrende base igennem hele forløbet.

God læselyst.

**Betina Verwohlt**

**Maj 2013**

# INDHOLD

<b>DEL 1 INTRODUKTION .....</b>	<b>9</b>
<b>KAPITEL 1 FOLKESUNDHEDEN I DANMARK.....</b>	<b>11</b>
1.1 STATUS FOR DEN DANSKE FOLKESUNDHED .....	11
1.2 FOREBYGGELSESTRATEGIER OG INDSATSOMRÅDER.....	16
1.3 PROBLEMFOMULERING .....	23
1.3.1 BEGREBSAFKLARING .....	23
1.3.2 AFGRÆNSNING .....	30
<b>DEL 2 OVERORDNET ANALYSE OG PERSPEKTIVERING: INTERDEPENDENT MEDIKALISERING MELLE STAT, BORGER OG EPIDEMIOLOGI.....</b>	<b>33</b>
<b>KAPITEL 2 ANALYSEKONSTRUKTION .....</b>	<b>35</b>
2.1 GLOBALT DESIGN .....	35
2.2 METODER OG DATAGRUNDLAG .....	49
2.3 VURDERING AF ANALYSEKONSTRUKTIONENS TIL- OG FRAVALG .....	53
2.4 LOKALT DESIGN OG VURDERING HERAF.....	60
2.5 OPSAMLING: ARTIKLERNES UDVIKLINGSHISTORIE.....	70
<b>KAPITEL 3 INTERDEPENDENT MEDIKALISERING .....</b>	<b>75</b>
3.1 DEFINITIONER OG ANVENDELSE .....	77
3.2 POLYVALENT INTERAKTION OG INTERDEPENDENS.....	84
3.3 MEDIKALISERING AF FORVENTNINGER TIL BORGEREN.....	88
3.4 MEDIKALISERING AF FORVENTNINGER TIL STATEN .....	96
3.5 OPSAMLING: ØGEDE STYRINGSAMBITIONER .....	99
<b>KAPITEL 4 ET MEDIKALISERET SANDHEDSREGIME.....</b>	<b>101</b>
4.1 BLIKKET .....	102
4.2 MEDIKALISERING AF ETIKKEN .....	104
4.3 RYGNINGENS RELEVANS I SANDHEDSREGIMET .....	108



4.4 DISKVALIFICERET VIDEN .....	110
4.5 TO SANDHEDSPRODUKTIONSMÅDER: EPIDEMIOLOGIEN OG ERKENDELSEN .....	111
4.6 OPSAMLING: FRA SANCTUS CORPUS TIL SCIENTA CORPUS.....	118

## **DEL 3 ARTIKLER..... 119**

<b>KAPITEL 5, ARTIKEL 1:</b> FRA INDIVIDUELT VALG TIL SAMFUNDSPROBLEM, DANSKE FOREBYGGELSESTRATEGIER PÅ RYGEOMRÅDET 1950-2010 SAMMENLIGNET MED SVERIGE.....	<b>121</b>
---	------------

<b>KAPITEL 6, ARTIKEL 2:</b> SMOKING PREVALENCE IN COMPARISON TO SMOKING POLICIES, INITIATIVES TARGETING THE POPULATION VERSUS INITIATIVES TARGETING THE ENVIRONMENT IN DENMARK, 1978-2010.....	<b>122</b>
---	------------

<b>KAPITEL 7, ARTIKEL 3:</b> 'IT'S MY OWN CHOICE! BUT I CHOOSE TO BE COMPLIANT', CHANGING ATTITUDES TOWARDS THE DANISH SMOKING LAW IN PUBLIC PLACES, 2007-2010 .....	<b>123</b>
--	------------

<b>KAPITEL 8, ARTIKEL 4:</b> ETIK I FOLKESUNDHED, MELLEM INDIVIDUELT OG SAMFUNDSMÆSSIGT FOKUS.....	<b>124</b>
---	------------

## **DEL 4 KONKLUSION ..... 138**

<b>KAPITEL 9 KONKLUSION.....</b>	<b>140</b>
----------------------------------	------------

<b>LITTERATUR .....</b>	<b>150</b>
-------------------------	------------

<b>DANSK RESUMÉ .....</b>	<b>166</b>
---------------------------	------------

<b>ENGLISH SUMMARY .....</b>	<b>172</b>
------------------------------	------------

<b>BILAG .....</b>	<b>178</b>
--------------------	------------

BILAG 1: SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING, ARTIKEL 1 .....	178
BILAG 2: SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING, ARTIKEL 2 .....	192
BILAG 3: SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING, ARTIKEL 3 .....	200
BILAG 4: SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING, ARTIKEL 4 .....	206
BILAG 5: VÆGTNING AF DATA .....	212
BILAG 6: ALTERNATIV RYGEVARIABLE .....	218
BILAG 7: ALTERNATIV UDDANNELSESVARIABLE .....	220
BILAG 8: LOGISTISK REGRESSION, DAGLIGRYGERE, MED CONFOUNDER OG INT.LED.....	222

BILAG 9: STRATIFICEREDE ANALYSER, ØNSKER RYGEFORBUD.....	244
BILAG 10: SPØRGESKEMAER.....	248



**DEL 1**

**INTRODUKTION**



## KAPITEL 1

# FOLKESUNDHEDEN I DANMARK

### 1.1 Status for den danske folkesundhed

”Der har se senere år været en stigende opmærksomhed om det forhold, at middellevetiden i Danmark siden slutningen af 1970erne er steget meget mindre end i de øvrige OECD-lande. Danmark havde sidst i 1970erne den femte længste middellevetid. Denne position var i 1990 ændret til en 20. plads” (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994:7).<sup>1</sup>

Året er 1994. Det står klart, at det er noget galt med folkesundheden i Danmark målt på middellevetiden, idet den forventede middellevetid<sup>2</sup> stort set er stagneret siden 1970’erne (Juel, Bjerregaard og Madsen 2000:94, Hanak et al 2007:7, Salomon et al 2012, Murray et al 2013). Denne tendens er veldokumenteret. Udover Middellevetidsudvalgets betænkning fremgår tendensen eksempelvis i Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) sundhedsoversigter (Kjøller et al 1995, DIKE 1997, DIKE 1998), Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY) (Kjøller og Rasmussen 2000, Ekholm et al 2006, Christensen et al 2012), regeringernes folkesundhedsprogrammer (Regeringen 1989, Regeringen 1999, Regeringen 2002), initiativet ”Giv borgerne et KRAM” (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006) og

---

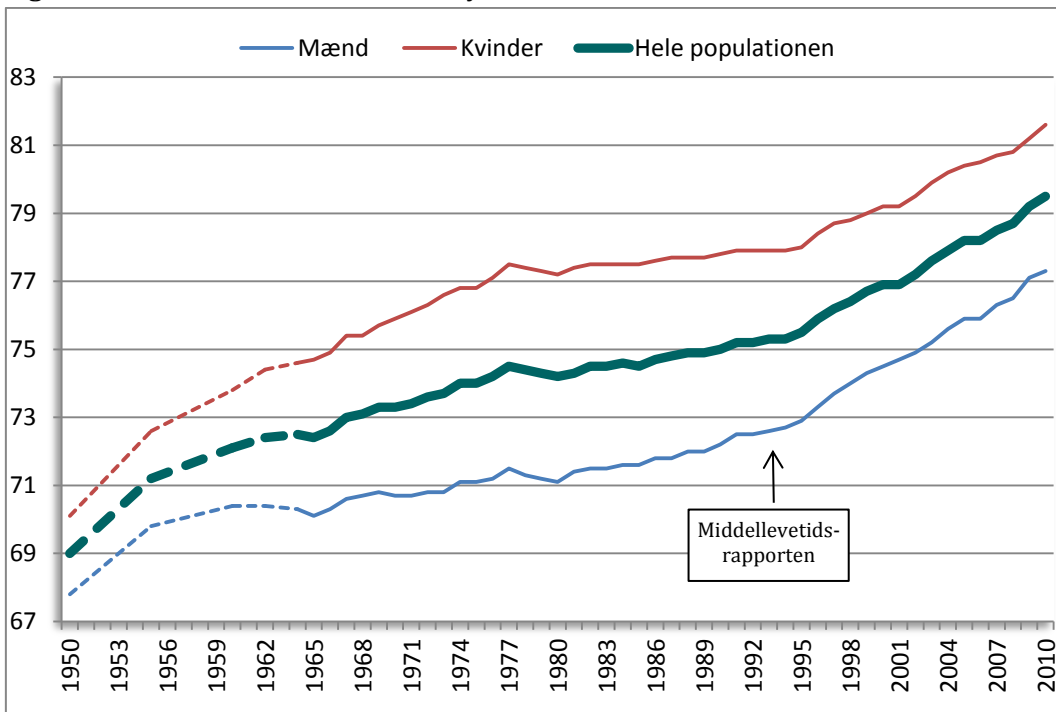
<sup>1</sup> I 1994, hvor middellevetidsrapporten blev udarbejdet, bestod OECD-samarbejdet af i alt 24 lande. Middellevetidsudvalget udgav 14 delrapporter hvoraf dette citat er hentet fra 2. delrapport: ”Levetiden i Danmark”.

<sup>2</sup> Jeg definerer, i overensstemmelse med Folkesundhedsrapporten (Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:54), middellevetiden som det antal år, en nyfødt kan forventes at leve, hvis vedkommende fremover udsættes for dødsraterne i det pågældende år.

Folkesundhedsrapporten (Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen 2007). Middellevetidsudvalget og flere af de øvrige aktører på området råber i midten af 1990'erne "vagt i gevær", og i årene og årtierne herefter øges fokuset på danskernes middellevetid og på de faktorer, der udpeges i særlig grad at forårsage overdødelighed; især kræft og hjertekarsygdomme (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994:13, Regeringen 1999:11).

Udviklingen i danskernes middellevetid fremgår af nedenstående figur.

**Figur 1: Forventet middellevetid for nyfødte danskere**



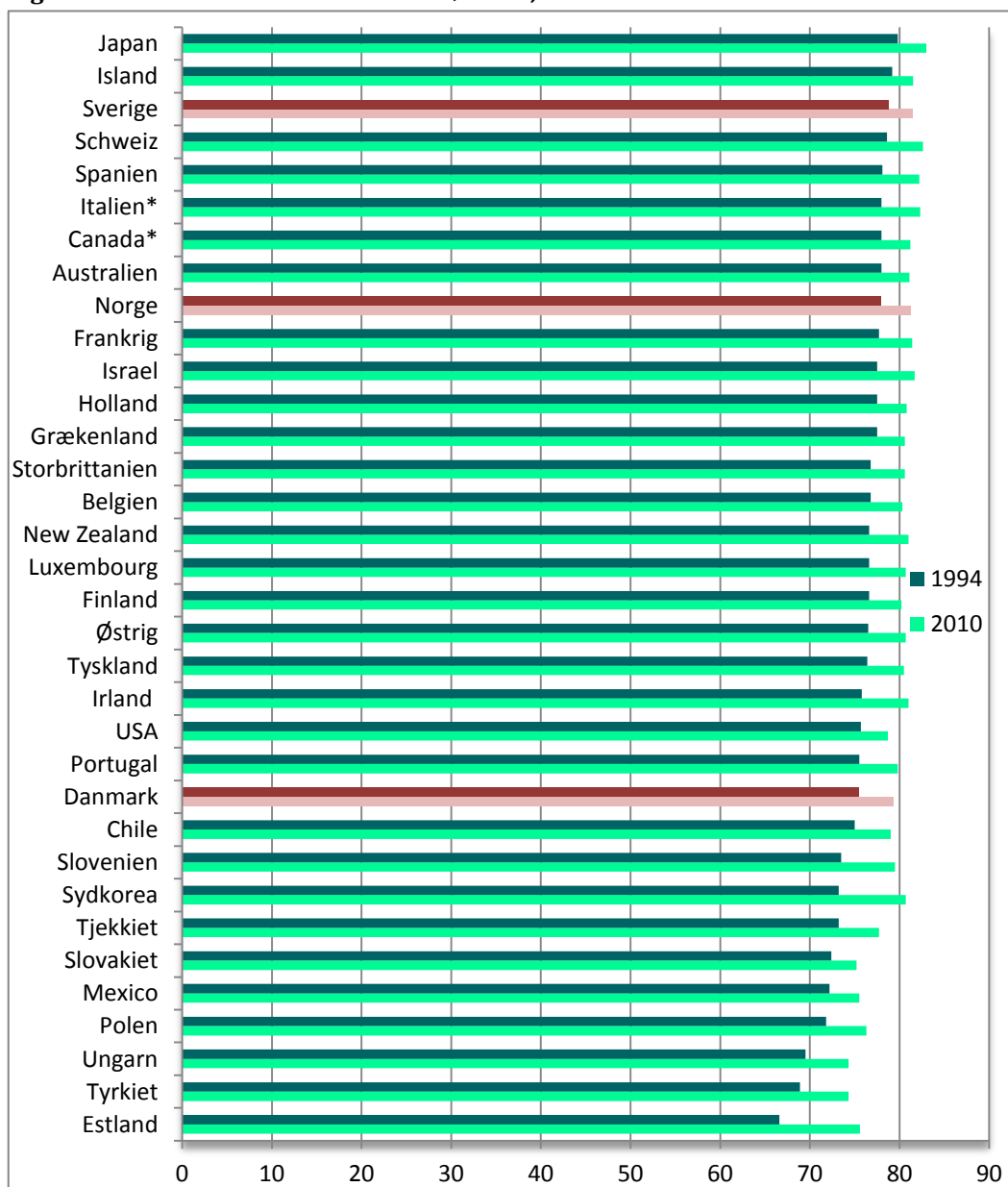
(Egen figur på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistik, statistikbanken. De stiplede linjer indikerer, at middellevetiden indtil 1964 ikke opgjordes på årsbasis men i 5-års intervaller.)

Det markante fokus på middellevetiden fra midten af 1990'erne og frem er mere udtalt end det er tilfældet i vore nabolande Norge og Sverige, som ikke har oplevet samme stagnation<sup>3</sup> (Vallgård 2001:387). Trods indsatsen og en stigning i middellevetiden fra midten af 1990'erne og frem, er danskernes middellevetid på 79,3 år i 2010 stadig kortere end i *alle* andre vesteuropæiske lande. Den forventede

<sup>3</sup>Sammen med middellevetiden fokuserer Norge og Sverige også meget på psykisk velbefindende og antal leveår med godt helbred (Vallgård 2001, Vallgård 2003).

middellevetid er til sammenligning 81,2 år for nordmændene og 81,5 år for svenskerne (OECD StatExtracts<sup>4</sup>).

**Figur 2: Forventet middellevetid ved fødslen, OECD-landene<sup>5</sup>**



<sup>4</sup> Lignende opgørelse findes i WHO 2009a.

<sup>5</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) er et økonomisk samarbejde mellem demokratiske lande og oprindeligt de vestlige industrilande. Jeg vælger her de øvrige OECD-lande som sammenligningslande, da disse lande ofte inddrages som



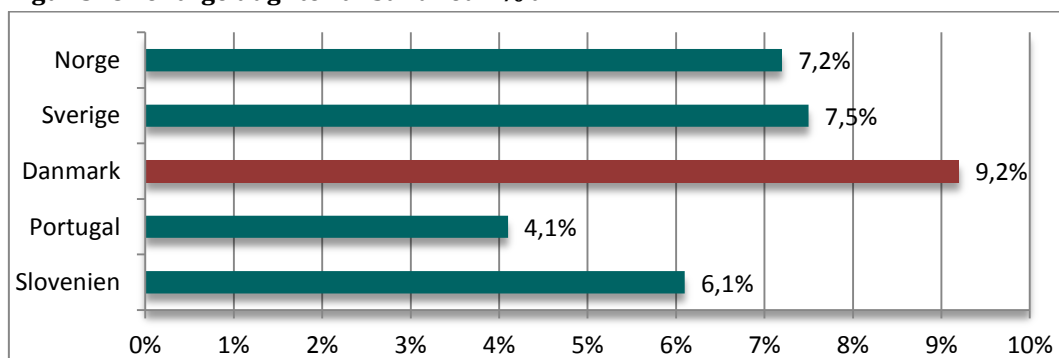
(Egen figur på baggrund af udtræk fra OECD StatExtracts (Stats.oecd.org). \*Den forventede middellevetid for Italien og Canada i 2010 er endnu ikke tilgængelig. Derfor er den gennemsnitlige udvikling fra 1994 til henholdsvis 2008 og 2009 fremskrevet til 2010. Opgørelserne stemmer overens med WHO's opgørelser (WHO 2009b:14).)

Udover Danmark er Norge og Sverige, som danske undersøgelser ofte sammenlignes med, markeret med rød i figur 2. Som det fremgår af figuren, er disse landes forventede middellevetid både i 1994 og 2010 væsentlig længere end i Danmark.

Fra at have været frontløber indtil 1970'erne sakker den danske middellevetid således bagud, og matcher nu i stedet lande som Slovenien og Portugal og en række andre lande, som har lavere BNP per indbygger og lavere sundhedsudgifter per borger end Danmark (WHO 2009a, WHO 2009b, The World Factbook 2010). Paradokset om danskernes folkesundhed målt på middellevetidsparameteret styrkes af, at Danmark er det land i Europa, der bruger den højeste andel af bruttonationalproduktet på sundhed (WHO 2009a, WHO 2009b). De strukturelle velfærdsforbedringer, som de fleste vestlige lande har oplevet fra midten af det 20. århundrede og frem, har således ikke i lige så høj grad ført til længere middellevetid i Danmark som i landene omkring os.

I figur 3 ses de offentlige sundhedsudgifter i procent af BNP i Danmark og fire andre udvalgte OECD-lande.

**Figur 3: Offentlige udgifter til sundhed i % af BNP**



(Egen figur på baggrund af WHO 2009b)

Norge og Sverige, som i hele observationsperioden<sup>6</sup> har længere middellevetid end Danmark (OECD StatExtracts), bruger en mindre del af BNP på sundhed end

---

sammenligningsgrundlag i nøglepublikationer som eksempelvis middellevetidsudvalgets betænkning.

<sup>6</sup> Observationsperioden strækker sig fra 1950 til 2010.

Danmark, Portugal og Slovenien, som har en middelleveid, der minder om Danmarks, bruger en væsentlig mindre del af BNP på sundhed.<sup>7</sup> Verdenssundhedsorganisationen (WHO) beskriver paradokset således: *"What is unique for Denmark is that the very favourable macroeconomic and social condition have not been translated into a correspondingly positive health component. [...] Denmark is far behind [...] in terms of translating wealth to health"* (Hogstedt et al 2008:61).

Middelleveidens udviklingen kan ikke ses isoleret fra den strukturelle udvikling, der er fulgt i kølvandet på velfærdsstatens udbygning siden midten af det 20. århundrede. Denne udvikling har medført mere velstand, men den har også medført væsentlige udfordringer i forhold til danskernes sundhed og middelleveid. Teknologiske fremskridt har fjernet mange af de lavintensitetsaktiviteter, der tidligere var implementeret naturligt på arbejdspladser og i fritidsaktiviteter, hvilket har medført mere sedentarisme<sup>8</sup> (Sundhedsministeriets Middelleveidensudvalg 1994:41, Jørgensen et al 2008:5). Den øgede velfærd har også betydet større tilgængelighed til fedtholdige, saltholdige og sukkerholdige fødevarer samt til alkohol og tobaksvarer end tidligere. Eksempelvis er kalorieindtaget på en gennemsnitlig portion fastfood mere end fordoblet fra 1985 til 2005 (Hjerteforeningen i: Jørgensen 2011a). De ændrede samfundsstrukturer har ført til, at den sunde livsstil<sup>9</sup> ofte bliver det svære valg, fordi aktive og sunde vaner ikke så ofte som tidligere er implementeret som en strukturel præmis i borgernes hverdag. Udfordringerne i forhold til befolkningens sundhed og især middelleveiden skyldes således en kompleks relation mellem udviklingen i samfundsstrukturerne og, som følge heraf, borgernes ændrede livsstil (WHO 1986, Regeringen 1999, Regeringen 2002, Wier et al 2009).

<sup>7</sup> Der er forskelle i de fem landes BNP. I Danmark var BNP pr. indbygger i 2010 37.500 USD, i Norge var det 54.200 USD pr. indbygger, i Sverige 39.900 USD pr. indbygger, i Portugal 24.100 USD pr. indbygger og i Slovenien 29.200 USD pr. indbygger (The World Factbook). Forskellene i landenes økonomiske udgangspunkter ændrer ikke på det faktum, at Danmark procentvis bruger flere midler på sundhed end de øvrige lande i sammenligningen.

<sup>8</sup> Sedentarisme operationaliseres her som ekstrem stillesiddende adfærd.

<sup>9</sup> Jeg opererer med to begreber for borgernes handlinger: Livsstil og adfærd, Med "adfærd" henviser jeg til handlinger som et *individuel* fænomen, eksempelvis handlingen at ryge. Med livsstil henviser jeg også til borgernes handlinger, men, i overensstemmelse med sundhedstjenesteforskeren Signild Vallgård (Vallgård 2010:819), henviser jeg til handlingerne som et *kollektivt* fænomen, hvor der tages højde for, at borgerens adfærd påvirkes af de normer, der er gældende i den eller de grupper, borgeren tilhører eller ønsker at tilhøre. Denne distinktion er ikke foretaget i artikel 4, hvor de to begreber anvendes synonymt med hinanden.

## 1.2 Forebyggelsesstrategier og indsatsområder

I 1981 publicerede WHO det første samlede internationale forebyggelsesprogram: "Global strategy for health for all by the year 2000" (WHO 1981). På dansk henvises oftest til strategien som "Sundhed for alle 2000". Ifølge strategien kan et lands sundhedstilstand operationaliseres ud fra fire parametre: 1) et længere liv, 2) et sundere liv, 3) et rigere liv og 4) større lighed i sundhed (WHO 1981, Kjølner, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:53).

De nedslående udmeldinger om den u hensigtsmæssige udvikling i danskernes middellevetid fik stor betydning for den måde, den danske folkesundhed især fra 1990'erne operationaliseredes og stadig operationaliseres på, idet folkesundheden ofte operationaliseres som "et længere liv". Til sammenligning fokuserer vores nabolande som Norge og Sverige mere på parameteret "et sundere liv" og især indsats overfor stress og psykiske sygdomme opprioriteres (Vallgård 2003, Vallgård 2007a). I forhold til WHOs inddeling af sundhed som fysisk, psykisk og socialt velbefindende (WHO 1948) fokuseres folkesundheden i Danmark primært omkring fysiske problemer, som forkorter middellevetiden, mens Norge og Sverige fokuserer relativt mere på psykiske og sociale problemer, som forringer livet, men ikke nødvendigvis forkorter det (Vallgård 2003).

Middellevetidsudvalget konkluderede, at den u hensigtsmæssige udvikling i middellevetiden i Danmark ikke skyldtes mangler i sundhedsvæsenets sygdomsbehandling men nærmere mangler i forebyggelsen af de store folkesygdomme, især kræft og hjerte-kar sygdomme, hvor overdødeligheden var og er stor i Danmark i forhold til landene omkring os. Udvalget arbejdede ud fra en bred epidemiologisk årsagsmodel til at forklare stagneringen i middellevetiden, idet både biologiske forhold, levekår, livsstil, holdninger og normer inkluderes. Især fire arenaer anbefaledes som forebyggende indsatsområder: Rygning, alkohol, kost og motion (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994:73-80). Udvalget skriver herom at: "*Der er almindelig enighed om, at disse forhold har stor betydning for sundheden*" (Hansen, Rasmussen og Poulsen 1994:27).

I de efterfølgende år og årtier iværksattes flere nationale tiltag for at fremme folkesundheden og vende stagneringen i middellevetiden. Nedenstående gennemgår et udsnit af disse tiltag.

Alle tre danske **forebyggelsesprogrammer** (Regeringen 1989, Regeringen 1999, Regeringen 2002) henviser til WHOs "Sundhed for alle år 2000"-strategien som inspirationsgrundlag. WHO er særlig omhyggelig i gennemgangen af sundhedens

tredje parameter; den sociale ulighed i sundhed (Murray et al 1994:496). Uligheden tages også op i de danske forebyggelsesprogrammer, men en stigning i middellevetiden erklæres, især i forebyggelsesprogrammerne fra 1999 og 2002, som et overordnet mål (Regeringen 1999:5, Regeringen 2002:5, Kjølner, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:38). I forebyggelsesprogrammet fra 1999 prioriteres seks risikofaktorer: tobak, alkohol, kost, motion, svær overvægt og ulykker (Regeringen 1999). I folkesundhedsprogrammet fra 2002 prioriteres otte risikofaktorer: Rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø og miljøfaktorer (Regeringen 2002:10). De konkrete forebyggelsesstrategier i forhold til disse indsatsområder operationaliseres stort set ikke i folkesundhedsprogrammerne. I stedet udstikkes brede politiske retningslinjer, til kommuner, daværende amter, relevante faggrupper og borgere, og der lægges op til, at disse grupper operationaliserer tiltagene decentralt (Regeringen 1999:111-113, Regeringen 2002:57-58). 2002-programmet følges dog op af en række strategiske arbejder, som alle er operationaliserede yderligere (Regeringen 2002:60-61).

Med årene fokuseres mere på de fire såkaldte KRAM-faktorer: Kost, rygning, alkohol og motion. KRAM-betegnelsen anvendtes første gang af lægen Jerk Langer, og anvendtes i mange senere operationaliseringer af indsatsområder, eksempelvis hos Det Nationale Råd for Folkesundhed (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006).

I 2007 trådte strukturreformen<sup>10</sup> i kraft, og hermed øges styringsambitionerne<sup>11</sup> på forebyggelsesområdet. Mere af ansvaret for det forebyggende arbejde overdrages til kommunerne med begrundelsen, at kommunerne har direkte kontakt med mange borgere eksempelvis i hjemmepleje, sundhedspleje, daginstitutioner og skoler.<sup>12</sup> Det nye ved strukturreformen er, at kommunerne også får til ansvar at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme overfor gruppen af raske voksne (Hanak et al 2007:9).

---

<sup>10</sup> Strukturreformen effektiviseredes 1. januar 2007. Reformen indeholdt en ny geografisk inddeling af region og kommuner, en ny arbejdsdeling mellem stat, regioner og kommuner samt en ændret finansieringsform.

<sup>11</sup> Jeg definerer, i overensstemmelse med Vallgård, styring som påvirkning af menneskers adfærd med henblik på at få dem til at handle på en bestemt måde (Vallgård 2003:11). Med "ambitioner" henviser jeg til omfanget af denne styring.

<sup>12</sup> Den nye ansvarsfordeling har hjemmel i Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2: "*§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis. Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne*" (Retsinformation.dk).

Også **Forebyggelseskommissionens** arbejde (Wier et al 2009) iværksattes med strukturreformen. Arbejdet bygger på regeringens sundhedspakke fra 2009, der har som målsætning, at middellevetiden skal øges med tre år i løbet af de følgende ti år. Igen defineres, at dette især skal ske via en indsats overfor de faktorer, der forårsager kræft og hjertekarsygdomme (Regeringen 2009:4-5). Forebyggelseskommissionen udarbejdede en rapport, der indledtes med problematikken omkring den lave middellevetid: *"Vi lever kortere, end vi burde, og vi er samtidig mere syge, end vi burde være"* (Wier et al 2009:3). Kommissionen inddeler deres indsatsområder i henholdsvis individorienterede tiltag og strukturorienterede reguleringer. Indsatsområderne defineres i rapporten som følger: *"Det drejer sig især om vores livsstil i forhold til de fire KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Kost, Rygning, Alkohol og Motion har afgørende betydning for dødelighed og middellevetid. Rygning, fysisk inaktivitet, alkohol og usund kost er årsag til ca. 40 pct. af alle dødsfald."* (Wier et al 2009:7-8). Herved viderefører Forebyggelseskommissionen flere af de tidligere definerede indsatsområder. Forebyggelseskommissionens udredninger følges op af en række konkrete anbefalinger til forebyggelsestiltag. På rygeområdet anbefales eksempelvis følgende: *"En fordobling af [tobaks]afgiften i forhold til niveauet pr. 1. januar 2009 svarende til en pris på ca. 50 kr. for 20 cigaretter forventes at reducere forbruget med 8 pct. og på lang sigt at øge danskernes middellevetid med godt 3 måneder"* (Wier et al 2009:388).

Det har siden 2009 været et lovkrav ifølge sundhedsloven<sup>13</sup>, at forebyggelsestiltag skal implementeres som et **systematisk screeningsværktøj** i borgernes møde med sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2011). Dette krav har sit udgangspunkt i regeringens folkesundhedsprogram: "Sund hele livet" (Regeringen 2002), og vedrører, at sundhedspersonalet rutinemæssigt skal stille alle kurative borgere og patienter over 18 år, der har kontakt til sundhedsvæsenet, spørgsmål om KRAM-faktorerne uanfægtet, om faktorerne har indflydelse på den aktuelle kontakt til sundhedsvæsenet eller ej. Sundhedsstyrelsen udtrykker om den systematiske screening at: *"Borgernes kontakt til sundhedsvæsenet er en god anledning og indgang til at forebygge. Samtidig viser undersøgelser, at borgerne er indstillet på, at drøfte forebyggelse og sundhedsfremme, også selvom*

---

<sup>13</sup> Kravet er defineret i Sundhedslovens § 119, stk. 3: *"Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2"* (Retsinformation.dk).

*forebyggelsesemnet ikke har en direkte relation til den pågældende konsultation*" (Sundhedsstyrelsen 2009:25). I den primære sundhedssektor<sup>14</sup> er kravet, at:

"Almen praksis bør [...] inkludere forebyggelse mere systematisk i opgavevaretagelsen [...] I relation til patientforløbet bør almen praksis' forebyggelsesindsats omfatte: Identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer, tidlig opsporing af og tidlig intervention over for sygdom, vurdering af behov for forebyggelsestilbud, herunder patientuddannelse og præoperative forebyggelsesindsatser, information, motivation og aktiv medinddragelse af patienter, der har behov for forebyggende tilbud, vurdering af patientens ressourcer med henblik på en behovstilpasset indsats, etablering af relevante forebyggelsestilbud, henvisning efter lokale aftaler til relevante kommunale og regionale forebyggelsestilbud, iværksættelse og justering af medicinsk forebyggende behandling" (Sundhedsstyrelsen 2009:20).

Indenfor den sekundære sundhedssektor er forebyggelseskravet operationaliseret ved det såkaldte PRIK-projekt. Projektet vedrører fem forebyggelsesspørgsmål<sup>15</sup>. PRIK-projektet er implementeret på alle sygehuse i Region Nordjylland, og er under implementering i landets øvrige kommuner.<sup>16</sup> Formålet med PRIK-projektet er:

"At inkludere en systematisk registrering af risikofaktorerne underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og alkoholforbrug i journaloptagelsen hos voksne patienter (undtagen terminale) på de danske sygehuse ved patientens første kontakt i sygdomsforløbet til sygehuset [...] Hvis man skal kunne give patienterne et målrettet forebyggelsestilbud, er der behov for at identificere og registrere den enkelte patients risikofaktorer" (Hejgaard og Hjalsted 2009:9).

Såfremt borgerne ved forebyggelsesscreeningerne i kontakten til den primære eller sekundære sundhedssektor svarer bekræftende på eksempelvis spørgsmål om, at de ryger, bør de, ifølge retningslinjerne, få tilbudt en motiverende rygestopsamtale samt en rygestopintervention.

---

<sup>14</sup> Jeg definerer den primære sundhedssektor som praktiserende læger, hjemmeplejen og apotekerne. Den sekundære sundhedssektor definerer jeg som sygehusvæsenet (inklusiv sygehusapotekerne).

<sup>15</sup> Forebyggelsesspørgsmålene er defineret som følgende koder indenfor Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS): DE669 Overvægt uden specifikation, DZ038F Klinisk mistanke om underernæring, DZ720E Daglig rygning, DZ721A Alkoholforbrug > 14 (K) hhv. 21 (M) genstande om ugen, DZ723 Mangel på fysisk aktivitet. Koderne kan registreres i det Patient Administrative System (PAS) (Sundhedsstyrelsen 2009:4, sst.dk/prik).

<sup>16</sup> Den Danske Kvalitets Model, som sygehusene akkrediteres i forhold til, indeholder for fremtidig akkreditering en standard vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme (standard 2.16.2).

Opsamlende kan man sige, at tre karakteristika gør sig gældende i udviklingen i de nationale danske forebyggelsestiltag og indsatsområder. Nemlig for det første at styringens telos (Habermas 2004:122, Dean 2008:76), især fra midten af 1990'erne og frem, i høj grad er orienteret mod det første af WHO's fire operationaliseringer; middellevetiden (WHO 1981). For det andet gælder, at de arenaer, der går igen som indsatsområder og som hovedårsag til middellevetidens stagnering, sammen med et varierende antal andre faktorer, er de såkaldte KRAM-faktorer: kost, rygning alkohol og motion. For det tredje øges styringsambitionerne i forhold til KRAM-faktorerne med tiden, så borgerne i princippet<sup>17</sup> konfronteres med screeningsindsatser overfor disse faktorer uanset formålet for deres møde med sundhedsvæsenet.

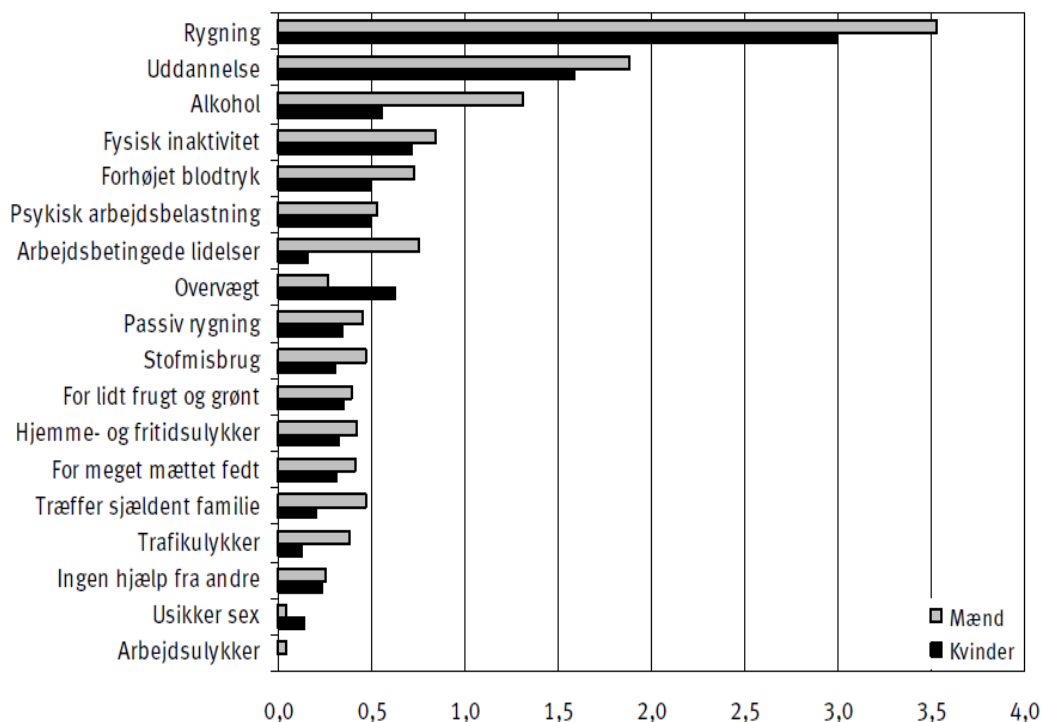
### **Afgrænsning - rygning**

Som det fremgår af ovenstående gennemgang af forebyggelsesstrategier og indsatsområder, udpeges en række indsatsområder, herunder især kost, rygning, alkohol og motion, i forebyggelsen. Disse områder overvåges særlig tæt, og der iværksættes en række tiltag for at få danskerne til at ændre adfærd på netop disse områder. Udviklingen i overvågningen og styringen på de fire områder er for omfattende at klarlægge i denne afhandling, og jeg fokuserer derfor primært på rygeområdet. Af alle indsatsområderne er rygning den faktor, der har undergået mest omfattende undersøgelse og styring med begrundelsen, at det er den væsentligste årsag til den ringe udvikling i middellevetiden (eksempelvis Regeringen 2002:5, Kjølner, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:221-222 og Wier et al 2009:8).

Figur 4 viser udvalgte risikofaktorerers negative indflydelse på middellevetiden med tobaksrygning som den faktor med mest indflydelse.

---

<sup>17</sup> Jeg refererer her til, at forebyggelsestiltagene er implementeret som et krav i sundhedsloven, og beskæftiger mig ikke med hvorvidt sundhedspersonalet udviser compliance i forhold til kravet.

**Figur 4: Tab i danskernes middellevetid (år) for mænd og kvinder relateret til risikofaktorer**

(Juel, Sørensen og Brønnum-Hansen 2006:32. Lignende opgørelse findes i Kjølner, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:224.)

Og rygningens skadevirkninger og samfundsmæssige belastning er uomtvistelige: Rygere lever gennemsnitligt 8-10 år kortere end ikke-rygere, og knap 14.000 borgere dør hvert år af tobaksrygning, svarende til 25 % af alle dødsfald. Rygning er årsag til 215.000 tabte leveår hvert år, et tab i danskernes middellevetid på 3-3½ år. Tabet af kvalitetsjusterede leveår er 10-11 år for storrygere og 5-6 år for smårygere. Halvdelen af alle rygere vil dø af en sygdom, der skyldes rygning og 150.000 hospitalsindlæggelser, svarende til 17 % af alle indlæggelser skyldes rygning. Rygere og eks-rygere har 2,8 millioner ekstra fraværdsdage om året grundet rygning. Rygning medfører endvidere 2,5 millioner ekstra henvendelser til alment praktiserende læge årligt. Passiv rygning tegner sig for 3 % af alle dødsfald, 25.000 tabte leveår hvert år samt et tab i danskernes middellevetid på 4-6 måneder. Også for samfundsøkonomien udgør rygning en trussel. Tobaksrygningen forårsager et årligt produktionstab på 20,8 milliarder kroner, og passiv rygning forårsager et årligt produktionstab på 637 millioner kroner. Sundhedsvæsenets årlige



nettoomkostninger<sup>18</sup> relateret til rygning beløber sig til 3,4 mia. kr. (Juel, Sørensen og Brønnum-Hansen 2006:85-106, sst.dk).<sup>19</sup> Sammenlignes med de øvrige OECD-lande er forkortelsen i middellevetid som følge af rygning overrepræsenteret i Danmark (Juel, Sørensen og Brønnum-Hansen 2006:57).

Rygning fremstilles som den væsentligste fjende i forhold til målet om længere middellevetid og er i særlig grad genstand for politisk bevågenhed og styring. Jeg vurderer derfor, at rygeområdet udgør et særligt informativt empirisk felt i forhold til at undersøge udviklingen i de forebyggelsestiltag, der iværksættes for at fremme en sundere befolkning. Jeg vurderer, at det markante fokus på rygeområdet gør området velegnet til en undersøgelse af, hvad der sker med opfattelsen af – eller ontologien omkring – tobakken og dem, der ryger den, når styringsambitionerne for at få befolkningen til at kvitte smøgerne øges. Desuden gør fokuset området velegnet til en undersøgelse af de mekanismer, der genererer udviklingen i ontologien på rygeområdet. Denne vurdering bygger jeg på rationalet om, at et øget fokus på området bevirker en "magtfortætning". Med dette mener jeg, at rygeområdet i løbet af undersøgelsesperioden flyttes fra at være opfattet som tilhørende befolkningens privatsfære til at blive opfattet som et samfundsproblem, der tilhører den politiske sfære, og som kræver forebyggelse og styring.

Jeg søger, med rygeområdet som case, ikke en alment gældende epistemologisk teoridannelse, der kan overføres på alle forebyggelsesområder. I stedet efterstræber jeg en belysning af de samfundsmekanismer<sup>20</sup>, der genererer opkomsten og udviklingen af forebyggelsen på rygeområdet uanset, om de kan generaliseres til de øvrige forebyggelsesområder eller ej (Yin 2003:11-14, Flyvbjerg 2009:82). Analysen af ændringerne i ontologien på rygeområdet kan indikere ontologiske udviklinger i forhold til de øvrige KRAM-faktorer, men kan ikke generaliseres hertil. Mekanismetyperne, der indgår i udviklingen af rygeområdet (epidemiologisk forskning, politisk styring og borgernes ageren) kan således teoretisere om mekanismetyper, som kan medføre en bestemt udvikling på kost-, alkohol- og

---

<sup>18</sup> Nettoomkostninger henviser til, at rygning medfører et årligt merforbrug i sundhedsvæsenet på 4,5 mia. kr. til behandling af rygerelaterede lidelser. Dette modregnes af en årlig besparelse på 1,1 mia. kr. i omkostninger som følge af tidlig død og mindre fremtidigt forbrug.

<sup>19</sup> Også globalt udgør rygning en af de væsentligste dødsårsager. Ifølge WHO døde 100 millioner mennesker på verdensplan af tobaksrygning i løbet af det 20. århundrede, og det estimeres, at 10 gange så mange, nemlig 1 milliard mennesker dør som følge af rygning i løbet af det 21. århundrede (WHO 2008).

<sup>20</sup> Samfundsmekanismerne begrebsafklares i afsnit "1.3.1 begrebsafklaring."

motionsområdet, selvom en egentlig generalisering ikke er mulig, eftersom mange andre faktorer kan gøre sig gældende på de andre KRAM-faktorer.

Rygeområdet udgør en extreme case (Yin 2003), eftersom området, som beskrevet ovenfor, er det forebyggelsesområde, der undergår mest omfattende epidemiologisk undersøgelse og politisk styring ud fra argumentet om, at det er den primære årsag til stagneringen i middelevetiden. Cases bidrager generelt med informationer i dybden og ekstreme cases udmærker sig ofte ved at bidrage med meget information om de grundlæggende mekanismer i den undersøgte situation (Andersen 2007:115, Flyvbjerg 2009:94-95), hvorfor netop rygeområdet er valgt som case.

### 1.3 Problemformulering

Med grund i ovenstående oprids af problematiseringen af udfordringer i forhold til folkesundheden i Danmark samt de indsatsområder og forebyggelsesstrategier, der fokuseres på, sigter afhandlingen at undersøge følgende problemformulering:

Hvilken ontologisk udvikling har rygeområdet i Danmark undergået i perioden 1950 til 2010?

- Hvilke samfundsmekanismer genererer denne udvikling?

Problemformuleringen vedrører den ontologiske udvikling på rygeområdet, som jeg niveauinddeler, idet jeg søger en analytisk bevægelse i dybden (dette uddybes i afsnit 2.1: "Globalt design"). Problemformuleringens "hjælpe spørgsmål" vedrører relevante samfundsmekanismer, og derved også relevante epistemologier, som genererer den ontologiske udvikling. Problemformuleringen vedrører således både ontologiske og epistemologiske udviklinger, men jeg afgrænser hovedfokuset til at vedrøre den ontologiske udvikling.

#### 1.3.1 Begrebsafklaring

I følgende afsnit begrebsafklares problemformuleringens nøglebegreber. Først afklares de nominelt, idet jeg redegør for betydningen og rækkevidden af begreberne, den nominelle begrebsafklaring specificerer således betydningen af begreberne, om end på et abstrakt niveau. Herefter afklares begreberne operationelt, idet jeg klargør deres specifikke karakteristika.

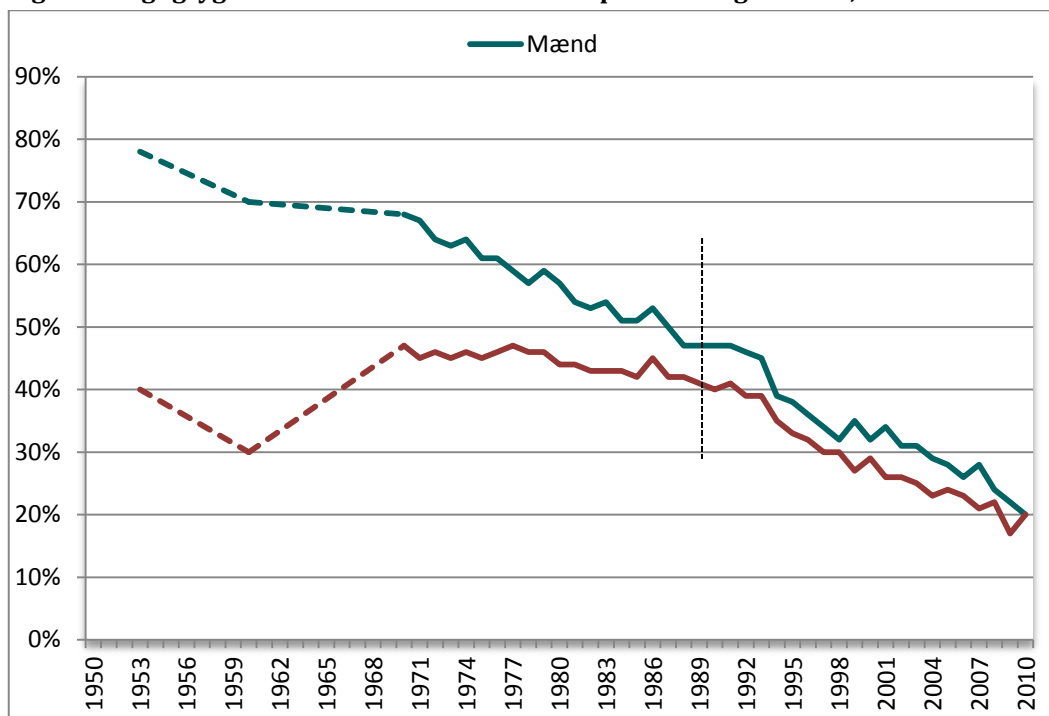
**Ontologi** defineres nominelt som teorien om den sociale verdens beskaffenhed. Jeg anser ontologier som relationelle og historiske størrelser, der over tid defineres og redefineres i spændingsfeltet mellem aktører og strukturer. Ved at vælge ontologibegrebet som centralt analysebegreb, opsøger jeg dette spændingsfelt og interaktionen heri i stedet for at fokusere på de mere eller mindre statiske polbegreber; aktører og strukturer. Aktør-struktur dualiteten ligger således immanent i ontologibegrebet. Operationelt inddeler jeg ontologien i fire niveauer: Policydomænet, faktisk befolkningsadfærd, struktur tendens og sandhedsregime (niveauerne uddybes i afsnit 2.1: "Globalt design"). Niveau 1 og 2 fokuserer primært på aktører og niveau 3 og 4 er mere strukturorienterede, men over tid inkluderes både aktører og strukturer i alle fire ontologiske niveauer. Ontologiinddelingen sker som respons på en kompleks virkelighed. Epistemologiske elementer inddrages også, men disse har status som sekundær analysegenstand, og inkluderes derfor efter ad hoc princippet.

**Udvikling** begrebsafklares nominelt som tidsdimensionen i problemformuleringen. Inkluderingen af udviklingen bygger på en immanent antagelse om, at der sker en udvikling på rygeområdet. Operationelt afgrænser jeg mig, i forhold til statens forebyggelsesstrategier, samt statens og borgernes italesættelser af disse strategier, til perioden fra 1950 til 2010 (artikel 1). Udviklingen i borgernes rygeprævalens undersøges i perioden 1978-2010 (artikel 2) og endelig undersøges udviklingen i borgernes holdninger til rygeloven i perioden 2007-2010 (artikel 3). Artikel 4 inkluderer ikke et udviklingsperspektiv. Når år 1950 vælges som starttidspunktet, skyldes det, at de første epidemiologiske publikationer, som satte sammenhæng mellem tobaksrygning og lungekræft, publiceredes i 1950 (Doll and Hill 1950:739, Wynder and Graham 1950:329-336, Levin, Goldstein and Gerhard 1950:336-338).

**Rygeområdet** definerer jeg nominelt som i princippet alle de faktorer, der vedrører udviklingen i ontologien omkring tobaksrygningen. I praksis afgrænser jeg mig, af omfangsmæssige årsager, til at operationalisere rygeområdet som henholdsvis befolkningens rygeadfærd, epidemiologisk forskning herom og statslige forebyggelsestiltag for at minimere og helst eliminere rygningen. Vedrørende begrebsafklaringen af epidemiologisk forskning og statslige forebyggelsestiltag henviser jeg til nedenstående afklaring om "samfundsmekanismer".

Figur 5 viser udviklingen i rygeprævalensen i undersøgelsesperioden fra 1950 til 2010. Som det fremgår, falder rygeprævalensen for mænd i hele perioden, mens den for kvinder stiger indtil omkring 1970, og falder herefter.

Figur 5: Dagligrygere 15 år eller derover fordelt på mænd og kvinder, 1950-2010

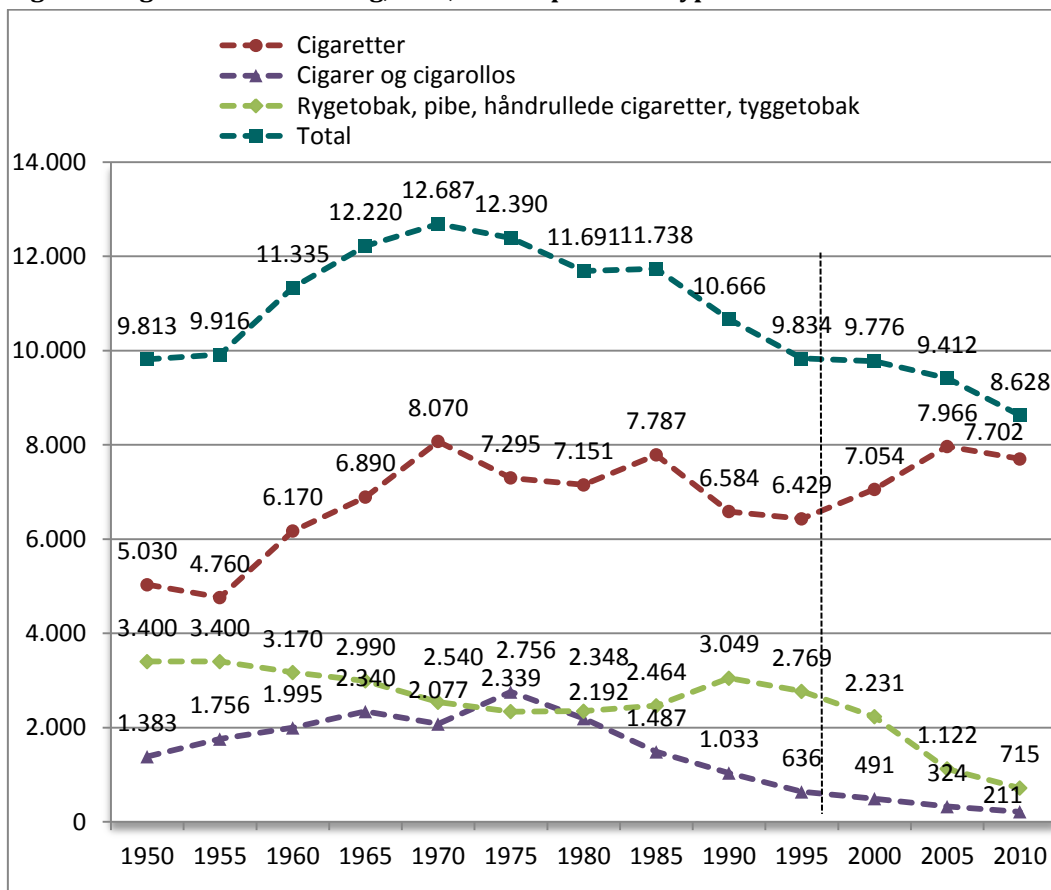


(Egen figur på baggrund af Forey et al 2002:142-147, 1950-1990 og udtræk fra OECD StatExtracts, 1991-2010. De stiplede linjer indikerer, at rygeprævalensen fordelt på køn ikke måles årligt i undersøgelsesperiodens begyndelse.)

I figur 6 ses udviklingen i tobakssalg fordel på tobakstyper i undersøgelsesperioden. Som det fremgår af figuren, ændres rygeformen fra en heterogen blanding af forskellige tobakstyper i undersøgelsens begyndelse hen imod en polarisering af cigaretrygningen mod undersøgelsens slutning. Desuden stiger den samlede mængde solgt tobak indtil omkring 1970, hvorefter den falder igen. Denne udvikling kan være udtryk for, at selvom rygeprævalensen hos mændene falder indtil 1970, stiger andelen af storrygere<sup>21</sup> i samme periode, hvilket stemmer overens med opgørelser fra Folkesundhedsrapporten (Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen 2007:224).

<sup>21</sup> Storrygere defineres her, i overensstemmelse med Statens Institut for Folkesundheds definition som personer, der dagligt ryger 15 cigaretter eller derover.

**Figur 6: Registreret tobakssalg, tons, fordelt på tobakstyper**



(Egen figur på baggrund af Forey et al 2002:135-138 til og med 1995 og Danmarks Statistik 2012:218-220 fra 2000 og frem.<sup>22</sup> De stiplede linjer indikerer, at tobakssalget ikke er kendt mellem nedslagspunkterne.)

**Samfundsmekanismer** definerer jeg nominelt som et komplekst maskineri af gensidigt påvirkelige arenaer, som genererer og genereres af strukturer, men som ikke kan udelukkes hertil. Operationelt afgrænser jeg mig til følgende samfundsmekanismer: 1) epidemiologisk forskning, 2) statslige forebyggelsestiltag

<sup>22</sup> I undersøgelsesperioden er der flere udspecificerede tobakskategorier end mod periodens slutning. For at kunne sammenligne udviklingen i hele undersøgelsesperioden har jeg sammenlagt kategorierne rygetobak, pipe, håndrullede cigaretter og tyggetobak, som oprindeligt var inddelt i separate kategorier. I Danmarks Statistiks opgørelse måles cigaretter, cigarer og cigarillos i millioner styk, mens de i Forey et al måles i tons. I overensstemmelse med Forey et al og Sundhedsministeriet konverterer jeg cigaretter fra millioner styk til tons ved at definere vægten som 1 gram per cigaret. På samme vis konverterer jeg cigarer og cigarillos fra millioner styk til tons ved at definere vægten som 3,15 gram per cigar/cigarillo (Forey et al 2002:160).

og 3) borgernes ageren. Denne afgrænsning sker ud fra en antagelse om, at disse tre mekanismer i særlig grad influerer på den ontologiske udvikling. De tre mekanismer begrebsafklares i de følgende afsnit.

**Ad. 1) Epidemiologisk forskning** Epidemiologi er en neologisme af ordene epidemi og logi (studieområde). Epidemiologien beskæftiger sig med sygdommes og helbredsforholds fordeling i befolkningen samt hvad der forårsager forekomsten på befolkningsniveau. Epidemiologien som forskningsdisciplin udvikledes i midten af 1800-tallet af blandt andre den danske læge Peter Panum. Forskellen mellem epidemiologien og den klassiske medicin definerer historikeren Michel Foucault således:

”Den epidemiske lægevidenskab er i alle henseender det modsatte af den klassifikatoriske medicin. Der er tale om en modstilling af [epidemiologien;] en kollektiv perception af et universelt fænomen, der er unikt og aldrig gentager sig, og [medicinen;] en individuel perception af en essentiel identitet, der konstant giver sig til kende i en mangfoldighed af fænomener. [...] I det ene tilfælde er idealet en nuanceret perception af et komplekst historisk og geografisk rum – i det andet afgrænsningen af en homogen flade, på hvilken der kan aflæses analogier” (Foucault 2000a(1963):63-64).

Hvor medicinen handler om diagnosticeringen og behandlingen af den enkelte borger, handler epidemiologien om at udrede og kontrollere kollektiver og befolkninger. Epidemiologien indebærer således en kollektiv medicinsk kontrol af befolkningens sundhedstilstand på makroplan. En opsamling af viden, som kan anvendes til at styre befolkningen i en forhåbentlig sundere retning. Epidemiologien er en del af et større samfundsmæssigt måleapparat, som omfatter al vidensakkumulering af befolkningen, ofte gennem statistisk overvågning og kontrol (Foucault 2000b:212-216). Epidemiologien er endvidere en vidensakkumuleringsform, der vedrører sygdommes kollektive ætiologi, hvilket gør den relevant i nærværende undersøgelse.

**Ad. 2) Statslige forebyggelsestiltag** defineres nominelt som de strategier, staten iværksætter for at anspore borgerne til at undgå at ryge, ryge mindre og undgå at udsætte andre for passiv røg. Forebyggelsesstrategier defineres som overordnede endemål, eksempelvis lavere rygeprævalens, mens forebyggelsestiltag defineres som bestemte taktikker til at nå de fastsatte mål, det kan for eksempel være en bestemt oplysningskampagne. Forebyggelsesstrategierne kan grupperes i to:

1: Strategier, hvor ansvaret og tiltagene ligger hos borgerne. Sådanne strategier er individorienterede massestrategier<sup>23</sup>, hvor hele befolkningen informeres om "rigtig" og "forkert" livsstil samt højrisikostrategier overfor borgere med kendte risikofaktorer. I nærværende analyse operationaliseres individorienterede strategier som oplysningskampagner og rygestopkurser.

2: Strategier, hvor ansvaret og tiltagene ligger hos det politiske administrative system, såkaldte strukturorienterede strategier. De strukturorienterede strategier operationaliseres som afgiftsregulering, lov om røgfrie miljøer, forbud mod tobaksreklamer, advarselstekst på tobaksvarer<sup>24</sup>, stor tilgængelighed til nikotinprodukter og aldersgrænse for køb af tobaksvarer.

"Staten" kan nominelt betegnes som et megamagtfelt (Larsen 2010:56). Det kan ikke kategoriseres som et fysisk sted med konkrete personer og institutioner, men er i stedet en særdeles kompleks kodificering af magtrelationer. Staten er givet magt til at styre og regulere borgerne: "Magt" definerer jeg i overensstemmelse med Foucault som følgende størrelse: *"Power is that concrete power which every individual holds, and whose partial or total cession enables political power or sovereignty to be established [...] Power is neither given, nor exchanged, nor recovered, but rather exercised, and [...] it only exists in action"* (Foucault 1980:88-89).<sup>25</sup>

Staten operationaliseres og afgrænses i afhandlingen til statslige institutioner, der udøver styring gennem forebyggelsesinitiativer på rygeområdet. Tabel 1 operationaliserer de inkluderede statslige institutioner.

---

<sup>23</sup> Også kaldet befolkningsorienterede strategier.

<sup>24</sup> Det kan diskuteres om advarselstekst på tobaksvarer bedst kan karakteriseres som en individorienteret eller strukturorienteret forebyggelsesstrategi. Når jeg betegner den som strukturorienteret, skyldes det, at det er tobaksproducenterne, der pålægges ansvar for at informere om rygningens skadevirkninger. Herved adresseres både borgernes ansvar for at vælge sundt og tobaksindustriens ansvar for at påsætte synlige advarsler på deres produkter.

<sup>25</sup> Herfra stammer den velkendte Foucaultske definition af magten som værende allestedsnærværende.

**Tabel 1: Inkluderede forebyggende statslige institutioner på rygeområdet 1950-2010**

	Staten	Regioner (inkluderes kun ved forebyggelsesstrategier på tværs af regioner)	Kommuner (inkluderes kun ved forebyggelsesstrategier på tværs af kommuner)
Politisk ansvar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folketinget</li> <li>• Af folketinget nedsatte udvalg:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fællesudvalget</li> <li>○ Tobaksskaderådet</li> <li>○ Middellevetidsudvalget</li> <li>○ Sundheds- og Forebyggelsesudvalget</li> <li>○ Forebyggelseskommissionen</li> </ul> </li> </ul>	Regionsråd Sundhedsudvalg	Kommunalbestyrelse
Administrativ myndighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministeriet for sundhed og Forebyggelse, tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet</li> <li>• Skatteministeriet</li> <li>• Beskæftigelsesministeriet, tidligere Arbejdsministeriet</li> <li>• Sundhedsstyrelsen</li> <li>• Arbejds miljøstyrelsen</li> </ul>	Sundhedsforvaltning	Social- og Sundhedsforvaltning Teknik- og miljøforvaltning

(Egen tabel inspireret af Vallgård og Krasnik 2002:36 samt Glümer et al 2010:18)

**Ad. 3) Befolkningens ageren** Befolkningen udgøres nominelt af den samlede befolkning i Danmark, ligesom den også gøres det operationelt i det omfang, det vedrører italesættelser i forhold til forebyggelsesstrategierne generelt (artikel 1 og 4). I forhold til rygeprævalens (artikel 2) og holdninger til loven om røgfri miljøer fra 2007 (artikel 3) udgøres befolkningen af henholdsvis 39.950 og 24.922 borgere bosiddende i 11 kommuner i Københavns Vestegn. Når netop vestegnspopulationen er valgt som datagrundlag, skyldes det, at denne populationsgruppe er en af de, der har været målt nogenlunde ensartet på i længst tid. For at øge generaliserbarheden af dataene fra Københavns Vestegn til resten af den danske befolkning, er dataene vægtet i forhold til Danmarks Statistiks opgørelser (dst.dk) på variablene køn, alder, erhvervskompetencegivende uddannelse og etnicitet (bilag 5). Vægtningen eliminerer imidlertid ikke alle problemer ved at generalisere fra Vestegnen til den danske befolkning generelt, og der kan således ikke generaliseres direkte fra undersøgelsespopulationen til den samlede danske befolkning. Jeg inddeler



befolkningen i sociale strata i det omfang, jeg vurderer det som relevant, men fokuserer hovedsageligt på udviklingen i den samlede befolknings ageren.

Når der henvises til befolkningen på mikroniveau, anvendes borgerbegrebet. Med dette begreb henviser jeg til en neoliberalt inspireret fremstilling af individet som havende uendelig værdi, ukrænkelige frihedsrettigheder og en samfundsmæssig forpligtigelse til at leve op til disse rettigheder. Borgerbegrebet henviser endvidere til civile borgere, som ikke repræsenterer formelle politiske eller økonomiske systemer.

Med "ageren" menes både befolkningens rygevaner samt deres holdninger til- og efterspørgsel efter forebyggelsesstrategier på rygeområdet. Som udgangspunkt defineres befolkningens rygevaner som ikke-rygning og rygning af cigaretter, cigarer, cigarillos, rygetobak, pibe, håndrullede cigaretter og tyggetobak. Undtagelsen er ved undersøgelse af storrygere/smårygere, som, for at højne den eksterne validitet til andre publikationer på området, kun måles på antal røgne cigaretter. Befolkningens holdninger til- og efterspørgsel efter forebyggelsesstrategier gælder rygeområdet generelt og ikke udelukkende cigaretrygning. Jeg anvender begrebet "ageren" og ikke "adfærd" for at distancere denne samfundsmekanisme fra det ontologiske niveau "faktisk befolkningsadfærd" (jævnfør afsnit 2.1: "Globalt design").

**Genererer** vedrører udviklingen i samfundsmekanismerne, og inkluderer således et tidsperspektiv. Som med samfundsmekanismerne definerer jeg ikke de generative mekanismer som hverken strukturdeterminerende eller som fuldstændig aktørstyrede, men som komplekse og gensidigt påvirkende struktur- og aktørmekanismer, der efter alt at dømme må eksistere for at ontologien udvikles således, som den gør.

### 1.3.2 Afgrænsning

Jeg afgrænser mig fra økonomiske faktorerers betydning for udviklingen på rygområdet. Fravalget udtrykker ikke en vurdering af, at økonomiske faktorerers betydning ikke har relevans i udviklingen, men derimod en vurdering af, at de økonomiske interesser i udviklingen på området er så omfattende, at de ville kunne udgøre en kompleks analyse i sig selv. Jeg operationaliserer her økonomiske faktorer som tobaksindustrien, rygestopindustrien, forsikringsindustrien og økonomiske konjunkturer. Nedenstående redegøres kort for disse fire faktorer.

**Tobaksindustrien: "Campaign of confusion"**

Efter de første epidemiologiske publikationers evidens for tobaksrygningens skadevirkninger begyndte rygeprævalensen så småt at falde i USA i starten af 1950'erne. Denne tendens betød mindre profit for tobaksindustrien, hvilket resulterede i, at direktørerne for de ledende tobaksindustrier i USA i 1953 mødtes for at diskutere en fælles respons på evidensakkumuleringen af skadevirkningerne. Dette møde skulle vise sig at definere tobaksindustriens strategi de næste 45 år, idet der her indledtes en såkaldt "*campaign of confusion*" (Snowdon 2009:92). Tilgangen var, at der indenfor lovens rammer skulle skabes forvirring omkring, om rygningen nu også var så skadelig som proklameret, eksempelvis ved at bruge formuleringer som, at repræsentanterne ikke *troede*, at rygning var farlig. Videnskabsfolk blev ansat til at forklejne forskningsresultater og præsentere alternative teorier for stigningen i antallet af lungekræfttilfælde. Fremfor alt aftaltes at glemme interne stridigheder og konkurrence. Intet tobaksfirma havde råd til at tage blot en enkelt sag, da dette kunne skabe præcedens. Derfor blev enhver sag mod et tobaksfirma bekæmpet uanset de økonomiske omkostninger og uanset hvor lang tid, det ville tage. Det var en tilgang, der skulle vise sig at virke overordentligt godt. I løbet af de følgende 45 år stod tobaksindustrien overfor mere end tusind sagsanlæg vedrørende lungekræft. Kun 24 af disse endte overfor en jury og ingen af sagerne resulterede i erstatning! (Larsen 2008:761, Snowdon 2009:92-93, Jørgensen 2011a). Og det er ikke småbeløb, tobaksindustrien har indtjent. Den estimerede årlige omsætning for verdens største tobaksproducent: Phillip Morris svarer i omfang til Australiens samlede årlige BNP (Studlar 2002:18).

Tobaksindustriens "*campaign of confusion*" har givetvis haft en effekt i forhold til den danske udvikling på rygeområdet i løbet af den sidste halvdel af det tyvende århundrede, idet tobaksindustrien var medvirkende både i debatter på området og indgik aftaler med Sundhedsvæsenet. Til sammenligning har eksempelvis Sverige ikke haft samme stærke tobaksindustri, hvilket kan have været medvirkende til en anden tilgang til tobaksindustrien generelt i den svenske offentlighed.

**Rygestopindustrien: "Selling health"**

Tyggegummi, plastre, næsespray, sugetabletter, resoribletter og inhalatorer med nikotin udgør en efterhånden ikke uvæsentlig industri, som jeg også afgrænser mig fra. Industrien startede med salg af receptpligtigt nikotintyggegummi i 1984. I 1989 bortfaldt receptpligten og i 2001 bortfaldt også apoteksforbeholdet, hvorved nikotintyggegummiet også kan købes i dagligvarebutikker. I 2004 var omsætningen for medicinsk rygeafvænning på 230 millioner kroner i Danmark. Rygestopindustrien er stadig langt mindre end tobaksindustrien målt på omsætning,

men salget af rygestopprodukter stiger markant (Ritzau Bureau 2005, Schmølker 2005:6-10).

### **Forsikringsindustrien**

Jeg fokuserer på rygeområdet i Danmark, og her har forsikringselskaberne ikke spillet så markant en rolle som i andre lande og især i USA, hvor en stor del af sundhedsvæsenet er bygget op omkring private forsikringer. Her har forsikringselskabernes økonomiske dækning af tobaksforårsagede sygdomsforløb været afhængige af, at rygning klassificeres som en sygdom (Conrad 2007:118). Trods de strukturelle forskelle på det amerikanske og danske sundhedsvæsen, har tendensen til at klassificere flere og flere faktorer som sygdomme også spredt sig til Danmark, og forsikringselskaberne har således haft indirekte indflydelse på området.

### **Økonomiske konjunkturer**

Jeg afgrænser mig fra økonomiske konjunkturers indflydelse på danskernes rygevaner. Et eksempel er den såkaldte globale finanskrisen fra 2008 og frem. Finanskrisen har også påvirket danskernes rådighedsbeløb om end påvirkningen ikke er entydig. En opgørelse over udviklingen i danske husholdningers disponible indkomst<sup>26</sup> viser, at den gennemsnitlige danske husholdnings rådighedsbeløb i 2007 var 1,4 % højere end i 2006. I 2008 faldt det gennemsnitlige rådighedsbeløb med 0,16 % i forhold til året før, men allerede i 2009 steg det igen med 0,25 % og i 2010 steg det yderligere med 3,76 % (OECD StatExtracts). Opgørelsen eliminerer imidlertid ikke betydningen af økonomiske konjunkturer, da eksempelvis de psykologiske konsekvenser af økonomiske kriser kan betyde, at husholdningernes rådighedsbeløb prioriteres anderledes.

---

<sup>26</sup> Husholdningernes disponible indkomst er summen af husholdningernes udgifter til konsum og opsparing. Det svarer også til summen af løn, blandet indkomst, netto formueindkomst, netto løbende overførsler og sociale ydelser undtagen sociale overførsler i naturalier, minus skatter på indkomst og formue og sociale bidrag (OECD StatExtracts).

**DEL 2 OVERORDNET  
ANALYSE OG  
PERSPEKTIVERING**

**INTERDEPENDENT  
MEDIKALISERING MELLEM  
STAT, BORGER OG  
EPIDEMIOLOGI**



## KAPITEL 2

# ANALYSEKONSTRUKTION

Dette kapitel er inddelt i fem underafsnit. Først gennemgås det globale designs indbyrdes forhold mellem afhandlingens fire artikler og den overordnede teoretiske analyse og perspektivering. Dernæst følger en vurdering af analysens datagrundlag og analysekonstruktionens til- og fravalg, hvorefter der i det lokale design redegøres for hver af de fire artiklers bidrag samt deres styrker og svagheder. Endelig følger en opsamling af de fire artiklers samlede udviklingshistorie, som lægger op til den overordnede teoretiske analyse og perspektivering.

### 2.1 Globalt design

I nærværende afsnit fremstilles afhandlingens logiske design,<sup>27</sup> som vedrører de slutningsformer, der anvendes i undersøgelsen af problemformuleringen.

#### Ontologisk niveauinddeling

Artiklerne relaterer sig til hinanden ved, at de beskæftiger sig med samme problemformuleringsspørgsmål, men på ontologisk forskellige niveauer. Ved niveauinddelingen af ontologierne henter jeg inspiration i den kritiske realismes fokus på ontologi samt dens ontologiske tredeling, introduceret af Roy Bhaskar (Bhaskar 1975).<sup>28</sup> Når jeg designer analysen omkring en inddeling af ontologien sker

---

<sup>27</sup> Hermed afgrænser jeg mig fra det logistiske design, som vedrører analyserækkefølgen.

<sup>28</sup> Kritisk realisme inkluderer flere faktorer end de her inddragne, eksempelvis opfattelsen af verden som bestående af en transiv og en intransiv dimension. Jeg vælger at afgrænse mig til at behandle kritisk realismes ontologiinddeling samt retroduktionen som slutningsform, da det er disse dele af den kritiske realisme, der er mest aktuelle for analysen.

det i forsøget på at matche analysedesignet til den virkelighed, jeg analyserer. En virkelighed, jeg ikke forstår som fuldstændig transparent og direkte observerbar, men i stedet som indeholdende mekanismer, der kun kan erfares indirekte ved deres effekter på de direkte observerbare niveauer (jævnfør Danermark et al 1997:29). Jeg søger derfor en analytisk bevægelse i dybden, hvortil den kritiske realismes ontologiinddeling udgør et brugbart værktøj. Med bevægelse i dybden henviser jeg til den retroduktionistiske<sup>29</sup> slutningsform, som tager udgangspunkt i empirisk observerbare fænomener, i dette tilfælde forebyggelsesstrategierne på KRAM-områderne og rygeområdet i særdeleshed, og peger på hvilke mulighedsbetingelser, der efter alt at dømme, må være til stede for at netop disse forebyggelsesstrategier finder sted på netop de tidspunkter, de finder sted (Buch-Hansen og Nielsen 2008:61).

Jeg anvender ikke ontologiindelingen ortodokst, forstået som en skarp adskillelse mellem det, der indenfor kritisk realisme betegnes henholdsvis det empiriske, det faktiske og det virkelige niveau (Danermark et al 1997:30, Buch-Hansen og Nielsen 2008:24). I stedet anvender jeg inddelingen som et analytisk procesredskab til at hierarkisere artiklerne i forhold til hinanden internt samt i forhold til den teoretiske analyse. Jeg opererer med fire inddelinger, som jeg kalder "policydomænet", "faktisk befolkningsadfærd", "strukturændens" og "sandhedsregime".

1. Policydomænet betegner det retoriske niveau, det vil sige niveauet for italesættelser af og reguleringer i forhold til sundhed, sygelighed og forebyggelsesstrategier, samt borgernes og statens ansvar i forhold hertil. Med betegnelsen "policydomænet" henviser jeg til policy i bredere forstand end blot det politiske niveau. I stedet henvises til en bred vifte af normative italesættelser, hensigtserklæringer, diskussioner, strategier, love med meget mere uanset, om afsenderen er tilknyttet en traditionel politisk institution eller ej.
2. Den faktiske befolkningsadfærd vedrører befolkningens handlinger, blandt andet i forhold til kost, rygning, alkohol og motion og operationaliseres i indeværende sammenhæng som rygeprævalens.<sup>30</sup> Status for befolkningsadfærden har en vis indflydelse på italesættelserne og

---

<sup>29</sup> Retroduktionen kaldes indenfor andre discipliner for abduktion, og udgør et alternativ til de mere traditionelle slutningsformer induktion og deduktion.

<sup>30</sup> Den faktiske befolkningsadfærd adskiller sig fra samfundsmekanismen "borgernes ageren" (jævnfør afsnit 1.3.1) ved, at den udelukkende vedrører adfærden og ikke befolkningens holdninger overfor eksempelvis forebyggelsestiltag.

forebyggelsesinitiativerne i policydomænet, ligesom disse italesættelser og initiativer yder en vis indflydelse på adfærden.

3. Struktur­tendens er den underliggende samfundsstruktur, som mulighedsbetingelser, at udviklingen i policydomænet og den faktiske befolkningsadfærd udfolder sig på netop den måde, den gør (jævnfør nedenstående afsnit: "Den retroduktionistiske slutningsform"). Tilføres der et tidsperspektiv til struktur­tendensen, bliver samfundsmekanismen (statslige forebyggelsestiltag, borgernes ageren og epidemiologisk forskning) relevante. Disse kan ikke afgrænses til strukturer, men over tid aflejres disse mekanismer tilsammen som bestemte strukturelle tendenser, som mulighedsbetingelser bestemte ontologier. Eksempelvis udgør borgernes rygeprævalens ikke i sig selv en struktur, men epidemiologisk viden om rygeprævalensen samt politisk fokus herpå medfører over tid et medikaliseret syn på rygningen, som mulighedsbetingelser bestemte fremtidige interventioner heroverfor. Jeg anvender et medikaliseringsspektiv på struktur­tendensen, og herved trækker jeg på Michel Foucaults analyse (se kapitel 9: "Konklusion" for en vurdering af medikaliseringsspektivet som analytisk blik).
  
4. Sandhedsregimet er inspireret af Michel Foucaults analyse (Foucault 1978(1976)), og vedrører de historisk specifikke "matrixer", der hierarkiserer forskellige vidensformer i forhold til hinanden, idet forskellige vidensformer tillægges forskellige grader af sandhed. Sandhedsregimet vedrører således en analyse af de områder af livet, der i det hele taget produceres viden om samt de faggrupper, der tillægges magt til at producere denne viden. I indeværende analyse beskæftiger jeg mig med den vidensform, der produceres indenfor epidemiologiens systemiske institution.

De to første niveauer: Policydomænet og den faktiske befolkningsadfærd analyseres i afhandlingens fire artikler. De to sidste niveauer: Struktur­tendensen og sandhedsregimet analyseres i den overordnede teoretiske analyse og perspektivering. Indholdet i de forskellige niveauer minder om indholdet i den kritiske realismes niveauer, men der er også forskelle. Dels opererer jeg med to strukturelle niveauer (struktur­tendens og sandhedsregime). Desuden lægger jeg op til en mere cirkulær interaktion mellem niveauerne, end det er tilfældet ved den kritiske realisme, hvor påvirkningerne primært sker nedefra og op. I figur 7 er



afhandlingens ontologiske niveauer sammenstillet og sammenholdt med den kritiske realismes ontologiinddeling.

**Figur 7: Ontologiske niveauinddelinger**

Kritisk realismes ontologiske niveauinddeling	Afhandlingens ontologiske niveauinddeling	Placering i afhandlingen
<p><b>1 Det empiriske domæne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfaringer og observationer</li> <li>• Det faktiske og virkelige domæne indkorporeres her, men ofte forvrænget.</li> <li>• Empirisk erkendbart</li> <li>• Sfære: National med internationale påvirkninger</li> </ul>	<p><b>1 Policydomæne (artikel 1, 3 (4))</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politisk i bred forstand. Italesættelser, hensigtserkæringer, diskussioner, forebyggelsesstrategier etc.</li> <li>• Den faktiske befolkningsadfærd indkorporeres i arenaen, men ofte forvrænget eller fokuseret på bestemte områder og dagsordener</li> <li>• Empirisk erkendbart</li> <li>• Sfære: National med internationale påvirkninger</li> </ul>	Kapitel 5, 7, 8
<p><b>2 Det faktiske domæne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begivenheder og fænomener</li> <li>• Empirisk erkendbart</li> <li>• Sfære: National</li> </ul>	<p><b>2 Faktisk befolkningsadfærd (artikel 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rygeprævalens</li> <li>• Den politiske beslutningsarena har, sammen med andre faktorer, indflydelse på den faktiske befolkningsadfærd</li> <li>• Empirisk erkendbart</li> <li>• Sfære: National</li> </ul>	Kapitel 6
<p><b>3 Det virkelige domæne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturer, mekanismer, kausale potentialer og tilbøjeligheder</li> <li>• Teoretisk erkendbare strukturer</li> <li>• Sfære: International</li> </ul>	<p><b>3 Strukturtende (teoretisk analyse)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samfundsmekanismer (interaktion mellem stat, borger og epidemiologi) med særlig fokus på medikalisering og neoliberalisme</li> <li>• Teoretisk erkendbare strukturer</li> <li>• Sfære: International</li> </ul>	Kapitel 3
-	<p><b>4 Sandhedsregime (teoretisk analyse)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra religionsregime til sundhedsregime (også struktur)</li> <li>• Problematiserer den videnstype, der efterspørges og vurderer som sand</li> <li>• Teoretisk erkendbare strukturer</li> <li>• Sfære: International</li> </ul>	Kapitel 4

(Egen figur, inspiration fra Buch-Hansen og Nielsen 2008:24. De dobbelte pile ved afhandlingens ontologiske inddeling indikerer en mere gensidig afhængig relation og udviklingsproces end ved den kritiske realismes ontologiske inddeling, hvor udviklingen primært går fra det virkelige til det faktiske - og fra det faktiske til det empiriske niveau. Artikel 4 er sat i parentes, eftersom den udgør en kritisk stillingtagen til policydomænet, og

den har derfor ikke samme status som de øvrige artikler. Figuren afspejler afhandlingens slutningsform og ikke dens formidlingsform, hvorfor figuren er struktureret efter ontologiniveauer fremfor kapitlernes kronologi.)

Når jeg i figur 7 henviser til de første to ontologiske niveauer som "empirisk erkendbare", mener jeg direkte observerbare og målbare fænomener. I afhandlingens sammenhæng er der målt på retorik, implementering af forebyggelsesstrategier, rygeprævalens og på holdninger til rygeloven. Med "teoretisk erkendbare niveauer" refererer jeg til en ikke direkte målbar struktur tendens som det, at sundhed italesættes som en norm, borgerne ikke kan undgå at forholde sig til uanset, om de efterlever sundhedsnormen eller ej. For overblikkets skyld er artiklerne placeret i forhold til de niveauer, som de primært relaterer sig til. Denne placering er dog en forsimpning, eftersom tendenserne, der fremkommer i de enkelte artikler også påvirkes af de andre niveauer.

Når policydomænet og den faktiske befolkningsadfærd er kategoriseret som to ontologisk forskellige niveauer, skyldes det, at den viden om befolkningens adfærd, der erkendes i policydomænet, kan være forvrænget og hierarkiseret efter bestemte politiske og økonomiske dagsordener; forskningsmæssig viden oversættes ikke uden problemer til politisk viden. Eksempelvis er tobaksrygningen ikke blevet mere sundhedsskadelig i dag end den var i år 1950, men grundet forskningsmæssig vidensakkumulering og politisk fokus opfatter mange borgere rygningen som mere skadelig end tidligere, og rygeadfærden italesættes derfor ofte anderledes.

Når de to teoretisk erkendbare strukturniveauer ikke kan reduceres til de to empirisk erkendbare niveauer, skyldes det, at: *"structures and generative mechanisms of nature must exist and act independently of the conditions that allow men access to them. [Similarly,] events must occur independently of the experiences in which they are apprehended"* (Bhaskar 1975:56). For at de empirisk observerede fænomener ikke skal forstås som udelukkende tilfældige hændelser, må der inkluderes en teori til at forklare og strukturere de fremkomne regelmæssigheder ud fra. Jeg opererer således med en ontologipfattelse, hvor virkeligheden, ud over de direkte observerbare begivenheder, også indeholder ikke direkte observerbare strukturer og sandhedsregimer, som kun kan erkendes indirekte via deres evne til at forårsage begivenheder på de to empirisk erkendbare niveauer. Eksempelvis virker det mere plausibelt at anse stigningen i forebyggelsestiltag som udtryk for en generel samfundsudvikling fremfor som et tilfældigt empirisk fænomen. Når de to teoretisk erkendbare strukturniveauer, modsat den kritiske realisme, heller ikke kan reduceres til hinanden, skyldes det, at udviklingen på de to niveauer er

afhængige af forskellige faktorer. Udviklingen på struktur tendensniveauet skyldes et net af forandringer i epidemiologisk vidensakkumulering, ændrede styringsmæssige reguleringer, ændret hierarki mellem borgere og behandlere, teknologiudvikling og så videre. Herimod skyldes udviklingen indenfor sandhedsregimet mere grundlæggende forandringer i forhold til hvilken "sandhed", der i det hele taget søges, og hvordan det gode liv overordnet defineres. Eksempelvis kan strukturer som økonomiske konjunkturer og udvikling i rygelovgivning ændres uden, at der deraf automatisk følger, at økonomiske eller sundhedsmæssige argumenter tillægges højere sandhedsværdi. Der eksisterer en relation mellem disse to størrelser, men de kan ikke reduceres til hinanden.

Ligesom ontologierne ikke kan reduceres til hinanden, kan de heller ikke reduceres til forskelle i epistemologi, da ontologierne er mere og andet end de samfundsmekanismer, der genererer dem. Eksempelvis kan udviklingen i rygeprævalens som udgangspunkt ikke reduceres til måleredskaberne heraf, og medikaliseringsudviklingen og det at flere faktorer defineres som medicinske problemer, er mere og andet end den udvikling, der har ført hertil.

Det globale design bygger således, ligesom den kritiske realisme, på Bhaskars anti-reduktionistiske emergensbegreb forstået således, at der ved den helhed, som tre ontologiske niveauer tilsammen udgør, fremkommer nye fænomener på det sidste niveau; fænomener, som er kvalitativt forskellige fra enkeltdelene på de tre andre niveauer (Bhaskar 1975:113, Andersen 2007:120,129). Eksempelvis kan udviklingen i befolkningens adfærd på rygeområdet (faktisk befolkningsadfærd) ikke reduceres hverken til italesættelsen heraf (policydomænet), strukturelle faktorer som forebyggelsesstrategier eller forskningsresultater, der tydeliggør rygningens skadevirkninger (struktur tendens), eller strukturelle udviklingstendenser i forhold til, hvad man anser for det efterstræbelsesværdige og gode liv (sandhedsregime).

### **Den retroduktionistiske slutningsform**

Den retroduktionistiske slutningsform vedrører bevægelsen fra de empirisk erkendbare observationer til de bagvedliggende strukturer. Retroduktionen vedrører den såkaldte transfaktiske eller transcendentale argumentation, hvilket vil sige argumentation, som kommer på den anden side af de empirisk erkendbare observationer, nemlig til de strukturelle vilkår, som muliggør det undersøgte fænomen. Retroduktionen handler om at:

”Från beskrivning och analys av konkreta företeelser rekonstruera de grundläggande villkoren för att dessa företeelser skall vara det de är. Att genom tankeoperationer och kontrafaktiskt tänkande argumentera sig fram till transfaktiska villkor” (Danermark et al 1997:134).

Det er således en opfordring til en vidensindsamling, der går ud over den empiriske virkelighed, den såkaldte transcendentale bevægelse<sup>31</sup> (Bhaskar 1975:15, Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard 2012:380). Ved anvendelsen af den retroduktionistiske slutningsform har de empiriske analyser i de fire artikler således nærmere status som inspirationsgrundlag til den teoretiske analyse end som egentligt teorigrundlag. Retroduktionens transcendentale bevægelse fra ontologien omkring rygning til de underliggende mekanismer, der efter alt at dømme må være til stede for at mulighedsbetinge netop denne ontologi (Bhaskar 1975:25), bevirker på samme tid den ontologiske bevægelse fra empirisk overflade til teoretisk forklaring, og det epistemologiske dilemma, at især den teoretiske viden, der fremkommer i de to strukturelle niveauer er begrebsafhængig og potentiel fallibistisk, eftersom den ikke kan efterprøves i praksis. Det vedvarer således at være en teori.

Den retroduktionistiske slutningsform minder, i forhold til produktet, om den induktive ræsonneren fra observerede enkeltfænomener til teoretisering herom, mens den i forhold til processen deler visse ligheder med adaptiv teori, som vedvarende veksler mellem teori og empiri ud fra rationalet om at: *”The researcher should not ‘switch off’ her or his theoretical sensibility when engaged in the more technical or methodological aspects of research”* (Layder 2005:26). Selvom den teoretiske analyse er foretaget på baggrund af den empiriske analyse, har processen således været kendetegnet ved vekslen mellem de fire artikler internt samt mellem artiklerne og den overordnede teoretiske analyse og perspektivering.

Når jeg betegner min ræsonneren retroduktion og ikke induktion eller adaptiv teori, skyldes det retroduktionens distinktion mellem overflade og dybde fremfor mellem empiri og teori. Ud fra denne distinktion lægger jeg ikke op til hverken teoritestning eller teorigenerering, men til at anskue teorien som en ressource i det samlede argument. Ved dette udvikles og redigeres teoriressourcen i synergi med de empiriske fund.

---

<sup>31</sup> Dimensionen kaldes også den transfaktiske dimension. Jeg definerer denne dimension som bevægelsen fra empirisk erkendte fænomener til teorier om de strukturelle tendenser, der efter alt at dømme må være til stede for at netop disse fænomener finder sted. Der er således tale om en ræsonneren, der overskrider de empirisk erkendbare fænomener.

### **Ontologisk forandring**

Relationen mellem de fire ontologiske niveauer kan illustreres som relationen mellem fire forskellige tandhjul. Tandhjulene er i overført betydning af forskellig størrelse og bevæger sig med uens hastighed, men de påvirker alle hinanden. Tandhjulsmetaforen indikerer, at de forskellige ontologiske niveauer har en højere grad af gensidig påvirkning end kritiske realisternes traditionelle isbjergsmetafor (eksempelvis Jespersen 2004:145), hvor påvirkningen primært går nedefra og op forstået på den måde, at forandring på de empirisk erkendbare niveauer er under påvirkning af flere mekanismer end forandringer på de teoretisk erkendbare niveauer (Collier 1994:107). Jeg antager således en lidt anden kausalitetsforståelse end kritisk realisme, idet jeg nok betragter de underliggende samfundsmekanismer som mulighedsbetingende for de fremkomne fænomener på de to empiriske niveauer, men over tid er de empiriske fænomener i lige så høj grad mulighedsbetingende for de underliggende samfundsstrukturer. Denne kausalitetsforståelse nærmer sig Foucaults forståelse af fænomener som værende forårsagede af historicitet (Jørgensen 2006:8).<sup>32</sup>

Bevæger man sig oppefra og ned igennem tandhjulene, kan man sige, at "policydomæne-tandhjulet", eller den offentlige retorik, potentielt set kan forandres hurtigt. Eksempelvis steg den relative tilslutning til rygeloven fra 2007 med 28 % i løbet af en treårig periode (artikel 3). Forandringer i forhold til "befolkningsadfærdstandhjulet" foregår ofte mere trægt end forandringer i policydomænet. Adfærden har dog også potentiale til at forandres forholdsvis hurtigt. Eksempelvis var det relative fald i andelen af borgere, der vurderede at ryge minimum 15 cigaretter dagligt, fra 2007 til 2010, på 16 % (artikel 2). Viden om rygeadfærden samt om en række andre sundhedsfaktorer, som eksempelvis de øvrige KRAM-faktorer, indvirker tilsammen på "struktur-tandhjulet", her medikaliseringen, som efter en vis videnskumulering ændres. Over tid aflejres italesættelser og befolkningsadfærd samt viden herom og bliver til strukturelle betingelser. Forandringen er således langsom på struktur-tendensniveauet. Endelig indvirker en række forandringer i nationalt og internationalt regi over en meget lang periode tilsammen på en forandring i sandhedsregimet. Det vil sige i forhold til den sandhedsværdi, man i bestemte historiske epoker tillægger bestemte vidensformer. De forskellige ontologiske niveauer indvirker således over tid på hinanden, men forandringerne sker med forskellig hastighed på de forskellige niveauer.

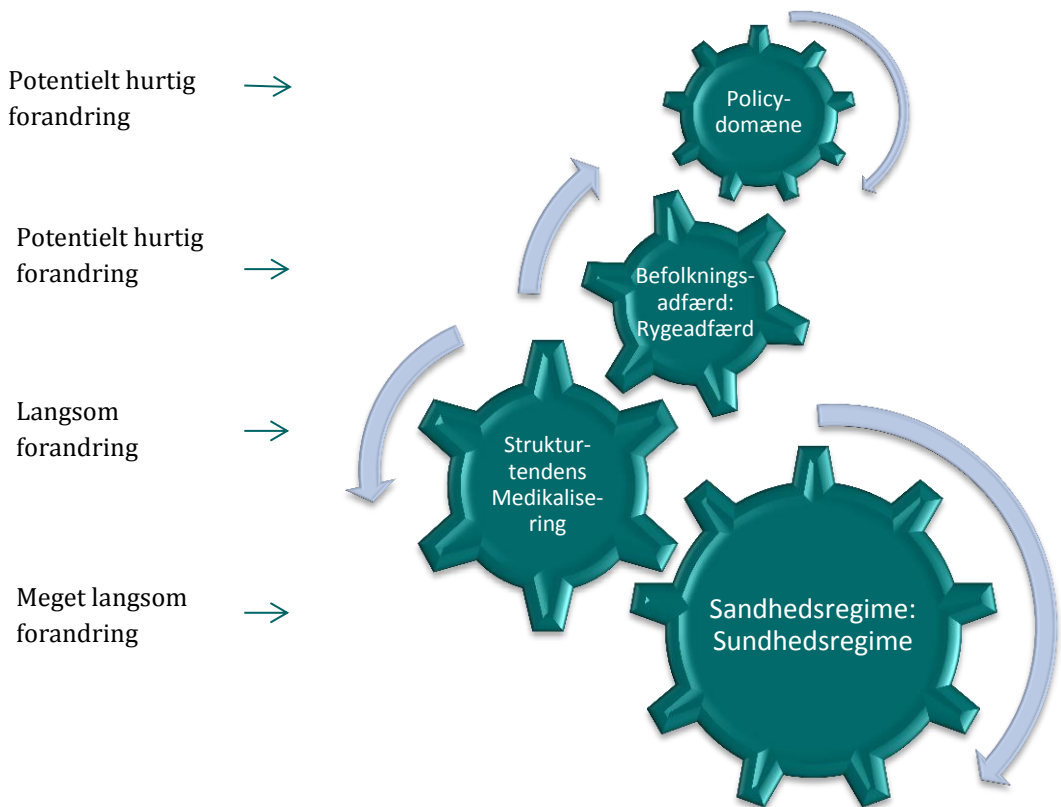
---

<sup>32</sup> Selvom Foucault ikke ville bruge betegnelsen "underliggende samfundsmekanismer".

Bevæger man sig nedefra og op, kan man sige, at det aktuelle sandhedsregime over en lang årrække udstikker tendenser for hvilke samfundsstrukturer, der over tid skabes og genskabes. Disse samfundsstrukturer udgør igen tendenser for, både borgernes adfærd, her rygeadfærden, og opfattelsen af denne adfærd i policydomænet.

Ontologiske forandringer sker dog ikke ved en envejsbevægelse oppefra og ned eller omvendt, men derimod via et vedvarende net af kausale potentialer og tilbøjeligheder, som er gensidigt påvirkede af og påvirker hinanden i komplekse relationer. I overført betydning er der således ikke blot tale om de fire "tandhjul", jeg har afgrænset mig til, men om langt flere, idet også forandringer udenfor forebyggelsesområdet kan have indflydelse på den ontologiske udvikling. Der er således ikke tale om et lineært kausalitetsforhold, men om en mere kompleks cirkulær kausalitet, som i princippet ikke kan føres tilbage til én altforklarende årsag eller ét virkeligt "tandhjul".

**Figur 8: Ontologisk forandring mellem de fire niveauer**



(Egen figur)

Designet lægger op til fokus på udviklingen i relationen mellem de fire ontologiniveauer, idet de kontinuerligt reproducerer hinanden. Det er således ikke mit ærinde at finde frem til aktør- og strukturdualiteten indenfor hvert niveau men til den dynamiske interdependens herimellem. I stedet for at fokusere på henholdsvis aktører og strukturer isoleret set, fokuserer jeg således på samspillet mellem de to størrelser over tid (Archer 1995, Danermark et al 1997:96). Jeg er således ikke interesseret i policydomænet eller befolkningsadfærden isoleret set lige såvel, som jeg ikke er interesseret i struktur tendensen eller sandhedsregimet isoleret. Niveauerne emergerer på baggrund af hinanden og er hule uden hinandens indflydelse. Derfor er jeg interesseret i relationerne herimellem over tid, eftersom: *"It is only if we begin to see science in terms of moves and are not mesmerized by terminals that we can give an adequate account of science"* (Bhaskar 1975:147).

I overført betydning søger jeg ikke at undersøge de enkelte tandhjul, men derimod den bevægelse, tandhjulene tilsammen udfører. Denne bevægelse vedrører epistemologien.<sup>33</sup> Hvis ontologibegrebet og epistemologibegrebet behandles isoleret, ender behandlingen af begge begreber med at blive statisk. Selvom hovedfokus er på ontologiuudviklingen på rygeområdet, ligger således en immanent opfattelse af, at epistemologien genererer denne udvikling. Den dynamiske relation mellem ontologien og epistemologien kan illustreres ved følgende: Forståelsen af, at passiv rygning er sundhedsskadelig (ontologi) skyldes undersøgelser, der viser sammenhængen mellem passiv rygning og tilfælde af kræft og hjerte-karsygdomme (epistemologi). Disse undersøgelser er igen foretaget på baggrund af en antagelse om, at der kunne være en sammenhæng (ontologi), og herved er det analytiske blik allerede inden undersøgelse fokuseret på passiv rygning, og så fremdeles. Passiv rygning er hverken blevet mere eller mindre sundhedsskadelig efter opkomsten af evidens for dens skadevirkninger, men bevidstheden eller ontologien omkring den har ændret sig. Ontologien kan således ikke reduceres til epistemologi, men den forandres på baggrund af denne.<sup>34</sup>

Den interdependente medikaliseringssudvikling, som er genstandsfelt for den overordnede analyse og perspektivering, er således netop en interdependensproces

---

<sup>33</sup> Jeg definerer epistemologien som måden, ontologien erkendes på. Jeg anvender altid epistemologien i et tidsperspektiv, idet jeg anser ontologien som genereret af udviklingen i samfundsmekanismerne. Eksempelvis er synet på passiv rygning som værende sundhedsskadelig genereret af en interdependent relation mellem epidemiologisk forskning og efterspørgslen efter netop denne forskning.

<sup>34</sup> Forskellen mellem på den ene side denne "væren"; at tobaksrygning er sundhedsskadelig uanset vores viden og på den anden side vores "viden" om tobaksrygningens skadevirkninger, refereres hos den kritiske realisme til som forskellen mellem den transitive og den intransitive dimension.

mellem epistemologisk udvikling (mere forskning og nye forskningstyper) og ontologisk udvikling (ændret syn på eksempelvis tobakken og på den rygende borger). Epistemologien er således nærværende på alle fire niveauer, da den er med til at skubbe på de ontologiske forandringer. Det er i forhold til den epistemologiske udviklingsproces, der finder sted i relationen mellem de fire ontologiniveauer, at problemformuleringens "hjælpe spørgsmål" vedrørende samfundsmekanismernes generering af ontologiudviklingen bliver relevant. Inddragelsen af epidemiologien som medforklarende faktor tydeliggør ontologiens foranderlighed og rammerne for dens forandring. Selvom det epistemologiske "hjælpe spørgsmål" ikke inddrages eksplicit i artiklerne og efter ad hoc princippet i den overordnede analyse og perspektivering, er det et relevant hjælpemiddel i forhold til analysen af udviklingen på tværs af ontologiniveauerne. I den epistemologiske udvikling på tværs af ontologiniveauerne ligger også, at borgerne og staten har en dobbeltrolle. De agerer både årsag og konsekvens. "Borgernes ageren" udgør både en del af de samfundsmekanismer, der genererer den ontologiske udvikling (den epistemologiske del) og vedrører også "den faktiske befolkningsadfærd", som ændres som konsekvens af udviklingen (den ontologiske del). Samme dobbeltrolle gælder for staten.

### Logisk udfordring

Relationen mellem på den ene side policydomænets behandling af rygeproblematikken og på den anden side rygeprævalensen udgør på samme tid nyhedsværdi på området og risiko for en logisk fejlslutning. Der må vurderes at være en lav intern validitet<sup>35</sup> i relationen mellem disse to ontologiske niveauer. Den logiske udfordring kan formuleres ved følgende fejlslutning: "*Post hoc ergo propter hoc*", som kan oversættes til "*efter hændelse, derfor på grund af hændelse*". Man kan således ikke automatisk slutte, at fordi der sker ændringer i rygeprævalensen efter ændringer i forebyggelsesstrategierne, er der tale om kausalitet.<sup>36</sup> Da kausaliteten netop er kompleks (der er i overført betydning andre tandhjul i spil end dem, jeg har inkluderet), har mange andre faktorer, som finanskrise, modetendenser, tobaksindustrien og rygestopindustrien potentielt indflydelse både på rygeprævalensen og på borgernes holdninger til rygning, hvorfor der nærmere kan tales om en probabilistisk medforklarende faktor (deVaus 2001:4). En styrkelse af den interne validitet ved at inddrage disse og flere faktorer ligger imidlertid udenfor afhandlingens ressourcer. Undersøgelser af sammenhængen mellem

<sup>35</sup> Jeg definerer intern validitet som konklusionens integritet.

<sup>36</sup> For at der er tale om kausalitet, skal tre kriterier opfyldes: 1) Hændelse Y skal indtræffe senere end hændelse X, 2) hændelse X og Y skal være relaterede til hinanden, der skal være kovarians imellem dem, og 3) andre sandsynlige forklaringer end X skal kunne udelukkes.



forebyggelsesstrategier (både individorienterede og strukturorienterede) på rygeområdet i andre lande viser imidlertid samme tendens som afhandlingen, hvilket kan styrke argumentet om en vis kausalitet (bilag 2, især Cavelaars et al 2000, Thomas et al 2008, David et al 2010, Jørgensen 2011b, WHO 2012).

I artikel 2, vedrørende rygeprævalensen, ses en tendens til, at kombinationen af individorienterede og strukturorienterede forebyggelsestiltag efterfølges af et lidt større fald i rygeprævalensen (gennemsnitligt fald på 1,8 % årligt) i forhold til de individorienterede strategier alene (gennemsnitligt fald på 1,1 % årligt). Den massive oplysning om rygningens skadelige virkninger forud for implementeringen af de strukturorienterede tiltag kan imidlertid have været medvirkende til, at der ses et større fald i rygeprævalensen efter implementeringen af de strukturorienterede tiltag end inden.

### **Kritisk realisme og Foucault**

Kritisk realisme og Foucault kan umiddelbart se ud til at være et umage par. Kritisk realisme fokuserer på ontologien, som indeles hierarkisk i forsøget på at nærme sig en essentiel sandhed<sup>37</sup> (Buch-Hansen og Nielsen 2008). Foucault derimod er anti-essentialist (Heede 2002), og beskæftiger sig primært med fremtrædelsesformerne på det epistemologiske niveau, selvom han også anerkender et strukturelt niveaus betydning for disse fremtrædelser.<sup>38</sup>

Når jeg alligevel vælger at koble netop disse to, skyldes det, at deres ærinder, efter min overbevisning, minder om hinanden. Begge søger at de-ontologisere fremtrædelser, der fremstår som selvfølgelige (Triantafillou 2005:7), idet begge bestræber sig på at forstå, hvorfor problematiseringen, i denne sammenhæng af sundhed og tobaksrygning, er fremstillet på netop den aktuelle måde eller, som Foucault formulerer det, at: "*vide, i hvilket omfang anstrengelserne på at tænke ens egen historie kan frigøre tænkningen fra det, som den tænker stumt og tillade den at tænke anderledes*" (Foucault 1984 i Kristensen 1987:146). Begge søger de-ontologiseringen gennem historiske optrævlinger, som tager udgangspunkt i observerede, nutidige fremtrædelser (empirisk erkendbare fænomener) og bevæger sig baglæns i tid, idet de strukturelle mulighedsbetingelser for denne fremtrædelse søges analyseret. Kritiske realister betegner denne bevægelse retroduktion, en

---

<sup>37</sup> Den kritiske realisme kommer omkring problematikken mellem den essentielle sandhed og vores fejlbarlige erkendelse heraf ved at opstille to dimensioner: den intransitive, som eksisterer uanset vores erkendelse heraf og den transitive, som vedrører vores erkendelse af virkeligheden (Bhaskar 1975:24-28).

<sup>38</sup> Det strukturelle niveau, der mulighedsbetinges den viden, vi har om fremtrædelsesformerne, kalder Foucault for episteme (Foucault 2008a(1966)).

betegnelse jeg deler, mens Foucault kalder den genealogi<sup>39</sup> (Birkler 2005:79-82, Buch-Hansen og Nielsen 2008:61). Begge tager således udgangspunkt i et fænomenologisk fænomen, og begge tilskynder en bevægelse i dybden<sup>40</sup> ved at inddrage de historiske forudsætninger, der gør netop de aktuelle problematiseringer tænkbare, og som har betydning for den måde, vi kommer til at forstå os selv på. Det drejer sig om at problematisere fremtrædelserne ved at vise dem tilbage til de herredømmeforhold, de er etableret under og således optrælle samtidens selvfølgeligheder ved hjælp af historien (Andersen 1999:57, Heede 2002:47, Dean 2008:90, Raffnsøe, Gudmand-Høyer og Thaning 2009:22). Ved at vise tilbage til eksisterende herredømmeforhold og magtstrukturer, indskriver begge retninger sig i den kritiske tilgang til forskningsfeltet (Launsø og Rieper 2005:61). Denne bevægelse i dybden bevirker, at de ikke begrænses af fænomenologiens empirisme (Foucault 1980:117). Endvidere anerkender begge positioner begivenheder og fænomener, som finder sted uagtet vores viden herom (Bhaskar 1975:22, Buch-Hansen og Nielsen 2008:20-24, Foucault 2008b(2004):298),<sup>41</sup> og begge positioner betegner erkendelsen som et ufuldstændigt og kontekstafhængigt socialt produkt. Foucault placerer erkendelsen indenfor det, han refererer til som diskursens<sup>42</sup> mulighedsbetingelser. Bhaskar anvender ikke diskursbegrebet, men definerer ikke desto mindre erkendelsen som kontekstafhængig:

---

<sup>39</sup> Genealogibegrebet har mange ligheder med Foucaults arkæologibegreb. Foucault definerer selv relationen imellem de to således: *"Archaeology' would be the appropriate methodology of this analysis of local discursivities, and 'genealogy' would be the tactics whereby, on the basis of the descriptions of these local discursivities, the subjected knowledges which were thus released would be brought into play"* (Foucault 1980:85). Genealogien er således taktikken, hvori de beskrevne diskursiviteter sættes i spil med hinanden. Genealogien danner herved bro mellem den beskrivende arkæologi og magtanalysen (Jørgensen 2006:13).

<sup>40</sup> Med "bevægelse i dybden" associeres dog til forskellige ting for Foucault og kritisk realisme, idet sidstnævnte, i kraft af sin status som realistisk videnskabsteori, søger at nå en "sandere" sandhed, mens førstnævnte, der nærmere kan betegnes som poststrukturalist eller konstruktivist, forkaster ambitionen om at kunne erkende noget om virkeligheden udenfor vores diskurser om den (Buch-Hansen og Nielsen 2008:77). Jeg placerer mig mellem disse to forståelser, idet jeg anerkender en objektiv sand virkelighed udenom vores forståelse heraf. Denne virkelighed beskæftiger jeg mig imidlertid ikke med. Desuden anser jeg ikke bevægelsen i dybden som en bevægelse, der fører mig tættere på denne sandhed, men som i stedet fører til en strukturel ontologisk udvikling, der går ud over udviklingen på rygeområdet, men som dog også er socialt konstrueret. Forskellen ændrer imidlertid ikke på de to retningers analytiske ærinde, hvor fokus går fra observerbare fænomener til underliggende strukturelle mulighedsbetingelser.

<sup>41</sup> I modsætning til Foucault beskæftiger kritisk realisme sig aktivt med denne skelnen mellem transive og intransive dimensioner.

<sup>42</sup> Foucault definerer diskursen som mulighedsbetingende for en bestemt italesættelsesform (Foucault 2005).

”Men in their social activity produce knowledge which is a social product much like any other, which is no more independent of its production and the man who produce it than motor cars, armchairs or books, which has its own craftsmen, technicians, publicists standards and skills and which is no less subject to change than any other commodity” (Bhaskar 1975:21).

Endnu et fællestræk ved kritisk realisme og Foucaults orientering mod relationer og sammenhænge er deres ærinde vedrørende at ophæve dikotomierne ”aktører” og ”strukturer”. Foucault gør dette ved at arbejde ud fra ”blikket” som metodisk tilgang. Blikket anvendes især i værket: ”Klinikkens fødsel” (Foucault 2000a(1963)) i forbindelse med skiftende tiders behandleres ”blik” på patienten. Blikket henviser til, at det ikke blot er objektet for viden, der udvikles, det gør også de individer, der tillægges at besidde kyndig viden om objektet. Med ”blikket” som analyseværktøj anerkendes således aktører og strukturer som ikke-reducerbare, men orienteringen flyttes fra de to poler isoleret set, og over på den dynamiske relation mellem disse to (Foucault 2000a(1963):69,223-224). Kritisk realisme kalder begrebet dualitet, men også her er ærindet et fokus på relationen mellem aktører og strukturer over tid<sup>43</sup> (Bhaskar 1975). Struktur-tendensniveauet er således ikke det eneste domæne, hvor strukturer er inkluderet. Lige såvel som hvert af de fire ontologiske niveauer udvikles på baggrund af udviklingen i de øvrige niveauer, men samtidig i sig selv er emergent og ikke-reducerbart, konstitueres og forandres aktører og strukturer også på baggrund af hinanden i en gensidig påvirkning over tid, men kan aldrig reduceres til hinanden: *”Selvom sociale strukturer [...] konfronterer aktører som et objektivt fænomen, som de ikke selv har skabt, er sociale strukturer ikke desto mindre produkter af menneskelige aktiviteter, og de eksisterer kun gennem sådanne aktiviteter”* (Buch-Hansen og Nielsen 2008:51).<sup>44</sup> Det er således relationerne mellem aktører og strukturer og mellem de fire ontologiske niveauer over tid, der er genstand for analysen og ikke henholdsvis aktørernes handlinger eller de strukturelle betingelser for handlingerne. Endelig anser både kritisk realisme og Foucault magtstrukturer som produktivt formende fremfor begrænsende (Rabinow 1984:61, Buch-Hansen og Nielsen 2008:5).

Til trods for de to retningers forskellige udgangspunkt, vurderer jeg således, at de tilsammen udgør et konstruktivt bidrag til afhandlingen.

---

<sup>43</sup> Tilføjelse af tidsperspektivet til aktør- struktur-dualisme kaldes også den morphogenetiske tilgang (Archer 1995).

<sup>44</sup> Her hentes også begrundelsen for borgernes og statens dobbeltrolle.

## 2.2 Metoder og datagrundlag

Idet virkeligheden er niveauinddelt og kompleks, bør den ideelt set også måles med en kompleksitet af forskellige metoder. Jeg søger derfor en metodisk pluralistisk tilgang til analysen, idet kombinationen af data fra forskellige metoder bidrager til at analysere forskellige dele af den ontologiske udvikling på rygeområdet. De to empirisk erkendbare ontologiniveauer (policydomænet og den faktiske befolkningsadfærd) undersøges via systematisk litteraturstudium samt kvantitative tværsnitsundersøgelser, med henholdsvis syv og to nedslag. Disse metoder er valgt, fordi de begge medvirker til en høj ekstern validitet i undersøgelsen, samt fordi de vurderes velegnede til at undersøge hvert sit ontologiniveau. Metodetrianguleringen bidrager til ny viden på tværs af traditionelle videnskabelige paradigmer men ud fra præmissen om, at det ikke er muligt indenfor afhandlingens rammer at gå i lige så meget i dybden med metoderne, som hvis jeg havde afgrænset mig til én metode. Desuden gør metodernes tidsperspektiv det muligt at indfange udviklingen prospektivt, hvilket højner validiteten i forhold til retrospektive metoder (eksempelvis Schmitt and Fabio 2005, Flecher et al 2010). Mit analytiske ærinde er en bevægelse i dybden, idet jeg søger at kortlægge de forhold, der genererer den ontologiske udvikling i forhold til rygeområdet (jf. Andersen 2007:116). En bevægelse i dybden er ikke det samme som bevægelse bagud i tid, men metoder, der kan indfange udviklingstendenser over tid, kan være medforklarende i forhold til, hvornår og under hvilke forhold aktuelle fænomener er opstået. Jeg vurderer således de to metoder som velegnede til at undersøge den ontologiske udviklingshistorie. Metoderne giver ikke en udtømmende viden, men giver tilsammen et prospektivt overblik over udviklingstendenser og ontologier gennem en længere undersøgelsesperiode. Afhandlingens resultater kan således betegnes som en art analytisk patchwork, som ikke er fuldstændig udtømmende for forebyggelsesområdet generelt og rygområdet i særdeleshed, men som giver et mere nuanceret billede af udviklingen her indenfor, end det er muligt ved de enkelte metoder, artikler og ontologiske niveauer i sig selv.

### De systematiske litteraturstudier

Der er udarbejdet systematiske litteraturstudier i forbindelse med tilblivelsen af alle fire artikler (bilag 1-4). I artikel 1, 3 og 4 er litteraturstudierne anvendt som analysegrundlag, mens studiet i artikel 2 er anvendt som baggrundsinformation og oplæg til diskussion. De systematiske litteraturstudier er velegnede til at opsummere og opnå overblik over ontologiske fremstillinger af rygning og rygere i

prospekt<sup>45</sup> på tværs af tidsperioder, landegrænser og afsendertyper. Desuden er sundhedsområdet, grundet publikationsmængden, et velegnet område for litteraturstudier. Der udgives på verdensplan mere end 600.000 sundhedsrelaterede publiceringer om året (U.S. National Library of Medicine). Der er udgivet langt flere publikationer på rygeområdet, end rammen for indeværende analyse tillader at inkludere (jævnfør artiklernes afgrænsningsafsnit), hvilket gør litteraturstudier til et oplagt valg. Litteraturstudier er dog også behæftet med begrænsninger, især når de anvendes til at sammenligne ontologiske fremstillinger på tværs af tid og landegrænser. Validitetsproblemerne i forhold til ældre kilder består i, at kilderne kun er gemt, såfremt de findes bevaringsværdige. Der er derfor, især i forhold til ældre kilder, ofte en overrepræsentation af formelle publikationer som publikationer fra regeringer, sundhedsstyrelsen og nedsatte udvalg, mens mindre formelle publikationer, eksempelvis de med borgerne som afsendere, ofte underrepræsenteres. Forbehold, der både vedrører tid og sted består i, at tekster ikke kan *"rejse i tid og rum uden at ændre sig"* (Vallgård 2011b:209). Idet kilderne analyseres i en dansk nutidskontekst, der uundgåeligt er farvet af bestemte politiske og normative strømninger, vil bestemte faktorer ved kilderne tydeliggøres fremfor andre.

### **Tværsnitsundersøgelser**

Der er anvendt tværsnitsundersøgelser i artikel 2 og 3. Såvel som ved litteraturstudiet findes der mange eksisterende surveyundersøgelser på rygeområdet. De inkluderede tværsnitsundersøgelser tillader mere præcise søgninger efter de faktorer, jeg søger afdækket end det havde været muligt ved litteraturstudiet alene. Det gælder eksempelvis for forskellen mellem, hvordan henholdsvis individorienterede og strukturorienterede forebyggelsestiltag påvirker forskellige befolkningsgruppers rygeprævalens (artikel 2).

I alt er inddraget syv tværsnitsundersøgelser, som alle er indsamlet via spørgeskemaundersøgelser af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden (bilag 10). I artikel 2 anvendes data fra alle syv undersøgelser, mens der i artikel 3 anvendes data fra de to sundhedsprofilundersøgelser fra 2007 og 2010, da kun disse undersøgelser inkluderer spørgsmål om undersøgelsespopulationens holdninger til rygeloven fra 2007.

Spørgeskemaerne vedrører undersøgelsespopulationens sundhedstilstand generelt samt opgørelser over demografiske og socioøkonomiske forhold. Der foreligger

---

<sup>45</sup> Selvom jeg primært har søgt prospektive kilder, har jeg også anvendt historiske opsamlinger som sekundærlitteratur.

oplysninger om datagrundlaget, responsraten, køns-, alder- og uddannelsesfordeling i de to artikler, men i tabel 2 gives et mere uddybende overblik over undersøgelseskarakteristikaene samt konteksten for undersøgelserne. Alle undersøgelserne tager udgangspunkt i tilfældige udtræk af befolkningen i Københavns Vestegnskommuner, trukket fra CPR-registeret. Helbred 78-undersøgelsen bygger dog udelukkende på data fra Glostrup kommune. Sundhedsprofilundersøgelserne bygger på data fra hele Region Hovedstaden, stratificeret på kommuner, hvilket vil sige, at stikprøvestørrelsen per kommune er fastsat på forhånd for at opnå tilstrækkelig styrke i kommunespecifikke analyser (Hansen 2011:41). For at fremme sammenligneligheden mellem undersøgelserne har jeg afgrænset mig til de 11 Vestegnskommuner. Disse kommuner er: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Egedal, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje Tåstrup, Ishøj, Rødovre og Vallensbæk kommuner. Dataindsamlingen er indberettet til Datatilsynet.

**Tabel 2: Tværsnitsundersøgelserne**

Under-søgelse	Under-søgelsesår*	Undersøgelses-population	Undersøgelsestype	Undersøgelseskontekst
Helbred 78	1978	1918, -28, -38 og -48 kohorterne	Tværsnitsundersøgelse og interventionsstudie	Første tværsnitsundersøgelse i regi af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, som inkluderer rygeprævalens.
Monica 1	1982	1922, -32, -42 og -52 kohorterne	Tværsnitsundersøgelse og follow-up	WHO-styret internationalt projekt. Særlig vægt på hjerte-kar sygdomme. Spørgeskemaundersøgelser fulgt op af interviews.
Monica 2	1986	1926, -36, -46 og -56 kohorterne	Tværsnitsundersøgelse og follow-up	WHO-styret internationalt projekt. Særlig vægt på hjerte-kar sygdomme. Spørgeskemaundersøgelser fulgt op af interviews.
Monica 3	1991	1931, -41, -51 og -61 kohorterne	Tværsnitsundersøgelse og follow-up	WHO-styret internationalt projekt. Særlig vægt på hjerte-kar sygdomme. Spørgeskemaundersøgelser fulgt op af interviews.
Inter 99	1999	1939, -44 -49, -54, -59, -64 og -69 kohorterne	Tværsnitsundersøgelse og interventionsundersøgelse	Spørgeskemaundersøgelser fulgt op af gentagen rådgivning og holdterapi.
Sundhedsprofil 2007	2007	Alle aldre mellem 25 og 79 år. Jeg afgrænser mig til de 30-60 årige.	Tværsnitsundersøgelse	Bygger på spørgeskemaundersøgelsen: "Hvordan har du det" gennemført af alle Region Hovedstadens 29 kommuner.
Sundhedsprofil 2010	2010	Alle over 16 år. Jeg afgrænser mig til de 30-60 årige.	Tværsnitsundersøgelse	Bygger på spørgeskemaundersøgelsen: "Hvordan har du det?" hvor standardiserede sundhedsprofilundersøgelser udarbejdes på samme tid i alle landets fem regioner.

(Egen tabel på baggrund af Jørgensen 2004:1425-1428, Glümer et al 2008, Hammer-Helmich et al 2010, Hansen 2011 og Lykke 2012. \* Hvor indsamlingsperioden strækker sig over flere år, har jeg valgt året for undersøgelsens påbegyndelse)

Alle analyserne er foretaget i SPSS statistics (version 19, USA), og der er i alle analyser testet på et 5 % signifikansniveau ( $p < 0,05$ ). Jeg anvender odds-ratio estimater beregnet i binære logistiske regressionsmodeller, hvor det første

undersøgelsesår (år 1978 i artikel 2 og år 2007 i artikel 3) sættes som referencekategori.

Lige såvel som de systematiske litteraturstudier kan også tværsnitsundersøgelserne være behæftede med validitetsproblemer i forhold til at sammenligne data over tid. Eksempelvis kan ændringen i fremstillingen af rygning betyde, at respondenterne kan være mindre tilbøjelige til at svare bekræftende på, at de ryger eller undervurdere rygemængden i undersøgelsesperiodens slutning i forhold til dens begyndelse.<sup>46</sup>

#### *Datas bidrag og kvalitet*

Trods begrænsningerne ved datagrundlaget, som uddybes i afsnit 2.4: "Lokalt design", vurderer jeg datagrundlaget som værende egnet til at undersøge udviklingen på rygeområdet, samt relationen mellem forebyggelsestiltag og befolkningens adfærd i prospekt. Interviews med nøglepersoner om bevæggrundene for de implementerede tiltag kunne have været valgt som supplerende datakilde. Jeg har dog afgrænset mig herfra, eftersom denne tilgang til data ikke lever op til kravet om prospektivitet. Desuden er bevæggrundene skildret i mange af litteraturstudiepublikationernes introduktioner.

### **2.3 Vurdering af analysekonstruktionens til- og fravalg**

Analysen bygger på en række til- og fravalg, som er foretaget undervejs. Jeg gennemgår i det nedenstående nogle af de valg, jeg vurderer som vigtigst for udformningen af analysen.

#### **KRAM**

Analysen tager udgangspunkt i rygecasen, men jeg perspektiverer flere steder til de tre øvrige KRAM-faktorer: Kost, alkohol og motion, eftersom disse tre faktorer også ser ud til at blive medikaliserede. Der er dog andre faktorer, der gør sig gældende på disse områder end i forhold til rygning, hvilket betyder, at udviklingen på rygeområdet ikke uden forbehold kan generaliseres til de andre tre områder. Eksempelvis har den passive rygningens skadevirkninger for den rygendes omgivelser været drivkraft for implementering af flere af forebyggelsesstrategierne. En faktor, der ikke på samme måde spiller ind overfor de andre genstandsfelter, selvom passiv druk i stigende grad problematiseres både indenfor forskningen og policydomænet (eksempelvis Burgess 2009 Menon, Perali and Piccoli 2011).

---

<sup>46</sup> Denne problemstilling refereres også til som social desirability bias.



### **Megamagtfelter**

Hvis magten, som defineret hos Foucault, er allestedsnærværende, risikerer man en tilgang hvor magten er så fragmenteret og kompleks, at den umuligt kan gøres til genstand for hverken empirisk eller teoretisk analyse. Selv ud fra præmissen om, at magten er allestedsnærværende, vurderer jeg, at der er felter, hvor magten er mere koncentreret og derfor bedre lader sig analysere end andre, nemlig såkaldte megamagtfelter (Larsen 2010:56). Indenfor afgrænsningen af nærværende analyse udgør staten, WHO og EU nogle af disse felter, hvorfor disse har en central rolle i analysen, selvom de ikke er udtømmende for alle de arenaer, hvor magten er koncentreret. I min anvendelse af staten som analysebegreb ligger således en immanent vurdering af, at Foucault undervurderer staten. Analysens kombination af staten, borgerne og epidemiologien sker ud fra en overbevisning om, at også borgerne og epidemiologien i den aktuelle sammenhæng besidder magt, selvom de ikke kan betegnes megamagtfelter på samme måde som staten. Selvom jeg deler Foucaults udgangspunkt om magtens allestedsnærvær, adskiller jeg mig således fra hans epistemologiske tilgang ved at opsøge arenaer med magtfortættelser. Herimod opsøger Foucault magten i relationer, hvor man mindst venter den (eksempelvis Foucault 2003(1972)).

### **Relation mellem artiklerne og den overordnede analyse og perspektivering**

Analysen består af fire artikler og en overordnet teoretisk analyse og perspektivering. Når jeg vælger denne konstellation fremfor en monografi, skyldes det dels et ønske om at lære artikelkonstruktionens håndværk og desuden en forhåbning om, at artiklerne potentielt når et andet og bredere publikum end monografien. Præmisserne for artiklerne er imidlertid forskellige fra hinanden og forskellig fra den overordnede analyse og perspektivering. Dette skyldes, at jeg skriver mig ind i to forskellige fagfelter, nemlig sociologien og epidemiologien. Artiklerne er således, ud fra et nødvendighedsperspektiv, målrettet de relevante publiceringssteder på de to felter. Det har betydning for de ontologiske, epistemologiske og skrivestilistiske tilgange i artiklerne samt for artiklernes sprog, at artiklerne er konstruerede, så de fremstår konsistente med det videnskabelige regi, de skrives ind i, idet sammenhængen mellem artiklerne hermed er blevet implicit.

Formålet med den overordnede analyse og perspektivering er en mere makroorienteret sammenhængende analyse af de problematikker, der tilsammen fremstår i artiklerne. Af denne grund er der således en vis kløft mellem ontologierne og epistemologierne i de enkelte artikler og den overordnede analyse, og artiklerne er således nærmere at betragte som empirisk inspiration til den overordnede analyse end som decideret analysegrundlag.

### **Diskurs kontra sandhedsregime**

Diskursbegrebet er centralt i Foucaults analyser. Med undtagelse af artikel 4 anvender jeg dog ikke begrebet, da det er et vanskeligt begreb at operationalisere, eftersom det kan have mange betydninger. Foucault anvendte selv mindst to operationaliseringer, nemlig diskurs som praksis (Foucault 1980) og diskurs som viden og som en bestemt tilgang til feltet (Foucault 2005(1969)). Desuden udvider Foucault diskursbegrebet ved at tilføje begreber som blandt andre "diskursive formationer", som minder om videnskabelige discipliner og "diskursiv praksis", som vedrører historisk specifikke regelsæt for produktionen af bestemte vidensformer (Jørgensen 2006:3-13). En diskursanalyse risikerer således, som det også gælder for Foucaults magtbegreb, at blive så kompleks og altomfattende, at den mangler centrum og fokus, og i stedet i praksis kommer til at vedrøre en analyse af grænseflader, nodalpunkter og epistemologier, hvilket ikke er mit ærinde.

Det anvendte sandhedsregimebegreb kan defineres som en afgrænset del af diskursbegrebet, som nok anerkender de epistemologiske magtkampe om sandhedsdefinitioner, men som afgrænser sit aktive fokus til konsekvensen af de diskursive processer, nemlig udviklingen i ontologier og hierarkiseringen af vidensformer. Det er min overbevisning, at mit ærinde med sandhedsregimebegrebet er enslydende med Foucaults ærinde med diskursbegrebet, nemlig at problematisere vores forestilling om sandhed. Dog søger jeg ikke magtens yderpunkter og grænseflader men i stedet, med casevalget, dens centrale lokationer.

### **Retroduktion**

Retroduktionen udgør på samme tid en styrke og en udfordring i analysen. Uden den retroduktionistiske slutningsform kommer jeg ikke fra empirisk erkendbare fænomener til underliggende teoretisk erkendbare strukturer og mekanismer, som er medforklarende til fænomenerne (figur 7). På den anden side er retroduktionen som slutningsform i højere grad end eksempelvis deduktionen afhængig af øjnene, der ser, idet der ikke går en lige linje fra empirisk til teoretisk erkendbare niveauer. Med dette henviser jeg til, at jeg kunne have valgt et andet teoretisk spor, hvilket ville bevirke, at andre faktorer ville være mere fremtrædende. Det kunne eksempelvis være systemkolonisering af livsverdenen (Habermas 2004), risikosamfundet (Beck 1997) eller path dependency tilgangen (eksempelvis Kay 2006) (se "Medikalisering som analytisk blik" i kapitel 9: "Konklusion" for en afgrænsning fra disse tilgange).

Desuden umuliggør retroduktionen falsifikationsprincippet, idet kun de to empirisk erkendbare niveauer ville kunne opfylde kravet om muligheden for deres

modbevis.<sup>47</sup> Med inspiration i den kritiske realisme vurderer jeg imidlertid ikke de to teoretisk erkendbare niveauer som værende mindre videnskabelige end de to empirisk erkendbare niveauer, hvorfor jeg anser retroduktionen som en nødvendig ræsonneringsmekanisme.

### **Kompleksitet og reduktionisme**

Selvom, eller netop fordi, jeg søger en kompleks og ikke-reduktionistisk ontologisk analyse, ser jeg mig, grundet afhandlingens omfang, nødsaget til at afgrænse min tilgang til arenaerne "befolkning" og "stat", hvilket betyder en anden type reduktionisme. Disse størrelser fremstår nemlig som relativt homogene medproducenter af ontologierne. Styringsambitionerne i forhold til rygeområdet smelter i løbet af undersøgelsesperioden sammen med styringsambitionerne i forhold til den sociale ulighedsproblematik. I 1978 var andelen af rygere med en erhvervskompetencegivende uddannelse stort set lig andelen uden (2 % forskel), men i 1991 var andelen af rygere faldet mere blandt uddannede end blandt ikke-uddannede (12 % forskel). Optrapningen af retorikken i informationskampagnerne og implementeringen af mere intervererende tiltag sker samtidig med, at andelen af rygere bliver færre og dermed lettere for de øvrige borgere at distancere sig fra. Rygning får således i løbet af undersøgelsesperioden karakter af et socialt ulighedsfelt.

Selvom jeg i artiklerne berører social ulighed i sundhed, afgrænser jeg mig i den overordnede analyse og perspektivering herfra for at fokusere på den interdependente medikaliseringsproces. Denne afgrænsning skyldes dels, at medikaliseringsprocessen, selv med min homogene tilgang, er kompleks og desuden at en analyse af social ulighed i sundhed, på baggrund af mit datasæt, vil være behæftet med væsentlige validitetsproblemer. Dette betyder, at jeg behandler medikalisering af stat, borger og etik som homogene størrelser, hvilket naturligvis er en kraftig forsimpning. Medikaliseringen påvirker forskellige befolkningsgrupper forskelligt, og det er i høj grad de socioøkonomisk velstillede borgere, der indgår i borgerforeninger, dyrker fitness og i det hele taget lever op til sundhedsstyrelsens definitioner af den sunde adfærd. De socioøkonomisk dårligt stillede, det vil sige borgere med korte uddannelser og lave husstandsindkomster, bliver derimod taberne ved et ensidigt fokus på borgernes ansvar for sundhed. Herved medvirker medikaliseringen af borgerne uden skelen til de samfunds-økologiske sammenhænge, borgerne indgår i, og som giver dem ulige forudsætninger for at

---

<sup>47</sup> Med falsifikationsprincippet henviser jeg til Karl Poppers falsifikationskrav for videnskabelighed, hvor: *"En teori er videnskabelig hvis og kun hvis dens klasse af mulige falsifikationer ikke er tom"* (Lübcke 1989: 158).

opnå sunde liv, til en øget social ulighed i sundhed, eksempelvis målt på KRAM-faktorerne (Glümer et al 2008, Hammer-Helmich et al 2008, Jensen et al 2008, Glümer et al 2010, Hansen 2011). Når den sociale ulighed i sundhed adresseres, italesættes det systematisk som en konsekvens af borgernes valg af livsstil, mens forskelle i blandt andet bolig- og arbejdsforhold sjældent italesættes (Regeringen 1999, Vallgård 2003:169, Larsen 2006:22,187).

Selvom det i dag er stort set umuligt at undgå at forholde sig til sundheden, uanset om man lever sundt eller ej, betyder det ikke, at alle borgere tager denne medikaliseringstendens lige meget til sig. Jeg har dog i den overordnede teoretiske analyse og perspektivering, blandt andet af ovenstående grunde, valgt at fokusere på medikaliseringen som en samfundstendens på makroniveau og beskæftiger mig ikke med uligheder i opfattelsen og internaliseringen af den på mikroniveau.

### **Genealogi**

Analysekonstruktionen har lighedspunkter til Foucaults genealogiske analysetilgang, som jeg, i overensstemmelse med Jørgensen, definerer som processen: *"at afdække betingelserne for, hvordan bestemte diskurser opstod, hvad der gjorde dem mulige, hvorfor de voksede, og hvorfor de forandrer sig"* (Jørgensen 2006:10). Lighederne består for det første i, at der tages udgangspunkt i et samtidigt fænomen og herudfra foretages en bevægelse tilbage i tid, idet fænomenets mulighedsbetingelser undersøges. For det andet anvendes den historiske tilgang ikke som en rekonstruktion af, hvordan "historien virkelig var", men snarere som en "modhukommelse" (Villadsen 2002:85), idet den anvendes til at problematisere aktuelle fænomener op imod.

Når jeg ikke vælger at anvende genealogibegrebet som metodologisk kernebegreb, skyldes det, at begrebet associerer til en orientering mod epistemologiske magtkampe mellem forskellige sandhedsproduktionsmåder, eksempelvis medicinen, epidemiologien, religionen, neoliberalismen og så videre. En genealogisk analyse ville typisk beskæftige sig med opkomsten af epidemiologien som "sandhedssigerske" i magtkampen mellem andre sandhedsproducerende områder samt med opkomsten af lægestabens autoritet i et sundhedens felt, som tidligere byggede på en lang række eksperter (se eksempelvis Rørbye 2002, Porter 2003, Jørgensen 2006).

Herimod fokuserer jeg primært på, hvorfor ontologien ændrer sig og ikke hvordan epistemologiens sandhedsproduktionsmåde ændres, velvidende at ontologierne over tid produceres i magtkampe mellem forskellige sandhedsproduktionsmåder. Genealogien beskæftiger sig således med historiens epistemologier, tilfældigheder,

heterogenitet og diskontinuitet, mens nærværende analyse primært fokuserer på en overordnet, ontologisk og mere eller mindre kronologisk udvikling. Dog behandles diskontinuiteten enkelte steder. Det sker eksempelvis ved inertielementet mellem epidemiologisk forskning og implementering af forebyggelsesstrategier (i afsnit 3.2: "polyvalent interaktion og interdependens"), ved befolkningens heterogene holdninger, udtrykt ved eksempelvis læserbreve (i artikel 1, kapitel 5) og ved gennemgang af den diskvalificerede viden (i afsnit 4.4: "Diskvalificeret viden"). Ligeledes berører jeg i sandhedsregimekapitlet (afsnit 4.5) de to epistemologiske sandhedsproduktionsmåder: "Epidemiologien" og "erkendelsen".

Sandhedsregimets slutprodukt minder imidlertid om genealogiens, idet begge søger at de-ontologisere nutiden ved hjælp af "modhukommelsen", og begge søger at *"bringe følelserne og værdierne frem i lyset i forbindelse med produktionen af sandhed"* (Jørgensen 2006:16).

### **"Det umage par"**

I stedet for en vurdering af henholdsvis kritisk realisme og Foucaults bidrag og begrænsninger hver for sig, vurderer jeg i det nedenstående den samlede præmis, kombinationen af det umage par tilbyder. Kombinationen bevirker nemlig både styrker og uoverensstemmelser.

Alle fire ontologiske niveauer (figur 7) kunne i princippet tilgås fra en konstruktivistisk tilgang, idet den viden, der fremtræder både indenfor policydomænet, domænet for den faktiske befolkningsadfærd, strukturændelsen og sandhedsregimet konstrueres og rekonstrueres over tid. Selvom vidensakkumuleringen om rygeadfærden samt om rygningens skadevirkninger således er socialt konstrueret, ændrer det imidlertid ikke på det intransitive<sup>48</sup> faktum, at rygning er sundhedsskadelig for rygeren og omgivelserne uanset vores viden herom, hvorfor jeg vurderer det realistiske element i kritisk realisme som en legitim præmis. Dog medfører min bevægelse i dybden, modsat den kritiske realisme, ikke en bevægelse fra niveauer af konstrueret viden til niveauer med mere "virkelig" viden, eftersom de to ontologiniveauer; strukturændelsen og sandhedsregimet også er socialt konstruerede. Bevægelsen kan nærmere betegnes som en bevægelse fra formationer, der kan observeres empirisk på "samfundets overflade" (Buch-Hansen og Nielsen 2008), til mere vidtrækkende ontologiske strømninger i videns- og sandhedsformer, som de empirisk erkendbare fænomener blot udgør en mindre del

---

<sup>48</sup> Jeg henviser her til kritisk realismes skelnen mellem den intransitive dimension, som eksisterer uanset vores opfattelse af den og den transitive dimension, som vedrører vores viden og tolkning af de intransitive fænomener.

af. Med dette mener jeg, at medikaliseringen og sandhedsregimeskiftet også er socialt konstruerede fænomener, blot vedrører disse ontologiniveauer mere end blot rygeområdet, og de forandres mere trægt end de to empiriske niveauer. Blandt andet af denne grund har jeg fravalgt den kritiske realismes niveaubetegnelser; det "faktiske" og "virkelige" niveau til fordel for betegnelserne "strukturændens" og "sandhedsregime". Jeg forfølger således Foucaults konstruktivistiske tilgang til sandhed indenfor en realistisk opstillet ræsonneringsramme, hvilket kan betegnes som værende en tilgang, der udøver vold på begge retninger. Når jeg alligevel vurderer fusionen som frugtbar, skyldes det, at jeg aktivt beskæftiger mig med kritisk realismes transive og ikke den intransive dimension, selvom jeg dog vedkender, at de to dimensioner ikke kan adskilles fra hinanden. Det vil sige, at jeg beskæftiger mig med de skiftende ontologier vedrørende rygningen og dens skadevirkninger (den transive dimension), selvom jeg vedkender, at rygning er skadelig uanset den ontologiske udvikling i erkendelsen heraf (den intransive dimension). Når jeg har valgt at koble disse to retninger trods deres vidt forskellige ophav, skyldes det, at kombinationen, efter min vurdering, bidrager til en anvendelig analyse af den ontologiske udvikling på rygeområdet.

#### **Artikel 4 og analysekonstruktionens validitet**

Der er et konstruktionsmæssigt validitetsproblem mellem på den ene side de tre første artikler, som bygger på data på rygeområdet og artikel 4: "Etik i folkesundhed – mellem individuelt og samfundsmæssigt fokus", som vedrører KRAM-faktorerne mere generelt. Artikel 4 har således ikke på samme måde som de tre øvrige artikler status som medbeskrivende af den udvikling, rygeområdet gennemgår. I stedet har artiklen status som kritisk etikdiskussion af den individorienterede forebyggelsestilgang til folkesundheden og KRAM-faktorerne generelt.

Når artiklen alligevel har sin berettigelse, skyldes det dens diskussion af individorienterede og strukturorienterede forebyggelsesstrategier som også, men ikke udelukkende, ses på rygeområdet. Denne skelnen mellem typer af forebyggelsesstrategier kan således tåle en generalisering til andre forebyggelsesområder, selvom rygningens udviklingshistorie ikke nødvendigvis kan generaliseres til udviklingen på de øvrige områder. Artiklen problematiserer endvidere den danske operationalisering af sundheden på de fire KRAM-faktorer og derved primært som noget, der er betinget af borgernes valg af livsstil. Dette fremgik eksempelvis af introduktionen. Sammenlignes denne operationalisering med den kritisk realistisk inspirerede ontologiinddeling, fremgår det, at borgernes livsstil og adfærd blot udgør én af de fire ontologiske niveauer, og den aktuelle danske operationalisering fremstår således temmelig ensidig.

## **2.4 Lokalt design og vurdering heraf**

De fire artikler er placeret i afhandlingens del 3, kapitel 5-8. I følgende afsnit gennemgås artiklernes bidrag, relationer til hinanden og en vurdering af artiklernes kvalitet. Artiklerne repræsenterer tilsammen de to ontologiniveauer: Policydomænet samt den faktiske befolkningsadfærd.

### **Artikel 1: "Fra individuelt valg til samfundsproblem: - danske forebyggelsestiltag på rygeområdet 1950-2010 sammenlignet med Sverige"**

Artiklen er en deskriptiv oversigtsartikel over skiftet i synet på tobaksrygningen fra 1950'erne til 2000'erne samt over de forebyggelsesstrategier, der implementeres for at opnå en røgfri befolkning. Herved placerer artiklen sig indenfor policydomænet. Artiklen er baseret på et review af 146 publikationer indsamlet ved systematisk litteratursøgning (bilag 1), hvoraf de fleste publikationer er danske. Af artiklen fremgår, at der implementeres forebyggelsestiltag på rygeområdet fra 1980'erne og frem. Desuden fremgår det, at tobaksrygningen indtil 2000'erne i mange af de danske publikationer primært ses som en privat sag og en individuel vane, borgerne selv har ansvaret for at beslutte at fralægge sig, om det er det, de vil. I overensstemmelse hermed består statens ansvar i at oplyse borgerne om tobaksrygningens skadevirkninger. Fra 2000'erne inddrages en række videnskabelige undersøgelser i argumentationen omkring rygningen. Tobaksrygningen problematiseres i denne periode både som et individuelt og et samfundsmæssigt problem, og der implementeres i perioden, sideløbende med de individorienterede tiltag, en del strukturorienterede tiltag, som adresserer de rammer, borgerne indgår i. Der ses således en udvikling hen imod, at styringsambitionerne på rygeområdet forøges hen mod undersøgelsesperiodens slutning. Sverige er inddraget som sammenligningsland, og der er, især i begyndelsen af undersøgelsesperioden, markante forskelle på danske og svenske forebyggelsesstrategier, idet Sverige tidligere end Danmark adresserer samfundets ansvar for en røgfri befolkning.

### **Artiklens bidrag og kvalitet**

Artiklen bidrager, så vidt jeg ved, med den første opsamling af de nationale forebyggelsestiltag, der i Danmark er iværksat på rygeområdet. Endvidere skelnes i artiklen mellem individorienterede og strukturorienterede forebyggelsesstrategier, en sondring, der sjældent italesættes i dansk regi, hverken på rygeområdet eller på forebyggelsesområdet i det hele taget. Sondringen vurderer jeg imidlertid som væsentlig, eftersom de to forskellige strategityper ser ud til at influere med forskellig styrke og på forskellige befolkningsgrupper.

### *Afgrænsning*

Ærindet med artiklen er ikke at give en fuldstændigt fyldestgørende gennemgang af retorikken og tiltagene på rygeområdet, men at opridse de overordnede tendenser. Der er en kompleks sammensætning af faktorer, der har indflydelse på den ontologiske udvikling på rygeområdet, og derfor udgøres litteraturstudiet også af en heterogen sammensætning af politiske dokumenter, forskningsresultater, internationale WHO-anvisninger, historiske oversigter og publikationer med borgere som afsender. Jeg har afgrænset mig fra andre publikationstyper, som også kan have indflydelse på rygeområdet. Det drejer sig blandt andre om publikationer vedrørende tobaksindustrien, rygestopindustrien, interne politiske dokumenter, som er behandlet af andre forskere (blandt andre Albæk 2003, Avnstrøm og Poulsen 2006), samt udviklingen på området i andre lande, eksempelvis USA og England. Afgrænsningen kan sænke den interne validitet til trods for, at jeg i de inkluderede publikationer opnåede en vis mætning defineret ved, at jeg får de samme referencer frem ved forskellige søgninger.

På den anden side kan den relativt omfattende sum af publikationer fra en heterogen sammensætning af afsendere over en længere periode styrke både den interne og eksterne validitet. Blandt andet fordi det er muligt at danne sig et større overblik over konteksten for de enkelte publikationer og skelne vigtige hændelser fra knap så vigtige, hvilket ikke altid kan lade sig gøre i mindre omfattende reviews foretaget over kortere perioder (Aveyard 2010:8). Kortet, hvorudfra man placerer de enkelte hændelser og publikationer, bliver så at sige større og mere detaljeret i takt med, at undersøgelsesperioden udvides. Eksempelvis var Arbejdsmiljøinstituttets rapport "*Passiv Rygning*" (Borg 2004) ikke i sig selv revolutionerende, men dens sammenstilling af tobaksrøg og andre skadelige stoffer på de danske arbejdspladser udgjorde alligevel startskuddet til en ny opfattelse af passiv røg indenfor policydomænet.

### *Komparation*

Jeg anvender en komparativ tilgang i artiklen med det formål for øje at de-ontologisere den danske retorik og de danske forebyggelsestiltag på rygeområdet, som ellers kan fremstå "naturlige" (Bacchi 2009). De faktorer, der fremtræder i en analyse, afhænger af, hvad man sammenligner med, og i skandinavisk sammenhæng er den danske tilgang liberal, men havde jeg sammenlignet med et land med en mere liberal forebyggelsesform, eksempelvis England, ville andre elementer i forebyggelsen formentlig have været mere iøjnefaldende. Når Sverige vælges som sammenligningsland, skyldes det dels, at Sverige har grebet forebyggelsen anderledes an end Danmark, idet man tidligt fokuserede på at indrette samfundet, så det blev lettere at vælge ikke at ryge (WHO 1981). Desuden minder de to lande om



hinanden i forhold til befolkningssammensætning og -størrelse, historie, kultur, sprog, økonomi og velfærdsstatens udbygning, hvilket giver så ensartet sammenligningsgrundlag som muligt, og gør det muligt at få flere nuancer frem, end hvis sammenligningslandet på disse parametre var meget forskelligt fra Danmark. Der er dog en del historiske og kulturelle forskelle, som betyder, at svenske forebyggelsesstrategier ikke uden videre kan sammenlignes med danske, idet de enkelte strategier ikke kan ses isoleret fra den kontekst, de er en del af<sup>49</sup> (Vallgård og Koch 2007:233). For at imødegå validitetsproblemerne forbundet med kulturforskellene har jeg inddraget en relativ lang undersøgelsesperiode, da denne formentlig bidrager med i det mindste delelementer af den historiske kultur. Samlet set vurderer jeg, at det komparative element styrker artiklens validitet, eftersom det bidrager til at de-ontologisere den danske tilgang. Dog bevirker valget af Sverige som sammenligningsgrundlag, at den danske tilgang fremstår meget liberal.

### *Rygevaner*

De svenske og danske rygevaner adskiller sig ved, at danskerne i hele undersøgelsesperioden ryger flere cigaretter end svenskerne, mens svenskerne tygger mere skrå end danskerne (Forey et al 2002:595-615, OECD statExtracts). I den offentlige debat skelnes imidlertid sjældent mellem tobakstyperne, i stedet skæres alle typer over én kam. Af denne grund, samt for at kunne sammenligne de to landes rygevaner, inkluderer jeg i denne artikel alle tobakstyper.

### *Borgerperspektivet*

Tilgangen til forskningsresultater og statslige dokumenter på rygeområdet har været relativt ligetil, og der er hurtigt opnået mætning, mens tilgangen til publikationer ud fra et borgerperspektiv har været mere problematisk. I Danmark har der ikke været borgerforeninger af betydning på rygeområdet, og læserbreve har primært fremført rygernes perspektiv, og må vurderes af lav ekstern validitet. Derfor er borgerperspektivet underrepræsenteret i artiklen.

## **Artikel 2: "Smoking prevalence in comparison to smoking policies - initiatives targeting the population versus initiatives targeting the environment in Denmark, 1978-2010"**

Lige såvel som artikel 1 er denne artikel en oversigtartikel. Her er det primære fokus dog ikke på udviklingen i synet på og initiativerne overfor rygningen, men i rygeadfærden, operationaliseret ved rygeprævalensen for dagligrygere, og herved

---

<sup>49</sup> Eksempelvis adskiller lovgivningsprocesserne i Sverige sig fra Danmark ved, at de oftere bliver til på baggrund af omfattende betænkninger, høringer og begrundelser, end det er tilfældet i Danmark (Vallgård 2003:23-24).

placrer artiklen sig i domænet for den faktiske befolkningsadfærd. Artiklen er baseret på syv tværsnitsundersøgelser foretaget fra 1978 til 2010, og i alt er 39.950 borgere, bosiddende i Københavns 11 vestegnskommuner, inkluderet i undersøgelsen. Analysen viser, at andelen af dagligrygere faldt fra 61 % i 1978 til 19 % i 2010. Der ses et lidt større fald efter implementeringen af flere strukturorienterede tiltag i 2000'erne end inden (det gennemsnitlige årlige fald i 2000'erne er på 1,8 % mens det i den øvrige periode er på 1,1 %). Stratificerede analyser viser øget ulighed i rygeprævalensen målt på køn og uddannelse i løbet af 1980'erne og 1990'erne. Fra 1978 til 1991 faldt rygeprævalensen med 49 % blandt mændene men kun med 34 % blandt kvinderne. I samme periode faldt rygeprævalensen med 45 % blandt borgere med en erhvervskompetencegivende uddannelse, men kun med 23 % blandt borgere uden. I løbet af 2000'erne ses en mindre udligning i forhold til køn og uddannelse. Udviklingen kan indikere, at individorienterede tiltag, eksempelvis rygestopkampagner, som er den primære forebyggelsesstrategi i 1980'erne og 1990'erne, øger den sociale ulighed i sundhed, mens strukturorienterede tiltag, eksempelvis øgede afgifter og rygeforbud på offentlige steder, som i højere grad implementeres i 2000'erne, har en mere lige effekt. Endelig ses et fald i antallet af storrygere med 33 % fra 2007, hvor forbuddet mod rygning på offentlige steder trådte i kraft, til 2010.

### ***Artiklens bidrag og kvalitet***

Artiklen udgør en epidemiologisk pendant til første artikels policyfokus, og lige såvel som i artikel 1 er resultaterne opgjort over en længere tidsperiode. Rygeprævalensen i Danmark er veldokumenteret, også før 1978 (bilag 2). Til gengæld er sammenstillingen mellem rygeprævalens og implementering af henholdsvis individorienterede og strukturorienterede forebyggelsestiltag ny, formentlig fordi denne sammenstilling er behæftet med det validitetsproblem, at der ikke er en direkte kausalsammenhæng mellem forebyggelsestiltag og rygeadfærd (jf. afsnit 2.1 "Globalt design"). Når netop denne sammenhæng alligevel udgør emnet for artiklen, skyldes det den nye viden, der opstår i spændingsfeltet mellem de to fagdiscipliner.

### ***Rygevariablen***

Rygeprævalensen måles på dagligrygere uanset om de ryger cigaretter, pipe eller andre tobaksformer, og variabelen er aldersstandardiseret. Desuden måles på storrygere definerede som borgere, der ryger 15 cigaretter dagligt eller flere, og denne variabel måles udelukkende på cigaretter. Disse valg er foretaget for at øge artiklens sammenlignelighed med andre nationale og internationale publikationer vedrørende rygeprævalens, der næsten alle anvender samme definitioner. En

alternativ opgørelse over fordelingen af alle-rygere, aldrig-rygere og eks-rygere viser samme tendens til et lille "knæk" i rygeprævalensen i 2000'erne (bilag 6). Desuden ses blandt ikke-rygerne en stigende andel af aldrig-rygere og en faldende andel af eks-rygere fra 2007, hvilket stemmer overens med international forskning på området (eksempelvis Pierce et al 2011). Artiklen afgrænser sig imidlertid fra aldrig-rygere og eksrygere, eftersom begge disse variable har en lav intern validitet, hvis ikke de følges op af uddybende analyser vedrørende kohorteeffekten<sup>50</sup> for aldrig-rygere og rygestopdatoen for eksrygere.<sup>51</sup>

Endelig indgår lejlighedsvis rygere ikke i rygevariablen, hvilket både skyldes, at lejlighedsvis rygere ofte udgøres af en anden populationstype med anden livsstil og socioøkonomisk baggrund end dagligrygere (Oksuz, Mutlu and Malhan 2007, Edwards et al 2010) samt, at lejlighedsvis rygere er et bredt operationaliseret begreb, som risikerer at sænke den interne validitet, idet lejlighedsvis rygere både kan være de, der ryger én gang årligt og de, der ryger hver weekend.

### *Uddannelsesvariablen*

Grundet den 32 år lange undersøgelsesperiode er uddannelse målt på forskellige måder i tværsnitsundersøgelserne. De eneste konsistente variable har været den anvendte dikotome variabel vedrørende, hvorvidt borgerne har haft en erhvervskompetencegivende uddannelse, operationaliseret som uddannelse af mindst et års varighed, udover forberedende uddannelse samt en variabel vedrørende skolegang, målt på uddannelseslængde: 7 års skolegang eller mindre, 8-10 års skolegang samt mere end 10 års skolegang (bilag 7). Skolegangsvariablen viser en omtrentlig lignende tendens til, at rygeprævalensen i løbet af 1980'erne falder mere blandt borgere med lang skolegang end blandt borgere med kort skolegang. Når jeg anvender variablen "erhvervskompetencegivende uddannelse" fremfor "skolegang", skyldes det, at sidstnævnte beror på borgernes besvarelser af åbne kategorier (bilag 10), og det kan dermed være overordentlig forskelligt, hvordan borgerne definerer "skolegang". Variablen "erhvervskompetencegivende

---

<sup>50</sup> Med kohorte menes gruppen af responderende borgere, der har samme alder. I forhold til aldrig-ryger variablen er kohorteeffekten relevant, eftersom effekten af forebyggelsestiltagene på aldrig-rygere bør analyseres i relation til, hvornår rygere begynder at ryge, hvilket som regel er i 12-16 års alderen (Rasmussen og Due 2011:32-36). For at imødegå kohorteeffekten skal således dannes aldersgrupper for de, som var 12-16 år på de tidspunkter på tidslinjen, hvor der skete ændringer i forebyggelsestiltagene. En sådan kohorteafrænsning vil betyde, at hovedparten af undersøgelsespopulationen frasorteres, hvilket vil resultere i andre validitetsproblemer. Derfor er denne afrænsning ikke foretaget.

<sup>51</sup> Skulle eksrygervariablen anvendes, ville det være relevant at sammenholde rygestopdatoen med forebyggelsestiltag for at undersøge, hvorvidt der er en sammenhæng herimellem.

uddannelse” er imidlertid heller ikke uproblematisk, idet den som en dikotom variabel er unuanceret og ikke indikerer meget om befolkningens faktiske uddannelsesniveau. Der er en selektionsbias forbundet med variabelen, idet der i alle undersøgelserne er en overrepræsentation af borgere med uddannelse i undersøgelsespopulationen i forhold til den danske population generelt (dst.dk). Denne bias kan både skyldes den unuancerede uddannelsesvariabel og det faktum, at undersøgelserne er baserede på spørgeskemaundersøgelser, hvor borgerne selv har skullet rapportere uddannelsesniveau. For at imødegå biasen og øge generaliserbarheden til den samlede danske population er uddannelsesvariabelen for alle syv tværsnitsundersøgelser i alle analyserne vægtet i forhold til Danmarks Statistiks opgørelser (bilag 5). Vægtningen viser, at graden af overrepræsentationen stort set er uændret over tid. Dette til trods er artiklens konklusioner på uddannelsesvariabelen ikke konsistente med andre danske publikationer på området (Hansen 2011), hvilket bidrager til antagelsen om variabelens lave validitet.

#### *Responstrate*

Responsraten falder i undersøgelsesperioden med den højeste responstrate i 1978 (81 %) og den laveste i 1999 (52 %). Andre undersøgelser af faldet i responsraten konkluderer, at faldet ikke er tilfældigt, men at der er en overrepræsentation af rygere, der ikke responderer på spørgsmål vedrørende rygning, hvilket kan skyldes, at tobaksrygningen er blevet mere stigmatiseret i løbet af undersøgelsesperioden (Gorber et al 2009). Faldet i responstrate kan være kompromitterende både i forhold til artiklens eksterne og interne validitet,<sup>52</sup> eftersom undersøgelsespopulationen ikke nødvendigvis er lig den danske population samt, at en del af faldet i rygeprævalens potentielt kan tilskrives faldet i responsraten. Prævalensens ”knæk” i løbet af 2000’erne kan dog ikke tilskrives responsraten, eftersom denne ikke falder i 2000’erne i forhold til 1999-nedslaget.

#### *Geografi og socioøkonomi*

Undersøgelsespopulationen udgøres af respondenter fra Københavns Vestegnskommuner, mens forebyggelsestiltagene, som undersøgelsen spejles op imod, er tiltag på nationalt niveau. For at imitere den øvrige danske befolkning i det omfang, det er muligt, er undersøgelsespopulationen i alle syv tværsnitsundersøgelser vægtet i forhold til Danmarks Statistiks opgørelser for den samlede danske population i forhold til køn, alder, erhvervskompetencegivende

<sup>52</sup> Jeg definerer intern validitet som konklusionens integritet og ekstern validitet som graden af generaliserbarhed til den øvrige danske befolkning.

uddannelse og etnicitet<sup>53</sup> (bilag 5). Vægtningen har kun begrænset indflydelse på rygeprævalensen (max. 0,2 %). Selvom undersøgelsespopulationen med vægtningen tilnærmer sig den samlede danske population på de fire vægtede variable, betyder det ikke, at der automatisk kan generaliseres fra Vestegnen til den samlede danske befolkning, da andre faktorer kan spille ind. Det kan eksempelvis være geografiske faktorer, såsom hvorvidt borgerne bor på landet eller i byen, i den vestlige eller østlige del af landet og så videre. Problemet i forhold til den eksterne validitet vedrører ikke sammenstillingen af forebyggelsesstrategierne med rygeprævalensen, men "blot" at denne sammenstilling ikke nødvendigvis kan generaliseres til den øvrige del af landet.

### *Logistisk regression*

Der er anvendt binær logistisk regression,<sup>54</sup> eftersom outcome variabelen  $Y$  er lig sandsynligheden ( $\theta$ ) for, at hændelsen rygning/storrygning finder sted på baggrund af den kendte variabel  $X$  (Field 2009:266). Ud over den binære logistiske regressions egnethed i forhold til datavariablene, skyldes valget af netop denne analysemetode også en pragmatisk vurdering af dens positive indflydelse på analysens eksterne validitet, eftersom den øger sammenligneligheden med lignende publikationer, der oftest anvender logistisk regression. I de stratificerede analyser er der testet for confounder og interaktionsled (bilag 8).

### **Artikel 3: "It's my own choice! But I choose to be compliant' - changing attitudes towards the Danish law about smoking in public places, 2007-2010"**

Hvor artikel 1 og 2 kan karakteriseres som oversigtsartikler på hvert sit ontologiske niveau, kan artikel 3 karakteriseres som en "nedslagsartikel", der analyserer udviklingen i befolkningens holdning til et enkelt af de strukturelle forebyggelsestiltag, nemlig rygeloven fra 2007.<sup>55</sup> Artiklen beskæftiger sig således med en af de ikke-helbredsrelaterede konsekvenser, rygeloven medfører og kan, ligesom artikel 1, placeres indenfor policydomænet. Når netop holdninger til rygeloven fra 2007 vælges som nedslagspunkt, skyldes det, at det er det forebyggelsestiltag, der har været genstand for størst politisk bevågenhed og mest

---

<sup>53</sup> Sammenstillingen viser en stort set repræsentativ kønsfordeling, en overrepræsentation af ældre og af borgere med en erhvervskompetencegivende uddannelse. Etnicitsvariablen viser overrepræsentation af borgere med et andet statsborgerskab end dansk i nogle undersøgelser, men en underrepræsentation i andre (bilag 5). Underrepræsentationen kan skyldes, at spørgeskemaerne er udarbejdet på dansk.

<sup>54</sup> Ligningen for binær logistisk regression er følgende:  $P(Y) = \frac{1}{1+e^{-(b_0+b_1X_{1i})}}$  (Field 2009:266).

<sup>55</sup> Også kaldet "loven til sikring af røgfrie miljøer".

modstand inden implementeringen, både blandt politikere og i befolkningen. Artiklen består dels i to tværsnitsundersøgelser foretaget i henholdsvis 2007, lige inden implementeringen, og tre år efter, i 2010, med en samlet undersøgelsespopulation på 24.922 borgere bosiddende i Københavns 11 vestegnskommuner og desuden i en perspektivering til andre undersøgelser vedrørende befolkningers holdninger til strukturorienterede tiltag før og efter implementering. Fra 2007 til 2010 ses en relativ stigning i tilslutningen til rygeloven på 28,2 % (en absolut stigning fra 43,7 % til 56 %) og en relativ stigning på 55,8 % blandt rygere (en absolut stigning fra 23,3 % til 36,6 %), som var mest skeptiske overfor loven inden implementering. Endvidere ses den mest markante stigning i tilslutningen til rygeforbud på restauranter og værtshuse, hvor den offentlige debat var størst inden implementeringen af loven. Tilslutningen til forbud på restauranter steg med 57,8 % (absolut stigning fra 32,7 % til 51,6 %) og på værtshuse steg tilslutningen med 54,1 % (absolut stigning fra 21,8 % til 33,6 %). Resultaterne er konsistente med andre undersøgelser af holdninger til rygeloven, der også viser en relativt stor modstand inden lovimplementeringen og en markant øget tilslutning til loven efter implementering især på steder, hvor debatten og modstanden har været mest intens (eksempelvis Birkemose et al 2008, Edwards et al 2008). Endvidere underbygger den perspektiverende litteratur, at strukturelle ændringer, som eksempelvis implementeringen af rygeloven, er den faktor, der hurtigst medfører en holdningsændring i befolkningen (eksempelvis Togeby 2004).

### ***Artiklens bidrag og kvalitet***

Artiklen bidrager med en kritisk efterprøvning af den danske "mentalitet", som blev fremstillet i artikel 1. Der ses et mismatch mellem på den ene side idealet om den frie, aktive og autonome borger, hvis meninger og handlinger "staten ikke skal styre" og på den anden side det relativt store antal borgere, der ændrer holdning til rygeloven efter lovens implementering. Udviklingen hen imod, at borgernes holdninger med tiden tilpasses de aktuelle strukturelle rammer, problematiserer således stabiliteten i såkaldte folkestemninger i forebyggelsesdebatten.

### ***Undersøgelsesperiode***

Der er et internt validitetsproblem forbundet med, at udviklingen i tilslutningen til rygeloven i undersøgelsesperioden ikke direkte kan sammenlignes med udviklingen inden 2007. Det fremgår således af artiklen, at tilslutningen til rygeloven øges, men ikke, om den øges hurtigere end før implementeringen. Dette er forsøgt imødegået ved at sammenligne med andre, tidligere undersøgelser af tilslutningen til

rygeloven, men eftersom disse undersøgelser ikke måler på nøjagtigt samme parametre, elimineres validitetsproblemet ikke fulstændigt.

### *Logistisk regression*

Som i artikel 2 er der anvendt binær logistisk regression og som ved artikel 2, skyldes dette valg af analysemetode dens egnethed i forhold til datavariablene samt en pragmatisk vurdering af dens positive indflydelse på analysens eksterne validitet, eftersom den øger sammenligneligheden med lignende publikationer, der oftest anvender logistisk regression.

### *Geografi og socioøkonomi*

Som i artikel 2 udgøres undersøgelsespopulationen af respondenter fra Københavns Vestegnskommuner, og undersøgelsespopulationen er vægtet i forhold til Danmarks Statistiks opgørelser for den samlede danske population i forhold til køn, alder, erhvervskompetencegivende uddannelse og etnicitet (bilag 5). Vægtningen betyder dog ikke, at der automatisk kan generaliseres fra Vestegnen til den samlede danske befolkning, da andre faktorer end de fire inddragne variable kan spille ind.

### *Stratificering*

Stratificering for køn, alder og socialgruppe er ikke inkluderet i artiklen, da formålet er at analysere holdningsudviklingen i befolkningen generelt. Desuden er denne stratifikation allerede er foretaget andetsteds (Lykke 2012). I bilag 9 er imidlertid foretaget en stratificering, der viser, at holdningsændringerne er størst blandt ældre, kvinder og borgere i lavere socialgrupper, som er de befolkningsgrupper, der er mest skeptiske overfor rygeloven inden dens ikrafttrædelse.

### *Kontekstualisering*

Der ses i det systematiske litteraturstudium (bilag 3) en entydig tendens til markant større tilslutning til rygeloven efter implementering i alle inkluderede lande. Faktisk er der i litteraturstudiet ikke fundet ét eksempel, der ikke viser markant øget tilslutning efter implementering.<sup>56</sup> Dette tyder på en høj grad af ekstern validitet i forhold til rygeområdet. Tendensen gør sig også gældende på andre områder, hvor der sker strukturelle ændringer, men der er ikke en entydig tendens til, at tilslutningen øges lige så hurtigt som på rygeområdet. En medforklarende faktor i forhold til den markante holdningsændring kan være, at rygeloven blev fulgt op af øget implementering af informationskampagner og rygestoptilbud.

---

<sup>56</sup> Jeg definerer, i overensstemmelse med Togeby, en markant øget tilslutning som en gennemsnitlig stigning på mere end 2 % årligt (Togeby 2004).

#### **Artikel 4: "Etik i folkesundhed – mellem individuelt og samfundsmæssigt fokus"**

Artikel 4 kan karakteriseres som en kritisk etikdiskussion af den danske forebyggelsestilgang ud fra et aktørperspektiv. Artiklen kan således ikke direkte placeres indenfor policydomænet (figur 7), men relaterer sig hertil. Med etikdiskussion refereres til en diskussion af de forebyggelsesstrategier, der anses for at være ret og rimelige i forhold til velfærdsstatens solidaritetsprincip, der går på at tage hånd om samfundets svageste. Det er således et anvendt etisk ståsted,<sup>57</sup> artiklen er udarbejdet på baggrund af. Artiklen bygger på et systematisk litteraturstudium (bilag 4) og diskuterer det såkaldte "livsstilsbegreb" som anvendes indenfor folkesundhedsdiskussioner i Danmark. Begrebet anvendes ofte som synonym til adfærdsbegrebet, eksempelvis i forhold til KRAM-faktorerne. Når begrebet anvendes på denne måde, indikerer det en tilgang, hvor borgernes sundhedstilstand anses som et resultat af deres individuelle og frie valg. Strukturelle faktorer, som borgeren ingen indflydelse har på, italesættes sjældnere; det være sig fødevarer-, tobaks- og alkoholindustrien, afgiftssætning, borgernes genetiske forudsætninger og deres opvækstvilkår. Disse strukturelle faktorer betyder, at borgerne kan have meget forskellige udgangspunkter for at leve sunde liv, og det er derfor problematisk udelukkende at tale om sundhed som et frit livsstilsvalg. Livsstilsbegrebet og den individorienterede tilgang til folkesundhed bygger på opfattelsen af borgeren som fri, aktiv og autonom, og opfattelsen af statens rolle som bestående i at stille viden til rådighed for borgeren. De danske forebyggelsesstrategier sammenlignes med WHO's mere økologiske tilgang,<sup>58</sup> hvor livsstilen kun anses for at være en enkel faktor i et komplekst system af indbyrdes afhængige faktorer, hvor også mere strukturelle elementer adresseres. Hvor de øvrige artikler behandler befolkningen som en relativ homogen størrelse, behandles i denne artikel heterogeniteten i befolkningen, idet der fokuseres på, at forskellige forebyggelsesstrategier har uens indflydelse på forskellige befolkningsgrupper.

#### **Artiklens bidrag og kvalitet**

Lige såvel som artikel 3 bidrager artikel 4 med en kritisk stillingtagen til forebyggelsesstrategierne. Artiklen diskuterer det problematiske i præmissen for de individorienterede tiltag, der har været mest anvendt, nemlig en præmis om de frie, lige og autonome borgere. Artiklen bidrager med en diskussion af konsekvensen af denne præmis, idet præmissen fører til et reduktionistisk fokus på de faktorer,

<sup>57</sup> Med et anvendt etisk ståsted diskuteres empiriske konsekvenser i forhold til etiske overvejelser.

<sup>58</sup> Med økologisk tilgang henviser jeg til, at man ikke ser på befolkningens livsstil isoleret, men også forholder sig til de samfundsstrukturer, der mulighedsbetinges livsstilen.



borgerne selv har indflydelse på fremfor de faktorer, der ligger udenfor borgerens egen indflydelse. Således tager artiklen, i modsætning til de tre øvrige, et normativt standpunkt.

### *Livsstil i forhold til KRAM*

Mens de tre første artikler har rygeområdet som genstandsfelt, diskuteres i denne artikel det såkaldte livsstilsbegreb i forhold til alle fire KRAM-faktorer. Genstandsfeltet er således ikke direkte sammenligneligt med de øvrige artikler, hvilket kan kompromittere artiklens eksterne validitet i forhold til de øvrige artiklers fokus. Dette til trods har en etisk diskussion af livsstilsbegrebet alligevel sin berettigelse, eftersom en diskussion af individorienterede og strukturorienterede forebyggelsestiltag også er relevant på rygeområdet, men sjældent er genstand for analyse. Der er en strukturel korrespondance mellem borgernes sundhed og deres socioøkonomiske forudsætninger, som den oftest anvendte danske definition af livsstilsbegrebet ikke adresserer (Larsen 2010:69, Vallgård 2010:819). Der er imidlertid også etiske problemer forbundet med strukturorienterede tiltag, eksempelvis hvis lavindkomstgrupper fortsætter med at ryge trods afgiftsstigninger, og dermed har færre penge til andre vigtige ting.

### *Danmark og WHO*

Den danske tilgang sammenlignes med WHO's anbefalinger for forebyggelsen, idet det diskuteres i hvor høj grad Danmark lever op til WHO's anbefalinger. Sammenligningen skal dog ikke ses som en traditionel komparation, hvilket ville bevirke et internt validitetsproblem, da WHO som organisation har markant andre forudsætninger for deres anbefalinger end Danmark, eksempelvis i forhold til økonomi. Sammenligningen er derimod foretaget for at illustrere den rettesnor, dansk forebyggelse siden 1984 retter forebyggelsesstrategierne efter.

## **2.5 Opsamling: Artiklernes udviklingshistorie**

Hver især fortæller artiklerne en udviklingshistorie om henholdsvis epidemiologi, statslige forebyggelsestiltag og borgernes respons. Tilsammen beretter artiklerne om en udvikling i relationen mellem ontologisk forskellige niveauer, en udvikling hen imod, at rygning i højere grad bliver problematiseret, og styringsambitionerne overfor rygende borgere øges.<sup>59</sup> Det er denne relationelle udvikling samt de

---

<sup>59</sup> Udviklingen hen imod større styringsambitioner er konsistent med fundene hos Vallgård (2003).

styringsmæssige udfordringer i sundhedens ærinde, der er genstandsfeltet for den overordnede teoretiske analyse og perspektivering.

Der foreligger mange epidemiologiske publikationer om befolkningens rygevaner og sundhedsadfærd i det hele taget, ligesom der også foreligger en del policyanalyser af politiske beslutningsprocesser hen imod vedtagelsen af konkrete forebyggelsesstrategier og -tiltag. Der er imidlertid ikke megen forskning, der går på tværs af disse to ontologiske arenaer, ligesom der ikke er megen forskning, der inddrager borgernes rolle i forbindelse med efterspørgslen efter bestemt forskning og bestemte forebyggelsesstrategier (Midanik 2006 og Conrad 2008 er blandt de, der har analyseret på tværs af paradigmerne). Dette skyldes formentlig den tidligere beskrevne logiske udfordring og den lave interne validitet i en sådan sammenstilling. Ikke desto mindre bidrager en analyse af den gensidige relation mellem disse ontologisk forskellige niveauer med en mere økologisk og sammenhængende viden om de udviklingstendenser, der gør sig gældende på begge ontologiniveauer. Derfor udgør denne relation mellem stat, borger og epidemiologi genstandsfeltet for den teoretiske analyse.

### **Sundhedsidealet**

Hvad er det så for en udvikling, der ses i artiklerne hver for sig og tilsammen? Det er en udvikling hen imod større styringsambitioner på rygeområdet. Denne udvikling er både kvantitativ, idet der implementeres flere forebyggelsestiltag mod periodens slutning end i dens begyndelse, og kvalitativ, idet tiltagene bliver mere intervenserende samt, at retorikken omkring rygningen skærpes.

Udviklingen hen imod flere styringsinitiativer, der søger at få befolkningen til at leve sundere og kvitte tobakken, bundes i det epidemiologiske system. Dette system lever på paradoksal vis side om side med idealet om den frie borger, som bundes i det juridiske system. Der ses i artiklerne en række indikatorer herpå. Eksempelvis italesættes statens rolle oftest ved at stille viden til rådighed og ved at lave oplysningskampagner, mens strukturorienterede tiltag, som rygeloven fra 2007, møder megen modstand, som netop går på, at den krænker rygerens frihed. Idealet afspejles også i de frivillige hensynsaftaler, der indgås mellem staten og tobaksindustrien indtil 1990'erne (eksempelvis Indenrigsministeriet 1964:15), i foreningen Hensynsfulde Rygeres (Hen-Ry) forsøg på at mægle sig til en konsensus mellem rygere og ikke-rygere og ved holdningen hos hovedparten af danskerne, at rygerne skal have lov til at ryge, så længe de gør det hensynsfuldt (Albæk 2003:6). Også den politiske retorik afspejler frihedsidealet, eksempelvis i regeringens folkesundhedsprogram, hvori det hedder, at: *"det offentlige skal ikke styre vore liv"*

(Regeringen 2002:57). Endelig afspejles ideologien i fokuset på det såkaldte livsstilsbegreb, som omhandler KRAM-faktorerne, og som i praksis forudsætter borgernes reelle frie valg til at vælge sund adfærd. Der er således tale om øgede styringsambitioner indenfor en styringsform, som netop idealiserer friheden.

### **Frihedsidealet**

*"Vi har i dag besluttet os til en bestemmelse, der gør det muligt for enhver borger at rejse ud over DDRs grænseovergange."* Sådan lød den direkte TV-transmitterede pressekonference med politbureauemedlemmet Günter Schabowski d. 9. november 1989 (Jensen, Knudsen og Stjernfelt 2008:2178). Talen forårsagede Berlinmurens åbning, og kort tid derefter fulgte Sovjetunionens sammenbrud. Disse store samfundsomvæltninger gav vind i sejlene for vestens neoliberale styringsrationale, som Ronald Regan repræsenterede i USA og Margaret Thatcher i England, ikke blot i de lande, som var berørt af samfundsomvæltningerne, men i den vestlige verden i det hele taget, og også Danmark<sup>60</sup> (Liedman 2000:251). *"Der var opstået en tendentielt verdensomspændende konsensus angående det liberale demokratis ubestridte legitimitet som regeringsform"* (Jensen, Knudsen og Stjernfelt 2008:2178). Selvom styringsrationalet ikke længere betegnes liberalisme<sup>61</sup> men neoliberalisme,<sup>62</sup> er den overordnede værdi stadig den samme som tidligere, nemlig borgernes frihed og mindst mulig statslig indblanding. Neoliberalismen hviler, ligesom liberalismen, på den juridisk-politiske ontologi om borgeren som et aktivt og autonomt retssubjekt med ukrænkelige frihedsrettigheder.<sup>63</sup> Frihedsrettighederne operationaliseres ofte som politiske rettigheder, civile rettigheder, sociale rettigheder og kulturelle rettigheder (Buch et al 2005:40, van Houdt 2008:2). Ud fra denne ontologi skal samfundet først og fremmest bygge på frivillige kontrakter mellem borgere, stat og marked.

---

<sup>60</sup> I Danmark associeres neoliberalismen ofte med Anders Fogh Rasmussens vision om minimalstaten, som oprindeligt er introduceret af den politiske filosof Robert Nozick i 1974 (Jensen, Knudsen og Stjernfelt 2008:2190-2191).

<sup>61</sup> Liberalismen udvikledes helt tilbage i antikken, og består i at beskytte borgeren overfor staten og overfor andre borgere, jævnfør Rousseaus definition af, at én borgers frihed ender, hvor en andens begynder (Rousseau 1762 i: Jensby et al 1980:172).

<sup>62</sup> Begrebet neoliberalisme anvendtes første gang i 1938 af den tyske økonom Alexander Rüstow. I sin tidlige anvendelse adskilte neoliberalismen sig fra liberalismen ved at bygge på idealet om en stærk stat, men i den senere anvendelse er denne forskel mindsket. Siden slutningen af 1980'erne er begrebet neo-liberalisme anvendt sammen med en række andre idehistoriske recyclingsbegreber som neo-konservatisme, neo-nationalisme osv. (Jensen, Knudsen og Stjernfelt 2008:2178).

<sup>63</sup> Den personlige friheds ukrænkelighed er grundfæstet i den danske Grundlov og optræder første gang i Grundloven af 1953 (Rüdiger 2003:18).

Jeg vurderer, at begrebet: "Neoliberalt styringsrationale" er et velegnet begreb til at betegne aktuelle strømninger i det danske styringsrationale på forebyggelsesområdet og også på rygeområdet. Dette begrundes jeg i neoliberalismens frihedsideal, som kan ses som en gennemgående faktor i den indsamlede empiri. Med inkluderingen af neoliberalismen henviser jeg ikke til Danmark som et udelukkende neoliberalt samfund, da det på mange måder er bygget op omkring en socialdemokratisk velfærdsmodel (Vallgård 2007a). Jeg henviser i stedet til de neoliberale strømninger, som siden 1980'erne og især siden murens fald har været og er nærværende i det danske styringsrationale.

Med udgangspunkt i det neoliberale rationale, der fremkommer i artiklerne, anlægger jeg i den teoretiske analyse et medikaliseringsspektiv. Når jeg vælger netop dette perspektiv som min teoretiske og epistemologiske tilgang til feltet, skyldes det, at medikaliseringen udgør en kritik af neoliberalismens frihedsproklamation, idet den peger på diskrepanser mellem frihedsidealet og sundhedsidealet. (se kapitel 9: "Konklusion" for en vurdering af medikaliseringsspektivet som analytisk blik). I overensstemmelse med retroduktionen anvender jeg medikaliseringsspektivet som en fleksibel og epistemologisk åben<sup>64</sup> arbejdsressource nærmere end som en rigid analyseorientering.

Ud fra en medikaliseringstilgang fremgår det, at borgere i samfund præget af det neoliberale styringsrationale i høj grad bliver styrede, blot tager styringen en mere raffineret og skjult form end ved eksempelvis bureaukratiske, marxistiske eller diktatoriske styreformere (Jensen, Knudsen og Stjernfelt 2008:2177). Som med magt definerer jeg ikke styring som en afgrænset faktor tilhørende staten, men som en allestedsnærværende præmis i menneskelig interaktion (jævnfør afsnit 1.3.1: "Begrebsafklaring"). Styring og magt er heller ikke udelukkende repressivt, men er i høj grad også produktivt og skabende:

"What makes power hold good, what makes it accepted, is simply the fact that it doesn't only weigh on us as a force that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasure, forms knowledge produces discourse. It needs to be considered as a productive network which runs through the whole social body, much more than as a negative instance whose function is repression (Foucault in Rabinow 1984:61).

<sup>64</sup> Med "epistemologisk åben" henviser jeg (jf. Layder 2005:39) til, at begrebet må være åbent overfor nye anvendelser og fortolkninger.

Forebyggelsesområdet er således ikke værdineutralt, men udgør en magtfuld institution, hvor indenfor borgerne styres til sundhed, og hvor samfundets dominerende ideologi vedrørende borgernes sundhed produceres og reproduceres (Lupton 1997:97, Willams 2003:16).

Medikaliseringebegrebet er langt fra nyt. Når begrebet stadig er aktuelt, skyldes det, at styringsambitionerne i forhold til at opnå og opretholde en sund befolkning, især på rygeområdet, er større end nogen sinde. Årsagen hertil er et komplekst net af øget fokus på forebyggelse, ny viden, ny teknologi og mere efterspørgsel efter

## KAPITEL 3

# INTERDEPENDENT MEDIKALISERING

Dette kapitel analyserer på niveauet for strukturændelser (jævnfør figur 7) den samlede udviklingstendens, der fremkom i artiklerne. Først defineres medikaliseringensbegrebet nominelt og operationelt. Herefter analyseres medikaliseringsprocessen i relationen mellem stat, borger og epidemiologi.

Lad os indlede med en lille tænkt anekdote:

En person, lad os sige en "husfar", står i sit køkken og forbereder aftensmaden. Han panerer kød til wienerschnitzler. På køkkenbordet er, udover kødet, tre tallerkener; én med mel, én med sammenpisket æg og én med rasp. Først vendes hver schnitzel i melet, så overfladen er dækket, så vendes den i æggemassen, som også dækker overfladen og til sidst vendes den i raspen. Skal schnitzlerne række længere, kan processen gentages, i princippet indtil flere gange. Essensen ved paneringen er, at de forskellige ingredienser binder hinanden til kødet. Jo mere æg der er på overfladen, desto mere rasp hænger ved. Jo mere rasp, der er, desto mere æg kan det suge osv. Hver gang det panerede kød flyttes fra én tallerken til en anden, har overfladen fået nyt udseende og struktur, og hver gang har det absorberet lidt mere af ingredienserne i tallerkenene.

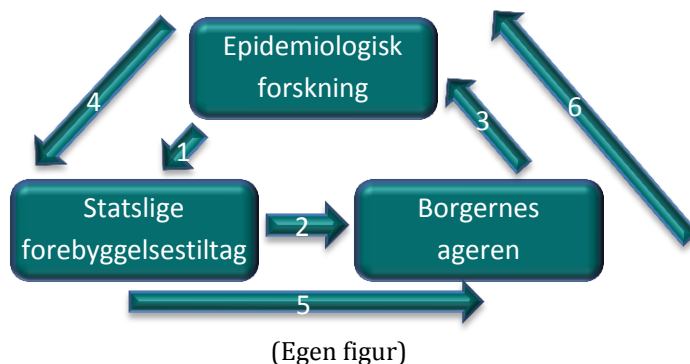
Denne hverdagsanekdote kan i metaforisk form også siges at gøre sig gældende i forhold til medikaliseringsprocessen. Her skiftes mel, æg og rasp dog ud med epidemiologisk viden om sygdommes ætiologi, statslige forebyggelsestiltag og borgernes ageren. Over tid akkumuleres mere og mere epidemiologisk viden om eksempelvis rygningens skadevirkninger. Denne viden forårsager efterspørgsel, hos

borgerne samt nationale og internationale interesseorganisationer, efter statistiske reguleringer til at begrænse rygningen. Reguleringerne bevirker igen en respons hos borgerne og en ny "normalitet" – eller en ny overflade, om man vil. Reguleringerne og den nye norm skaber igen efterspørgsel efter ny viden på området og så fremdeles. For hver gang rygeområdet tillægges ny viden, nye reguleringer og nye normer, absorberes flere og flere områder af borgerens og statens virke af sundhedsbegrundede argumenter. Denne udvikling er interdependent eller gensidigt afhængig: Lige såvel som der skal være mel på schnitzlerne før æggemassen hænger ved osv., skal der foreligge videnskabelig evidens for rygningens – og senere den passive rygningens skadevirkninger – før de styringsmæssige ambitioner øges, og idet de styringsmæssige ambitioner øges, øges også efterspørgslen efter forskning, og normen for rygeadfærden ændres.

Det er således den *interdependente relation* mellem disse tre faktorer, og i overført betydning, den øgede massevolumen, over tid, der er genstand for nærværende analyse. Mængden af aktivitet svinger mellem perioder med mange nye forskningsresultater, meget efterspørgsel og mange forebyggelsestiltag og perioder med mindre aktivitet. Men den overordnede strukturelle udvikling går imod, at flere og flere områder af hverdagslivet inkorporeres i epidemiologiske termer, der vedrører rygning og for den sags skyld også kost, alkohol og motion.

Over tid ekspanderes de epidemiologiske termer, og de koloniserer eller medikaliserer flere og flere områder, som tidligere var definerede ud fra andre rationaler. Med den ovenstående relationelle anekdote in mente kan denne proces, stærkt forsimplet, illustreres ved pilene i nedenstående figur:

**Figur 9: Medikaliseringsudvikling i den interdependente relation**



Ærindet med denne forsimplede model er at illustrere, at for hver gang der fremkommer ny epidemiologisk viden, øges statens styringsambitioner, og der

kommer flere reguleringer (pil 1). Med flere reguleringer skabes en ny norm hos borgerne (pil 2) samt yderligere efterspørgsel efter forskning (pil 3). Modellen er forsimplet, idet den kun illustrerer udviklingen i én retning. Udviklingen er imidlertid polyvalent, idet den også går fra forskning til borgernes forventninger og så videre. Som beskrevet i afsnit 2.1: "Globalt design", udgør disse tre samfundsmekanismer tilsammen udviklingen i strukturændelsen.

### 3.1 Definitioner og anvendelse

#### Medikalisering - nominal definition

Med medikaliseringensbegrebet henviser jeg til den proces, at flere og flere områder af borgernes og statens virke defineres som sundhedsrelaterede problemer. Det vil sige, at områderne defineres ud fra medicinske termer og behandles som medicinske – og nærmere bestemt epidemiologiske - problemer<sup>65</sup> (jf. Conrad and Schneider 1992:8, Conrad 2007:4-6, Holmqvist 2008:35, Clarke and Shim 2009:209-210, Maturo 2009:21). Det er således en proces, hvor mærkaterne "sund" og "syg" bliver relevante i forhold til et større omfang af den menneskelige eksistens. I definitionen af medikaliseringen fokuserer jeg mere på det faktum, *at* flere og flere områder defineres som sundhedsrelaterede problemer end *hvordan*.

Medikaliseringstendensen kan sammenstilles med en epidemiologisk kolonisering,<sup>66</sup> både af borgernes livsverdenen, men også af andre definitionsmåder, som fortrænges. Når jeg anvender medikaliseringensbegrebet og ikke koloniseringensbegrebet, skyldes det flere faktorer. Dels implicerer koloniseringstilgangen et videnskabeligt regime i bred forstand, hvorimod der i nærværende medikaliseringstilgang er et mere snævert fokus på den medicinske og især den epidemiologiske videnskabs udvikling. Desuden henviser koloniseringensbegrebet og den tyske filosof og sociolog Jürgen Habermas' teoretisering til et i bred forstand politisk blik på udviklingen, mens Foucaults blik primært vedrører etikkens udvikling (Rabinow 1984:373), hvilket stemmer overens med denne analyses ærinde. Endelig referer koloniseringensbegrebet i Habermasiansk

<sup>65</sup> Der findes enkelte områder, der er karakteriseret ved de-medikalisering i stedet for medikalisering (Conrad and Schneider 1992:261, Midanik 2006, Conrad 2007). Det gælder eksempelvis homoseksualitet, som ikke længere defineres ud fra et medicinsk paradigme. Der er dog ganske få eksempler på de-medikalisering, og for disse, som med homoseksualiteten gælder, at de til en vis grad er flyttet fra et medicinsk paradigme til et genetisk paradigme, og således stadig er genstand for en systemisk kolonisering. Af disse grunde bearbejdes de-medikaliseringen ikke yderligere.

<sup>66</sup> Foucault anvender selv koloniseringensbegrebet, men noget mere flygtigt end Habermas.



forstand til aktørernes konsensusønske i en bivalent relation mellem system og livsverden. Denne tilgang matcher ikke den i empirien fremkomne og yderst komplekse, værdiladede relation mellem vidensakkumulering, vidensefterspørgsel, styringsstrategier og efterspørgslen herefter samt magtkampe mellem forskellige ontologiske blikke på, hvad der skal sikres (retten til selv at bestemme, om man vil ryge, eller retten til et røgfrit liv). Jeg vurderer derfor medikaliseringensbegrebet som det bedst egnede i teoretiseringen af udviklingen.

Medikalisering som definitionen af adfærd og fænomener ud fra et sundhedsrationale er i sig selv en art social kontrol, idet det skaber bestemte forventninger til borgernes adfærd. Efterhånden som den epidemiologiske kompetence til at definere afvigelser i borgernes adfærd ud fra medicinske termer øges, ekspanderes også omfanget af den medicinske sociale kontrol (Conrad and Schneider 1992:7, Conrad 2007:8). Med dette menes, at afvigende adfærd, som tidligere blev defineret som "dårlig" eller "umoralsk" adfærd, i stigende grad bliver defineret som "syg" adfærd og som adfærd, der kræver systematisk medicinsk undersøgelse, kontrol, forebyggelse og behandling (Midanik 2006:17, Holmqvist 2008:40). Den sociale kontrol med afvigende adfærd udøves således i stigende grad ud fra et medicinsk og epidemiologisk rationale, hvor adfærden defineres som en medicinsk case. Der opstår således et medicinsk genstandsfelt og vokabularium, hvor indenfor det er muligt at italesætte adfærden som en medicinsk afvigende eller usund adfærd, som kan kontrolleres.

Medikaliseringensbegrebet anvendte første gang af lægen Jesse Pitt i 1969, men udvikledes af filosofen Michel Foucault, eksempelvis i sine forelæsninger på Collège de France i 1976 (Foucault 1980:101, Foucault 2000b:134-135, Nye 2003:117, Rørbye 2002:79, Conrad 2007:8). Begrebet har været anvendt lige siden og er undervejs blevet tillagt forskellige betydninger. I dets tidlige anvendelse i en marxistisk inspireret samtid blev medikaliseringensbegrebet ofte defineret som "medicinsk imperialism", hvor der fokuseres på lægers og epidemiologers dominans og definitionsmagt, som pålægges staten og befolkningen (Nye 2003:117, Porter 2003:687, Conrad 2007, Clarke and Shim 2009:210). En anden definition er den såkaldte "selling sickness"-definition, som vedrører medicinalvirksomheders øgede produktion af medikamenter for tilstande, som tidligere betragtedes som et menneskeligt lod; eksempelvis post-traumatisk stress hos soldater, skaldethed hos mænd og hyperaktivitet eller ADHD hos børn (Midanik 2006:1,22). En tredje og nyere tilgang er biomedikaliseringensbegrebet. Her undersøges den interdependente relation mellem forskning og styring (eksempelvis Clarke 2006, Midanik 2006, Clarke and Shim 2009, Rose 1999, 2006, 2009). Biomedikalisering beskæftiger sig

dog primært med biomedicin<sup>67</sup> og genteknologi, ikke epidemiologi, hvorfor begrebet ikke er fyldestgørende i denne sammenhæng.

### **Interdependent medikalisering**

I min anvendelse af begrebet fokuserer jeg især på *definitions magten* og på den proces, der over tid bevirker, at flere områder af borgernes liv defineres ud fra medicinske termer og ikke ud fra eksempelvis religiøse eller personlige (jf. Nye 2003:115-129, Clarke and Shim 2009:210). Jeg fokuserer på den interdependente og dynamiske relation mellem stat, borger og epidemiologisk forskning, som over tid fører til ændrede definitioner af eksempelvis rygeproblematikken. Definitionerne ændres ved, at de måder, der styres på, muliggør opkomsten af bestemt viden og bestemte ontologier, lige såvel som denne viden og disse ontologier muliggør bestemte måder at styre på. I interdependensbegrebet ligger således immanent, at definitions magten ikke er singularær, det ligger ikke enten hos epidemiologien, staten eller borgerne som enkeltaktører, men at den over tid produceres i relationen imellem disse tre størrelser. Et eksempel på dette er rygeloven fra 2007, som forbyder rygning på offentlige steder. Her efterfølges implementeringen af loven, udover et vedvarende fokus på forskning i rygningens skadevirkninger, også af et ændret syn på tobaksrygning blandt nogle borgere samt efterspørgsel efter yderligere stramninger overfor passiv røg (Lilmoes 2012). Der er således ikke tale om "medicinsk imperialism", forstået som en lineær koloniseringsform (jf. Conrad 2007:149), men i stedet om en kompleks cirkulær proces, der over tid finder sted mellem et net af forskellige aktører. Foucault beskriver interdependensen som en: "*dybt rodfæstet konvergens mellem de krav, en politisk ideologi og en lægevidenskabelig teknologi gjorde gældende*" (Foucault 2000a(1963):77). I interdependensbegrebet ligger også, at det ikke kun er borgerene, der medikaliseres, det gælder også staten og etikken. I denne definition udgør behandlere og medikamenter, modsat den medicinske imperialism og selling-sickness definitionen, ikke de dominerende faktorer men er nærmere led i komplekse og interdependente "magtkæder". Jeg vurderer derfor ikke de gængse begrebsretninger som værende fyldestgørende, hvorfor jeg vælger betegnelsen "interdependent medikalisering".

Hvor medikaliseringsprocessen så at sige udgør udviklingens "hvad", dens ontologiske udvikling, udgør interdependensprocessen dens "hvordan", også kaldet dens epidemiologi.

---

<sup>67</sup> Biomedicinen er en samlebetegnelse, som involverer en række tekniske fagområder såsom molekylær biologi, genetik, genomik, bioteknologi, farmakogenomik og nanoteknologi (Clarke and Shim 2009:213).

### **Magt-viden forhold**

Jeg henter inspiration i Michel Foucaults magt-viden relation, og særligt i værkerne *"Seksualitetens Historie: Viljen til viden"* (Foucault 1978(1976)) og *"Klinikkens Fødsel"* (Foucault 2000a(1963)).<sup>68</sup> Jeg operationaliserer imidlertid magt-viden relationen anderledes end Foucault, idet jeg fokuserer på en polyvalent relation mellem epidemiologisk viden, statslige forebyggelsesstrategier og borgernes ageren. Jeg opsplitter således magtbegrebet i statslig magt og borgermagt. Foucault anså ikke magten som havende et centralt centrum, eksempelvis hos staten, selvom han anerkendte statens betydning (Foucault 1980:122). Magten var i stedet hos Foucault relationel, heterogen, overtalende, multipel og rodfæstet i vidensinstitutioner som eksempelvis epidemiologien. Af samme grund var hans ærinde ikke at undersøge, hvem der besad magten, men i stedet at undersøge hvordan magten blev udøvet (Foucault 1980:131, Otto 2006:5, Foucault 2008b(2004):132, Walters 2012:14), hvilket må antages at være årsagen til, at han ikke beskæftiger sig med opdelingen af stat og borger. Når jeg har lavet denne distinktion, skyldes det to faktorer:

1. Før det første det pragmatiske argument, at statsligt iværksatte forebyggelsesstrategier (eksempelvis oplysningskampagner) og borgernes ageren (eksempelvis rygeprævalensen) lader sig operationalisere. Jeg deler dog Foucaults ærinde så langt, at det er interaktionen og interdependensen mellem epidemiologisk viden, statslige forebyggelsesstrategier og borgernes ageren, der er mit genstandsfelt, og ikke de tre faktorer i sig selv.
2. Opsplitningen tydeliggør at der, lige såvel som der kan være inerti mellem epidemiologisk viden og forebyggelsesstrategier, også kan være inerti mellem politiske intentioner om at implementere tiltag og borgernes efterspørgsel efter disse tiltag, eller omvendt mellem borgernes efterspørgsel efter tiltag og tiltagenes ikrafttrædelse (det fremgår eksempelvis af rygeloven fra 2007). Selvom begge instanser udøver magt, er det ontologiske udgangspunkt for magten forskellig mellem borgere og stat.

### **Medikalisering – operationelle indikatorer**

En operationel indikator på problemer, der optages i den medicinske sfære, gives ved problemer, der klassificeres som diagnoser, omfanget af diagnosebeskrivelserne og antallet af borgere, der diagnosticeres. I internationalt regi henvises ofte til Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' sygdomsklassifikation (eksempelvis Conrad 2007:118, Frohlich 2008:880).

---

<sup>68</sup> Disse publikationer kan tidsmæssigt placerede i den midterste del af Foucaults forfatterskab, hvor han primært fokuserer på magtudøvelse som evnen til at lede sig selv og andre.

Manualen omfatter psykiske problemer i bred forstand, og inkluderer også såkaldte afhængighedssygdomme som tobaks- og alkoholafhængighed. Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af diagnoser og sideomfang vedrørende symptomer, der indikerer de inkluderede diagnoser.

**Tabel 3: Udvikling i diagnoser**

*Number of Diagnoses and Total Pages in DSM Versions I–IV, 1952–1994*

Version	Year	Total Number of Diagnoses	Total Number of Pages
I	1952	106	130
I	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

(American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in: Conrad 2007:118)

I tabellen ses en ekspansion i antal definerede diagnoser fra 106 i 1952 til 297 i 1994 samt i manualens omfang, som stiger fra 130 sider til 886 sider. Som professor i social welfare Stuart Kirk ironisk påpeger, betyder ekspansionen i antallet af diagnoser i manualen, at kun få efterhånden helt kan sige sig fri fra sygdom:

”Since 1979, for example, some of the new disorders and categories that have been added include panic disorder, generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, social phobia, borderline personality disorder, gender identity disorder, tobacco dependence disorder, eating disorders, conduct disorder, oppositional defiant disorder, identity disorder, acute stress disorder, sleep disorders, nightmare disorder, rumination disorder, inhibited sexual desire disorders, premature ejaculation disorder, male erectile disorder and female sexual arousal disorder. If you don’t see yourself on that list, don’t fret, more are in the works for the next edition of the DSM” (Kirk 2005, M5).<sup>69</sup>

Sideløbende med, at nye diagnoser kommer til, ses også en tendens til, at flere personer med tiden falder under eksisterende diagnoser, som herved ekspanderes. I Danmark gælder denne tendens eksempelvis for borgere med for højt

<sup>69</sup> DSM er en forkortelse af Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

alkoholforbrug, efter den anbefalede maksimale ugentlige genstandsgrænse i Danmark nedsattes.<sup>70</sup>

På rygeområdet ses medikaliseringstendensen fra 1980'erne og frem ved, at nikotinafhængighed i flere internationale registre officielt defineres som en sygdom. I 1988 klassificerede amerikanske General Surgeon rygning som en afhængighedssygdom på linje med afhængighed af kokain og heroin (Davis, Novotny and Lynn 1988, Frohlich 2008:880). I 1992 tilføjedes rygning WHO's "International Classification of Diseases" liste (WHO 1992, ICD-10) og i 1994 implementeredes rygning også på "American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" liste (DSM IV;APA,1995, Midanik 2006:1). Rygning sidestilles i disse klassifikationer med andre afhængigheder som det, WHO betegner som "afhængighedssyndromer":

"The Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Health Problems (ICD-10) defines the dependence syndrome as being a cluster of physiological, behavioural, and cognitive phenomena in which the use of a substance or a class of substances takes on a much higher priority for a given individual than other behaviours that once had greater value. A central descriptive characteristic of the dependence syndrome is the desire (often strong, sometimes overpowering) to take the psychoactive drugs (which may or not have been medically prescribed), alcohol, or tobacco. There may be evidence that return to substance use after a period of abstinence leads to a more rapid reappearance of other features of the syndrome than occurs with nondependent individuals" (WHO 2013).

Det, der i opgørelserne definerer rygningen som sygdom og ikke, som tidligere, som en social vane er, at definitionen ikke længere er betinget af fysiske abstinenser ved rygeophør<sup>71</sup>, men ved en overvældende trang til at ryge og derved tab af kontrol (Midanik 2006:47). Også andre KRAM-faktorer, nemlig alkoholafhængighed og fedme klassificeres i disse opgørelser ikke blot som sygdomsfremkaldende, men som sygdomme i sig selv.

I dansk regi blev tobaksrygning først klassificeret som sygdom i Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem i 2008 (Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem 2008).<sup>72</sup> Udover klassificeringen som diagnose, ses medikaliseringstendensen i Danmark også ved udviklingen hen imod flere forebyggelsestiltag fra midten af 1980'erne og

---

<sup>70</sup> I 2010 nedsatte Sundhedsstyrelsen den anbefalede maksimale ugentlige genstandsgrænse fra 14 til 7 genstande for kvinder og fra 21 til 14 genstande for mænd (sst.dk).

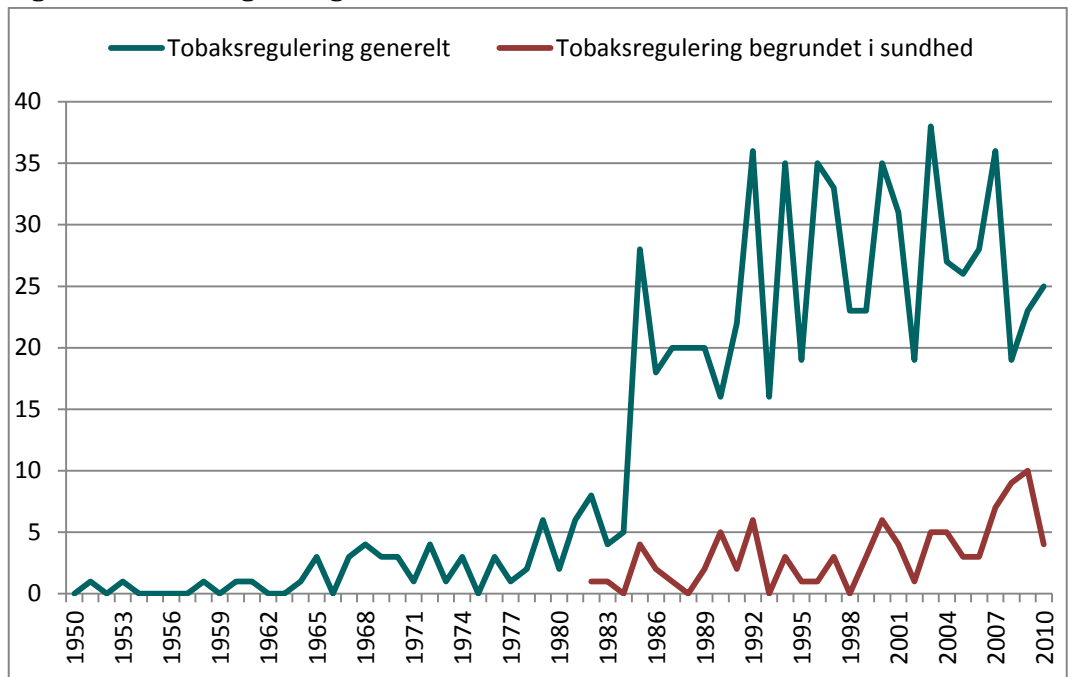
<sup>71</sup> Fysiske abstinenser kan dog somme tider ses ved storrygeres rygeophør.

<sup>72</sup> Her er tobaksafhængighed klassificeret som kode: DZ720.

frem og særligt i løbet af 2000'erne (artikel 1), samt ved en skærpelse i oplysningskampagnernes retorik, især med oplysningskampagnen: "Hver eneste cigaret skader dig" fra 2009.<sup>73</sup>

Endnu en operationel indikator på medikaliseringsudviklingen er Folketingets og ministeriernes reguleringer af tobak og rygning. Figur 10 viser for perioden 1950 - 2010 en opsamling af alle tobaksreguleringer publiceret i Retsinformation samt andelen af tobaksreguleringer, der er begrundet i borgernes sundhed.<sup>74</sup>

**Figur 10: Tobaksregulering**



(Egen figur på baggrund af Retsinformation.dk)

Til trods for store udsving i publikationer fra år til år, fremgår det alligevel af figur 10, at det samlede antal reguleringer på tobaksområdet øges i perioden, og især fra 1985 og frem. Denne tendens stemmer overens med føromtalte stigning i antallet af forebyggelsestiltag fra midten af 1980'erne samt med en drastisk stigning i antallet af statslige reguleringer generelt i 1980'erne, ikke kun på sundhedsområdet (Christensen og Dübeck 2000:225, Rüdiger 2003:23,44). Regulering, som begrundes

<sup>73</sup> Til sammenligning har svenske kampagner haft karakter af skræmmekampagner siden "Våldtagen af en Prince" kampagnen i 1994.

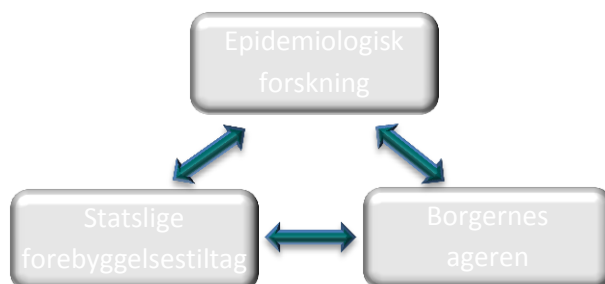
<sup>74</sup> Der er søgt på ordene tobak\* og ryg\*. Oversigten viser publikationer i følgende publikationstyper: Love, ændringslove, lovebekendtgørelser, ændringsbekendtgørelser, anordninger, ændringsanordninger, cirkulærer, ændringscirkulærer og skrivelser (Retsinformation.dk). Der er søgt i alle ministerier.

med sundhedsargumenter, ses først fra 1982 og frem.<sup>75</sup> Indtil da omhandler publikationerne primært skat og afgifter på tobak samt import og eksport heraf.

I de følgende afsnit beskæftiger jeg mig, med udgangspunkt i den tidligere illustrerede trekantsmodel, med forskellige nedslag i den interdependente medikaliseringsproces. Det drejer sig om rygeområdets ændrede status fra privatsat til samfundets anliggende, medikalisering af borgernes ageren og medikalisering af statslige forebyggelsestiltag. Med medikalisering af borgernes ageren og statslige forebyggelsestiltag får begge domæner en dobbeltrolle. Domænerne udgør nemlig på samme tid både de samfundsmekanismer, der over tid genererer medikaliseringen (epistemologisk del) og de områder, der bliver redefinerede på grund af medikaliseringen (ontologisk del).

### 3.2 Polyvalent interaktion og interdependens

**Figur 11: Interaktion og interdependens**



(Egen figur. De tre felter: Epidemiologisk forskning, statslige forebyggelsestiltag og borgernes ageren er farvede grå for at fremhæve fokus på de tre pile, som illustrerer interaktion og interdependens herimellem.)

#### Fra privatsag....

At der ikke er en lineær relation mellem epidemiologisk forskning og statslige forebyggelsestiltag, fremgår tydeligt af de 26 års forsinkelse, der er på ikrafttrædelsen af loven til sikring af røgfrie miljøer i 2007 efter opdagelsen af den passive rygningens skadevirkninger (Hirayama 1981). Flere forskere har påpeget, at mange andre faktorer end videnskabelig viden påvirker politiske beslutningsprocesser, og at der i lange perioder kan være relativt lidt interaktion

<sup>75</sup> De første publikationer, der begrundes i befolkningens sundhed, vedrører tobak og svangerskab samt sundhedsplejerskernes ansvar i denne forbindelse. Der ses ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem reguleringens omfang og skiftende regeringers politiske ideologier, hvilket stemmer overens med Vallgård 2003 og Rüdiger 2003.

mellem forskning og politiske tiltag (eksempelvis Albæk 2004a, Larsen 2008). Den samtidige kontekst, budskabet om rygningens skadevirkninger præsenteres i, kan være medforklarende til inertien mellem viden og styring. Det er nemlig en kontekst, hvor hovedparten af borgerne og de statslige repræsentanter indtil 2000'erne definerer rygningen som en privatsag, som staten ikke skal blande sig i (eksempelvis Regeringen 2002, Albæk 2004a).

### **... til samfundets anliggende**

Fra 1980'erne og frem sker der, med England og USA som forgangslande, et skifte i sundheds- og sygdomsdefinitionen, som kommer til at smitte af på den danske stats og befolknings reaktioner på forskningsresultaterne på rygeområdet.

De medicinske triumfer, som ellers havde været mange i første halvdel af det 20. århundrede, blev i 1970'erne og 1980'erne færre og med en næsten total udryddelse af dødelige infektionssygdomme, dominerer de kroniske sygdomme som kræft og hjertekarsygdomme sygdomsbilledet (Jørgensen 2011a, 2011b). Denne udvikling medførte et skifte i sygdomsdefinitionen, idet sygdommene ikke længere udgøres af udefrakommende, invaderende epidemier, men i stedet af komplekse interne faktorer, som i udpræget grad afhænger af borgernes kost-, ryge-, alkohol og motionsvaner samt af genetiske faktorer (Nye 2003:125, Midanik 2006:17). Som historikeren Christopher Snowdon formulerer det, medfører skiftet i sygdomsbilledet en markant anden måde at tænke sygdomsbekæmpelse på:

"This was a momentous shift in emphasis for a medical community which had until recently believed in treating the sick and leaving the well alone, but it was one which, in large part, was forced upon them as the number of genuine medical breakthroughs dwindled. The birth of the first test-tube baby in 1978 was arguably the last in a series of dramatic advances which had begun with the discovery of the penicillin in 1941.<sup>[76]</sup> The post-war era had been a golden age for medical science, with the development of vaccines practically wiping out infectious diseases in the Western world, but the days of miracles and wonder were coming to an end. With the battle against contagious diseases all but won, Europeans and Americans survived long enough to die of old age – most often through heart disease or cancer" (Snowdon 2009:145-146).

Idet sygdomsbilledet, med de store medicinske fremskridt, forandredes og nu primært udgøres af hjertekarsygdomme og kræft, som ikke kureres så effektivt og relativt billigt som infektionssygdommene, rettes blikket i højere grad væk fra de syge og over mod de potentielt syge. De gamle slogans om, at: *"Det er alene ved*

<sup>76</sup> Pencillinen blev opdaget i 1928, men først fra 1941 blev den masseproduceret som sygdomsbekæmpelse.



*sygesengen, man kan lære om sygdom*" (Porter 2003:229) og at medicinen skulle "treat the sick and leave the well alone" blev så at sige skiftet ud med et nyt, hvor man skulle "treat the sick and discipline the well".<sup>77</sup> Med denne udvikling placeres raske borgeres adfærd helt centralt i det medicinske paradigme, og deres potentielt sundhedsskadelige adfærd bliver et sundheds- og samfundsanliggende. Man begyndte i højere grad at betragte sygdom som værende:

"I lige så høj grad et socialt som et biologisk fænomen, der kunne forstås statistisk, sociologisk, psykologisk og endda politisk. Medicinens interessesfære måtte inddrage bredere spørgsmål som indkomst, livsstil, ernæring, vaner, beskæftigelse, uddannelse og familiestruktur – kort sagt hele det psykosociale område. [Medicinen] måtte kassere den forældede, kliniske praksis og komme ud over den nærsynede laboratorimedisin, der var optaget af udforskningen af ganske små læsioner, men uden tanke for, hvorledes de var opstået" (Porter 2003:634).

Først med udvidelsen af det styringsmæssige genstandsfelt til også at gælde styringsambitioner i forhold til raske borgeres handlinger, blev evidensen for rygningens skadevirkninger for alvor efterspurgt og vekslet til konkrete forebyggelsestiltag. Det er således ikke automatisk givet, at epidemiologisk viden yder væsentlig indflydelse på statens og borgernes ageren, heller ikke selvom denne viden er yderst veldokumenteret, hvis ikke denne viden vedrører områder af borgerenes ageren, hvor styringen anses for at være legitim.

Et aktuelt eksempel på denne udvidede sygdomsforståelse og på epidemiologiens makroblik ses ved PRIK-projektet, som blev præsenteret i introduktionen. Her konfronteres borgere, der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet som følge af "små læsioner", med forebyggelsesstrategierne, uanset om deres kontakt vedrører KRAM-faktorerne eller ej. Den medicinske ekspansion bevirker, at adfærd, der tidligere blev beskrevet og problematiseret i sociale og moralske sammenhænge, nu i højere grad koloniseres af og beskrives i medicinske sammenhænge og problematiseres som epidemiologiske og politiske samfundsproblemer (Midanik 2006:17).

Især tobaksområdet var oplagt som forebyggelsesområde: Det var utopisk at identificere alle potentielle årsager til de mange forskellige kræfttyper, men med opdagelsen af relationen mellem rygning og lungekræft i 1950 (Doll and Hill 1950:739, Wynder and Graham 1950:329-336) kunne man i det mindste forebygge denne kræfttype. Tobakken blev således det første indsatsområde for kampen mod

---

<sup>77</sup> Skiftet formaliseredes med WHO's Alma-Ata deklARATION fra 1978 (WHO 1978).

kræft og blev hermed også et af de første områder til at undergå systematisk epidemiologisk granskning. Vi så i kapitel 1, at rygeområdet er det område, der er genstand for mest styring med begrundelsen, at det er den livstilsfaktor, der er hovedårsag til den lave danske middellevetid. Denne præmis forstærkes af, at området mere end noget andet adfærdsområde har været undersøgt systematisk igennem en lang årrække. Havde der i stedet været politisk og epidemiologisk fokus – og dermed vidensakkumulering - på andre områder, kunne disse potentielt set overtage rygningens position som den største trussel mod middellevetiden.

Endnu en international udviklingstendens, der har påvirket relationen mellem forskning og forebyggelsestiltag i Danmark, er indflydelsen fra tværnationale organisationer som WHO, OECD, Europarådet og EU, som har og har haft en større grad af interaktion mellem forskning og forebyggelse, end den danske stat har haft tradition for (Albæk 2004a:117-118, Albæk 2004b:216). Med Danmarks indtrædelse i EF siden 1972 og tilkendegivelsen om at følge WHO-anbefalingerne siden 1984, påvirkes danske forebyggelsestiltag i højere grad end tidligere af internationale strømninger, som til en vis grad ensretter forebyggelsesstrategierne (Feldman and Bayer 2004:1).

Før epidemiologisk viden om rygningens skadevirkninger bliver til politisk styring via forebyggelsesstrategier, må denne viden nødvendigvis først erkendes politisk og internaliseres som politisk viden. Epidemiologisk viden og politisk viden udgør således forskellige videnstyper, der ikke kan reduceres til hinanden (Albæk 2004a:20):

"Although public health knowledge make use of epidemiological knowledge to pick its targets, this knowledge form is so entangled with the normative agenda of health education that the result transcends the parameters of a typical scientific discipline and of medicine in particular. This is not, however, a bold claim about the sacred objectivity of science, but mainly an observation of a difference in form" (Larsen 2006:151-152).

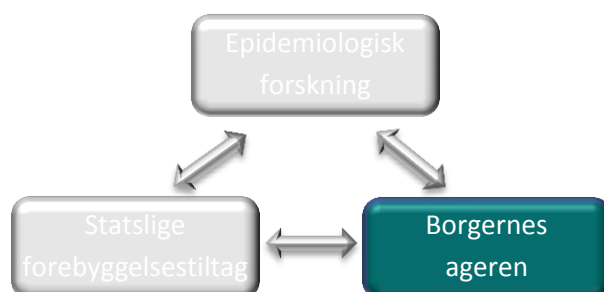
Som det også fremgår af artikel 1, bliver epidemiologisk viden ikke uden videre optaget i politiske diskussioner og gjort til genstand for politiske målsætninger, især ikke hvis det epidemiologiske budskab strider mod neoliberale grundprincipper om borgernes frie valg. I så fald kræver det et entydigt budskab og et vedvarende pres fra forskere både i nationalt og internationalt regi.

Der er således ikke tale om en lineær relation mellem epidemiologisk viden og politisk styring, men derimod om komplekse relationer mellem efterspørgsel, udbud, legitimitetsskift, teknologisk udvikling, udvikling i sygdomsbilledet,

international påvirkning og interaktion mellem epidemiologisk og politisk viden, som tilsammen bevirker, at flere elementer af borgerens adfærd bliver til samfundets anliggende, idet de defineres ud fra medicinske og epidemiologiske termer og hermed kan undergå styring.

### 3.3 Medikalisering af forventninger til borgeren

**Figur 12: Borgernes ageren**



(Egen figur. Pilene samt felterne "epidemiologisk forskning" og "statslige forebyggelsestiltag" er farvede grå for at illustrere fokus på borgerens ageren i dette afsnit.)

#### Medikalisering af borgerne

Infektionssygdommene, som indtil midten af det 20. århundrede havde udgjort de største sundhedsudfordringer, var sygdomme lokaliseret i borgernes kroppe, som effektivt kunne kureres ved vacciner og behandlinger givet i den enkelte krop. Ved dette vandt definitionen af sygdom som et primært individuelt problem, lokaliseret hos den enkelte, og som genstand for medicinsk behandling, udbredt accept. Blikket rettedes i denne periode sjældent mod de sociale, strukturelle, kulturelle og økonomiske sammenhænge, borgeren indgik i (Midanik 2006:17). Det ændrede sygdomsbillede til trods, ses tendenser til, at denne individorienterede og biokemiske tilgang til forebyggelsen fortsatte i resten af det 20. århundrede. Nu var de store farer for folkesundheden ikke længere tuberkulose, lungebetændelse, difteri og meningitis men defineredes som kost, rygning, alkohol og motion; faktorer som det var op til den enkelte borger at håndtere. Dette kan være medvirkende til, at individorienterede forebyggelsestiltag, som udelukkende adresserede borgerens ansvar, var, og til dels stadig er, fremherskende. Det gælder eksempelvis oplysningskampagner og rygestopkurser, som skulle informere borgerne om den rette adfærd. Sociologen Kristin Barker formulerer tendensen således:

"In defining illness in biological terms we cut off the role played by social forces and in so doing we are legitimated to frame the intervention on the individual sick person in technical terms rather than addressing the social dimension of illness and therefore translating the individual problem into a socio-political one" (Barker et al 2009:116).

Tendensen til, at flere og flere områder af borgerens daglige liv disciplineres med begrundelse i sundhedsargumenter, kalder jeg medikalisering af borgeren. Med medikalisering af borgeren pålægges den enkelte borger et stort ansvar for egen sundhed og velvære. Som det fremgår af følgende afsnit, er dette også et ansvar, mange borgere aktivt tager på sig. Når jeg her anvender begrebet "disciplinering" og ikke, som tidligere, "styring", skyldes det en skelnen mellem den ydre styring af borgerne som kollektiv og den indre selvdisciplinering – eller styringens mikro-fysik. Hvor styringens telos bestod i at styre borgerne i en sundere retning, defineres disciplineringens telos i at anspore borgerne til at styre sig selv i en sundere retning.

### **Borgerforeningernes indmarch i det medicinske paradigme**

Det ændrede sygdomsbillede og den individorienterede forebyggelsestilgang efterspurgte borgeres og patienters aktive inddragelse i egen sundhed (Nye 2003:116, Porter 2003:690). Samtidig betød 1960'ernes og 1970'ernes opgør med den bureaukratiske ekspertglorificering og den klassiske sygerolle<sup>78</sup>, mindre hierarki og mere empowerment af borgerne (Andersen 2010:214). Stærkt forsimplet følger af samfundsforandringerne, at forventningerne til behandleren i denne forbindelse ændres fra at være defineret som pater til i højere grad at være sundhedsudbyder, og den ideelle patient ændres fra at være en compliant<sup>79</sup> borger, der efterkom lægens anvisninger til at blive en mere myndiggjort<sup>80</sup> og concordant<sup>81</sup> borger, der aktivt inddrages i behandlingen (Porter 2003:702, Verwohlt 2008:15-19, Barker et al 2009:100). Desuden markerede internettets udbredelse fra 1980'erne og især fra 1990'erne og frem en vidensrevolution<sup>82</sup>, idet borgere og lægpersoner fik adgang til at dele og modtage oplysninger om sundhed og sygdom i

<sup>78</sup> Den klassiske sygerolle defineres af sociologen Talcott Parsons som den passive modtagerrolle, patienten indtager i relation til en aktiv behandler. Kritikken af den klassiske sygerolle gik blandt andet på, at den netop lagde op til "medicinsk imperialism", hvor behandleren dominerede sygdomsforståelsen (Lupton 1997:98).

<sup>79</sup> Compliance defineres som efterlevelse af behandlerens anvisninger.

<sup>80</sup> I internationalt regi defineret som empowerment.

<sup>81</sup> Concordans defineres som det, at borgeren indgår forhandlinger med behandleren, og at det i fællesskab mellem borger og behandler besluttet hvilken behandling, der skal iværksættes.

<sup>82</sup> I 1992 er der på verdensplan omkring 500.000 brugere på internettet. Syv år senere, i 1998 er der mere end 100 millioner brugere, og i 2008 er verdens internetbefolkning på 1 milliard.

et omfang som aldrig før. Dette betyder mulighed for en større indsigt i forebyggelsestiltag og forskningsresultater på tværs af landegrænser. Epidemiologisk viden forbeholdes således ikke længere læger og andre fagpersoner, og som følge heraf er mulighederne til stede for en yderligere myndiggørelse af borgernes ret til at udtale sig om sundhed og sygdom og et opgør med den paternalistiske magtfordeling. Ingen har længere monopol på "sandheden", eller i det mindste ikke på den offentlige repræsentation af den (Nye 2003:124-125, Larsen 2006:8, Conrad 2009:33-63).

Borgernes indmarch i det medicinske paradigme og empowerment-tilgangen resulterede ikke i en indskrænkning af den medicinske magt, men derimod en øget efterspørgsel efter epidemiologisk viden (Lupton 1997:98). Disse strukturelle ændringer muliggjorde mere synlige og aktive borgere, og flere og flere organiserede sig i civile borgerbevægelser, bevægelser som ofte efterspørger mere forskning og mere politisk fokus på netop deres område (Midanik 2006:20). Selvom der i dansk regi oprettedes borgerbevægelser som sammenslutningen af hensynsfulde rygere (Hen-ry) i 1987, var borgernes indmarch ikke særlig tydelig på rygeområdet. Det var den til gengæld i forhold til kost, alkohol og motion. Eksempelvis stiftedes den danske pendant til den amerikanske organisation vægtvogterne i 1973<sup>83</sup> og foreningen anonyme alkoholikere (AA) etableredes fra slutningen af 1970'erne<sup>84</sup>. Motion havde tidligere været organiseret som foreningssport, der var styret af konkurrenceorienteringens logik, men fra starten af 1980'erne skyllede fitnessbølgen, som var motiveret af ønsket om en sundere krop, ind over landet, hvilket gav foreningssporten trange kår (Kirkegaard 2007:10-11).

Borgerforeningerne fremkom således ikke i et politisk og forskningsmæssigt vakuum, men blomstrede i en samtids efterspørgsel efter dem. Ligeledes fremkom de første videnskabelige rapporter om rygning og passiv rygning skadevirkninger heller ikke i et vakuum, men som respons på ændrede magtstrukturer i samfundet, hvorfor der i politisk og især i borgerregi var stigende efterspørgsel efter epidemiologisk viden. På rygeområdet blev den passive rygning skadevirkninger "først" evident i 1981 (Hirayama 1981), men i årene forinden opstod der flere internationale græsrodsbevægelser mod rygning i det offentlige rum<sup>85</sup>. Disse bevægelser efterspurgte i høj grad epidemiologisk forskning, som kunne underbygge, at passiv rygning ikke blot var et irritationsmoment, men også var

---

<sup>83</sup> Den amerikanske organisation Weight Watchers grundlagdes i 1963 i New York.

<sup>84</sup> Amerikanske Alcoholics Anonymous kan føres helt tilbage til Washingtonbevægelsen fra 1840'erne.

<sup>85</sup> Eksempelvis Group Against Smoking in Public (GASP), som etableredes i 1980 og Action on Smoking and Health (ASH) fra 1971.

sundhedsskadelig (Berridge 2004, Larsen 2008:764). Samme mønster gælder på alkoholområdet, hvor den amerikanske forening Alcoholics Anonymous (AA) foretog en af de første undersøgelser af alkoholismens bivirkninger<sup>86</sup>, eftersom foreningen manglede evidens for at kunne kalde alkoholisme for en sygdom (Midanik 2006:54). Opkomsten af den aktive, medinddragede borger er således afhængig af ny forskningsmæssig viden, ny teknologi og ændrede magtstrukturer, lige såvel som opkomsten af bestemte typer af ny viden er afhængig af samfundets magtstrukturer og borgernes efterspørgsel.

### Subjektivering

Borgerforeningernes indmarch på sundhedsområdet indikerer, at borgerne ses og ser sig selv som væsentlige aktører i forhold til de nydefinerede sundhedsproblemer. Det vil sige, at ontologien om borgeren har ændret sig. Hvor vejen til en sund befolkning i første del af det 20. århundrede primært var vacciner og medicinsk behandling, som rettede sig mod borgerenes kroppe, gik vejen til en sund befolkning i det 20. århundredes anden halvdel gennem borgernes adfærd i det daglige, hvilket krævede en mere aktiv inddragelse af borgernes selvbevidsthed. Styring gennem borgernes selvbevidsthed og selvdisciplinering relaterer sig til Foucaults subjektiveringsbegreb, hvor borgerne tildeles og tildeler sig selv identiteter som sunde eller mindre sunde borgere: *"There are two meanings of the word 'subject': subject to someone else by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience or selfknowledge. Both meanings suggest a form of power that subjugates and makes subject to"* (Foucault 2000b:331). Subjektiveringen indikerer således både en underkastelse af andre via kontrol og afhængighed samt, at borgeren er bundet til sin egen identitet gennem selvbevidsthed omkring sin livsstil (Heede 2002:23). Subjektiveringen fungerer således som et tveægget sværd i kampen for en sundere befolkning. For det første ved at udstikke normative retningslinjer for borgerne, som eksempelvis, at de skal leve røgfrit, spise mere frugt og grønt, motionere mindst 30 minutter om dagen og så videre samt ved at implementere panoptikonlignende<sup>87</sup> disciplineringsstrategier, som eksempelvis PRIK-projektet, som overvåger befolkningens sundhedstilstand på KRAM-faktorerne ved kontakt til sundhedsvæsenet. For det andet ved at tilskynde borgerne at være bevidste om og identificere sig selv som sunde borgere (Holmqvist 2008:37-40). Det kan eksempelvis være som ikke-rygere eller fitnessdyrkere. *"Gennem*

<sup>86</sup> Studiet, som ofte refereres til som The GrapeWine Study, blev udført i 1945-1946.

<sup>87</sup> Panoptikonet henviser til filosofen Jeremy Bentham's overvågningskonstruktion, designet til effektiv overvågning blandt andet i fængslet. Begrebet anvendes af Foucault (Foucault 1977(1975)) som metafor for moderne styringsteknikker, hvor borgeren altid potentielt set kan overvåges, og derfor anspores til altid at handle som om vedkommende bliver overvåget.

*sundhedsfremme overtales befolkningen til at have lyst til at ændre på egne handlemønstre og levemåder for at opnå en bestemt norm for sundhed” (Otto 2003:20).*

Omvendt nødsages rygende borgere med subjektiveringen også at identificere sig selv som rygere, der udøver en sundhedsskadelig handling. Distinktionen ryger/ikke-ryger er ikke ny, men det er til gengæld de associationer, rygningen tillægges sidst i 1900-tallet. Med opkomsten af informationskampagnerne, og senere rygeforbuddet på offentlige steder, bliver de i offentligheden mindet om deres status som rygere og opfordres til at identificere sig hermed og tage ansvar for at kvitte smøgerne.

Den type subjektivering, der skabes omkring den rygende borger, er en subjektivering begrundet i det epidemiologiske paradigme og dermed i en systemisk sammenhæng. Den rygende borger informeres om sundhedsmæssige konsekvenser af rygningen; hvilke sygdomme den potentielt medfører, hvor mange leveår rygeren mister osv. Den rygende borger har i den vestlige verden eksisteret siden 1400-tallet<sup>88</sup>, men med den epidemiologiske sammenkobling mellem rygning og en række sygdomme, ændres omgivelsernes opfattelse og italesættelse af rygeren og, som en spejling heraf, den rygendes egen selvforståelse (Foucault 2000a(1963):30). Den rygende borger italesættes i højere grad end tidligere og subjektiveres med medikaliseringen som besiddende en last, en afhængighed, som i forebyggelseshistoriens begyndelse skal minimeres, og senere stoppes helt.

Pjecen: *”Rygestopguide”* udgivet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen eksemplificerer subjektiveringsteknikkerne i det systemiske, epidemiologiske paradigme:

---

<sup>88</sup> Europæerne blev introduceret til tobakken af Columbus i 1492. Tobakken tillagdes i begyndelsen flere helbredende egenskaber, blandt andet anvendtes den mod hoste, pest og slim i hovedet og lungerne (Nielsen 2000).



"Det allerbedste er måske, at dit rygestop vil sætte en stopper for de negative påvirkninger, du uforvarende giver dine børn. Hver gang du ryger i hjemmet, ryger børnene med, og derfor har mindreårige børn i ryger-familier øget risiko for at få astma, kronisk bronchitis og luftvejsinfektioner. De har også flere sygedage og dobbelt så mange hospitalsindlæggelser som deres 'ikke-rygende' kammerater".

(Tværmose et al 1998:10)

Ved subjektiveringsteknikker, som ovenstående er et eksempel på, er borgernes subjekt ikke en modsætning til politisk magt, men genstand for og middel til regulering af borgerne: Subjektiveringen er: *"En formnings- og dannelsesproces som styres og reguleres men som samtidig forudsætter individets aktive selvdannelse i form af forskellige operationer på egen krop og sjæl, tanker, adfærd og levevis med henblik på at reformere sig selv for at opnå en vis tilstand af lykke, renhed, visdom, dannelse eller perfektion"* (Otto 2006:2). Subjektiveringsprocessen er således en blandt flere processer, der ikke kan henføres til dikotomierne samfundsstrukturer eller aktører, men til en relation mellem disse over tid (jævnfør afsnit 2.1: "Globalt design"). Den aktive, vidende, concordante borger er således, hvis man fratager tidsperspektivet fra ligningen, en subjektivitet, der tilhører den enkelte borger - den enkelte borgers selvforståelse - men i et tidsperspektiv er denne borgers selvforståelse formet af det samfund, borgeren agerer indenfor.<sup>89</sup> Ovenstående eksempel illustrerer en række negative værdier, som rygeren opfordres til at tage stilling til og identificere sig selv med. Det bliver over tid en fremstilling, som rygeren enten lærer at synes er rigtig, og identificerer sig selv med eller en fremstilling, rygeren aktivt skal distancere sig fra. Uanset valget, mødes borgeren af fremstillinger som den ovenstående, og i sit subjektiveringsarbejde med sig selv nødsages vedkommende til at tage stilling til dem.

<sup>89</sup> Subjektiviteten kan således hverken reduceres til den autonome aktørs selv (som hos eksempelvis Immanuel Kant) eller til fænomenologiens transcendentale pol (eksempelvis Edmund Husserl).



### Governmentalitystyring

I afsnit 3.2: "Polyvalent interaktion og interdependens" har vi set relationen mellem epidemiologisk viden, statslig magt i form af forebyggelsestiltag og borgermagt i form af borgerforeninger. Indenfor det neoliberale styringsrationale kan føres endnu en relevant dimension til magtens mulighedsbetingelser, nemlig borgernes frihedsrettigheder. Foucault skriver herom:

"I have tried, that is, to relate its mechanisms to two points of reference, two limits: on the one hand, to the rules of right that provide a formal delimitation of power; on the other to the effects of truth that this power produces and transmits, and which in their turn reproduce this power. Hence we have a triangle: power, right, truth" (Foucault 1980:93).

Denne dobbelthed effektuerer en bestemt type styring; governmentalitystyringen.<sup>90</sup> Governmentality er en neologisme, som er skabt via sammentrækningen af ordene government og rationality, som også spiller på mentality (Otto 2006:5, Neuman 2008:28). Foucault anvendte begrebet i sin forelæsning af samme navn (Foucault 1991). Governmentalitybegrebet indikerer forestillingen om en kollektiv identitet, som danner grundlag for bestemte typer af viden og adfærd, der betragtes som rationelle og fornuftige, og som indebærer styring til selvdisciplinering<sup>91</sup>. Governmentalitystyringen indebærer således ræsonneringen, at man mest effektivt styrer befolkningen hen imod røgfrie liv, hvis befolkningen deler de styrendes rationale om, at rygning er skadelig, samt at det er op til befolkningen selv at kvitte tobakken: *"Det sanktionerende blik bliver til selv-iagttagelse, til en samvittighedens 'indre øje', der virker på ens krop og adfærd; magtforholdet i overvågningen 'internaliseres' og bliver til selvdisciplin"* (Kristensen 1987:158). Governmentalitystyring er således en indirekte styringsform – en styring til selvdisciplinering, som er relativt uproblematisk indenfor den neoliberale styringsmodel, eftersom den ikke sigter mod at tvinge borgerne men i stedet mod at tilskynde borgerne en bestemt håndtering af friheden:

"For at kunne handle frit, må subjektet først dannes, vejledes og formes til en person, der er i stand til på ansvarlig vis at udøve denne frihed gennem systemer af dominans. Underkastelse og subjektivering overlejrer hinanden. De forudsætter hinanden. Det ene øjeblik kan de være identiske [...] andre gange er

---

<sup>90</sup> Foucault bruger selv betegnelsen i mindst tre forskellige henseender. Den første omhandler de mange måder, hvorpå grupper og individer søger at forme andre grupper og individets selvdisciplinering, den anden henviser til styringskunstens oprindelse på statsniveau og den tredje refererer til den neoliberale styringsform (Walters 2012:30).

<sup>91</sup> Foucault betegner selv denne styringsform "conduct of conduct" (Foucault 2008c:186).

de adskilte og gjort relativt autonome [...] så de affødte underkastelsesforhold fremstår uigennemskuelige og fjerne. Avancerede liberale regeringspraksisser er 'frihedspraksisser' i den forstand, at de kontinuerligt forbinder og adskiller underkastelse og subjektivering, dominans og fabrikation af subjektiviteter" (Dean 2008:262).<sup>92</sup>

Det frie subjekt er således et situeret og disciplineret subjekt, der med governmentalitystyringen formes indenfor en bestemt strukturel ramme. Rammen mulighedsbetinge dette subjekts ræsonneren, men determinerer den ikke (Heede 2002:107, Walters 2012:11). Idet den strukturelle ramme ændres, ændres til dels også borgernes "rationality", således at den tilpasses den nye ramme, borgerne nu agerer indenfor, lige såvel som borgerne har indvirkning på de politiske strukturer. Borgernes frihed er således ikke automatisk associeret med fravær af styring, og liberalismen er ikke en styringsform, som yder borgerne større frihedsgrader end andre styringsformer. I stedet er det en styringsform, som anvender og bygger på den situerede borgers frihed, hvor borgeren forventes at forvalte sin frihed i overensstemmelse med de udstukne normative mål, her målet om en sundere, røgfri befolkning. Her vil jeg gerne repetere, at jeg ikke udelukkende anser magten for at være imperialistisk, repressiv og undertrykkende, men i mindst lige så høj grad produktiv og skabende om end med et bestemt formål og i en bestemt retning (jævnfør Foucault 1978(1976):98).

Medikaliseringen af borgerne foregår således ikke som en direkte styring, eksempelvis ved at straffe borgere, der ryger, da dette vil stride mod den neoliberale ontologi. Den foregår derimod som en indirekte styring, en styring af borgernes "mentality" og en opfordring til, at borgerne deler statens ontologi om individets ansvar, identificerer sig med den og agerer ud fra den. Således bliver den indirekte governmentalitystyring en måde at overkomme den neoliberale duo-ontologi<sup>93</sup> på.

Borgernes markante holdningsændring til rygeloven efter lovens ikrafttrædelse i 2007 kan ses som eksempel på denne governmentalitymekanisme. Borgernes "mentality" – deres tilslutning til rygeloven – nærmer sig statens "mentality" efter implementeringen af den statsligt iværksatte lov. Selvom der ikke er tale om et kausalitetsforhold mellem implementeringen af loven og tilslutningen hertil (se delafsnittet "logisk udfordring" i afsnit 2.1: "Globalt design"), er der et påfaldende sammenfald mellem rygelovens implementering og befolkningens tilslutning, som

<sup>92</sup> Lignende beskrivelse findes i Heede 2002:24,43.

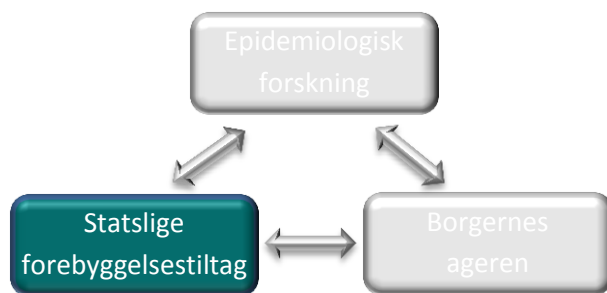
<sup>93</sup> Med duo-ontologi henviser jeg til sundhedsidealet og frihedsidealet, som fremstilledes i afsnit 2.5: "Opsamling: Artiklernes udviklingshistorie".

indikerer, at borgernes holdning til loven til en vis grad er formet og situeret af lovens ikrafttrædelse.

Medikaliseringen af borgeren sker således ikke gennem statslig eller epidemiologisk imperialism. I stedet sker det ved, at borgeren aktivt, via neoliberalismens komplekse styringsmekanismer; subjektivering og governmentalitystyringen, iagttages og kommer til at iagttage og definere sig selv og sine handlinger gennem "sundhedslinsen". Begreberne subjektivering og governmentalitystyring udtrykker således magtens allestedsnærvær og kompleksitet, idet defineringsmagten over tid udøves i relation mellem stat og borger med henvisning til epidemiologisk vidensakkumulering.

### 3.4 Medikalisering af forventninger til staten

Figur 13: Statslige forebyggelsestiltag



(Egen figur. Pilene samt felterne "epidemiologisk forskning" og "borgernes ageren" er farvede grå for at illustrere fokus på statslige forebyggelsestiltag i dette afsnit.)

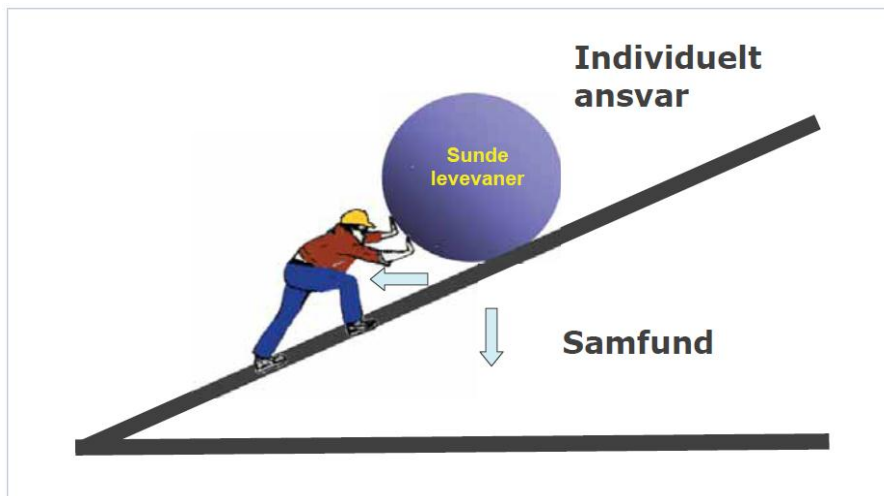
Medikaliseringensbegrebet refererer oftest til medikalisering af borgeren fremfor af staten. Den gængse tilgang er således at intervenere overfor den rygende, drikkende eller overvægtige borger i stedet for at intervenere overfor de samfundsmæssige rammer, der mulighedsbetinget bestemt adfærd (Conrad 2007:152). De samfundsmæssige rammer kan eksempelvis være cigaretpriiser, gruppepres i forbindelse med at drikke alkohol og sedentarisme på jobbet. WHO har siden 1986 anbefalet forebyggelsestiltag, der indretter samfundet, så det bliver lettere at leve sundt og sværere at leve usundt (WHO 1986).

Jeg associerer samfundsorienterede forebyggelsestiltag, der gør det lettere at leve sundt, med medikalisering af staten, såfremt tiltagene sigter mod at indrette

samfundet anderledes, og at disse ændringer i samfundsstrukturerne sker med begrundelse i sundhedsargumenter. Det er en medikalisering af rammerne for borgernes ageren, der udover staten i bred forstand også involverer private firmaer og andre offentlige steder. Det er således en medikalisering af de strukturelle rammer i bred forstand og ikke udelukkende medikalisering af staten.

Forebyggelsestiltag, som både adresserer borgerens og statens ansvar er mere økologiske end en ensidig medikalisering af borgerens adfærd, fordi der fokuseres mere på borgernes mulighedsbetingelser – også for de socioøkonomisk dårligt stillede borgere, som typisk har flere udfordringer end socioøkonomisk velstillede borgere. Sammenhængen mellem borgerens ansvar og samfundets ansvar kan illustreres som i figur 14, hvor sunde levevaner er borgerens byrde, men hvor der er mulighed for at indrette samfundet, så byrden bliver lettere eller sværere for borgeren at bære.

**Figur 14: Sammenhæng mellem borgerens og samfundets ansvar for sundhed**



(Glümer et al 2010:17)

På rygeområdet sker der en ændring af italesættelsen af ansvaret for en røgfri befolkning fra 1980'erne og frem. Dette skifte skyldes formentlig dels "opdagelsen" af den passive rygning i 1981 (Hirayama 1981), dels vidensakkumuleringen af rygningens skadevirkninger generelt, dels borgernes ændrede status og opblomstringen af borgerforeninger i sundhedsregi og endelig skiftet i defineringen af tobaksrygningen fra vane til sygdom. Efter at de rygende borgere er blevet medikaliserede og, gennem en række subjektiveringsmekanismer, opfordres til selv at problematisere deres adfærd, tage ansvar og kvitte tobakken, rettes blikket især i løbet af 2000'erne mod statens ansvar, idet det fra flere sider efterspørges, at samfundet indrettes, så det bliver lettere at undgå tobaksrøg. I og med at

orienteringen udvides fra fokus på rygerne til i højere grad også at fokusere på "ofrene"; ikke-rygerne, øges statens ansvar for at fremme røgfrihed.

Med begrundelse i sundhedsargumenter iværksættes en række strukturelle forebyggelsestiltag, som indretter samfundet, så det bliver lettere ikke at ryge. Eksempelvis indføres reklameforbud, advarselstekster på tobaksvarer, rygeforbud på offentlige steder, aldersgrænse for køb af tobaksvarer samt øgede tobaksafgifter, som i 2009 første gang begrundes i borgernes sundhed og ikke flere penge i statskassen. Hvor medikaliseringen af den rygende borger ser ud til at blive efterfulgt af et vist fald i rygeprævalensen, især for mænd og borgere med en erhvervskompetencegivende uddannelse, efterfølges medikaliseringen af både borgeren og staten af et større fald i rygeprævalensen samt en mere lige effekt på befolkningen, når der stratificeres for køn og uddannelse. Også på andre områder er statens fastlæggelse af retningslinjer til borgerne suppleret med ændringer i samfundsindretningen. Det gælder eksempelvis højere aldersgrænser for køb af alkohol og et (mislykket) forsøg med afgifter på fedt og sukker (skat 2013).

Ekspansionen af medikaliseringen til også at inkludere indretningen af de samfundsmæssige rammer, borgerne interagerer i, kan ses som et udtryk for, at sundhedsidealet anses for at være vigtigere end det neoliberale frihedsideal. Det kan også ses som udtryk for, at statslige og andre samfundsmæssige institutioner, som private virksomheder, governmentaliseres. Det vil sige, at indretningen heraf sker i overensstemmelse med den kollektive bevidsthed eller styringsmæssige rationalitet vedrørende, hvad der anses som normativ og ønskværdig adfærd:

"Maybe what is really important for our modernity – that is, for our present – is not so much the statization (étatisation) of society, as the 'governmentalization' of the state [...]. It is possible to suppose that if the state is what it is today, this is so precisely thanks to this governmentality, which is at once internal and external to the state" (Foucault 2000b:220-221).

Det er således ikke kun indretning af borgerenes liv, der er genstand for styring gennem governmentality. Også indretningen af staten og andre institutioner sker på baggrund af en governmentality, eller en styringsmæssig kobling mellem statens og befolkningens rationalitet, gennem forventningerne til statens formåen. Sundheden udgør det rationale, som ikke blot borgerne men også staten indordnes under og struktureres i forhold til.

### 3.5 Opsamling: Øgede styringsambitioner

Rygeområdet medikaliseres fra 1980'erne og frem ved, at rygningen ikke længere blot defineres som sundhedsskadelig adfærd, men i sig selv defineres som en sygdom. Medikalisering af borgerne forstået således, at borgernes liv indrettes, så det fremmer egen sundhed, er en udviklingstendens, der har stået på længe. Nyhedsværdien består i denne sammenhæng i, at borgerne i organiseringen af borgerforeninger, typisk omkring kroniske sygdomme, ikke blot identificerer sig selv med de medicinske definitioner og hermed subjektiveres, men at de udgør en aktiv magtfaktor, som efterspørger mere forskning og mere forebyggelse. Medikalisering af staten forstået således, at staten tillægges ansvar for, ikke blot at udstikke normative retningslinjer til borgerne, men til selv at indrettes, så det fremmer borgernes sundhed og mindsker rygning, er i sig selv relativt ny på rygeområdet. Denne udvikling kan således ses som en udvidelse af medikaliseringen, som både bundet i ændrede sygdomsmønstre, ændrede sygdomsdefinitioner, ændrede borgerroller og vidensakkumulering. Medikaliseringsudviklingen sker således både ved, at styringsambitionerne indenfor de enkelte områder, eksempelvis borgernes ageren, øges samt ved, at medikaliseringen i en interdependensproces ekspanderes til også at inkludere nye områder, eksempelvis medikalisering af staten. For at slutte i schnitzelmetaforen, hvor vi indledte kapitlet, kan man sige, at udviklingen både går mod øgede styringsambitioner indenfor områder, der allerede er medikaliserede (i overført betydning; mere massevolumen på schnitzlerne) samt inkludering af nye områder, som ikke tidligere har været medikaliserede (i overført betydning; nye ingredienser i paneringen).

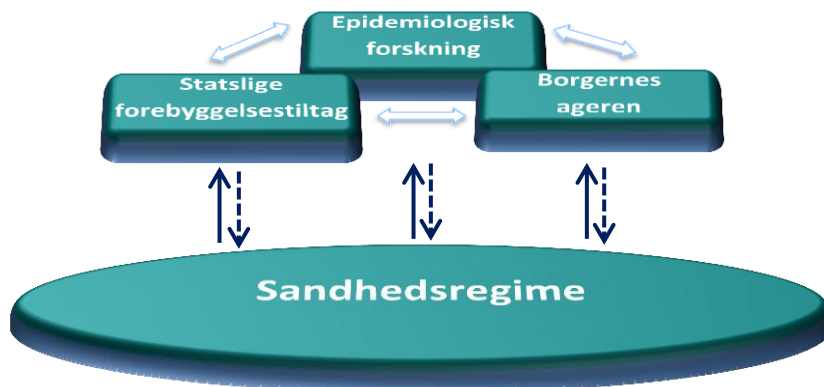


## KAPITEL 4

# ET MEDIKALISERET SANDHEDSREGIME

I dette afsnit flyttes fokus fra interaktionen mellem epidemiologisk forskning, statslige forebyggelsestiltag og borgernes ageren, og i stedet fokuseres på det sandhedsregime, der udgør det ontologiske fundament for udviklingen indenfor disse tre arenaer (jævnfør figur 7). Der perspektiveres endvidere tilbage til tidligere sandhedsproduktionsmåder. Formålet med dette skifte er at flytte analysen fra medikaliseringsprocessen til en problematisering af hvilken videnstype, der i det hele tage efterspørges og vurderes som sand. Ligesom i kapitel 3 er det primære fokus på, *at* en bestemt videnstype fremfor en anden tillægges værdi, og sekundært fokuseres på *hvordan* dette sker. Fokuset illustreres i figur 15 i en forskydning af perspektivet fra en todimensionel interaktion og interdependens til et tredimensionelt fokus på det ontologiske grundlag for interdependensen.

**Figur 15: Sandhedsregimet**





(Egen figur. Fokus er i denne figur på interaktionen mellem det ontologiske sandhedsregime og de tre samfundsmekanismer. Pilene fra sandhedsregimet til mekanismerne (↑) illustrerer det underliggende regimes indflydelse på hvilke områder af livet, der problematiseres og gøres til genstand for styring for at opnå det gode liv for borgerne. De stiplede pile fra de tre mekanismer til sandhedsregimet (√) illustrerer, at disse mekanismer over tid, i en kompleks relation med andre mekanismer, kan øve indflydelse på hvilke sandheder, der er vægtige i sandhedsregimet.)

Et sandhedsregimes hierarkisering af viden er eksemplificeret i filosoffen og anarkisten Paul Feyerabend's provokerende erklæring: *"While an American can now choose the religion he likes, he is still not permitted to demand that his children learn magic rather than science at school"* (Feyerabend 1975 in Larsen 2006:80). Den religiøse viden henvises til borgerens, og i dette tilfælde amerikanerens, subjektive livsverden, og magien affejes som ren nonsens, mens naturvidenskabelig viden udgør det genstandsfelt, der undervises i, hvilket stadfæster og reproducerer dens sandhedsstatus. Illustrationen tydeliggør således, at den institutionaliserede, videnskabelige viden tillægges større sandhedsværdi end andre videnstyper.

Jeg tager udgangspunkt i Foucaults betegnelse af sandhedsregimet som det parameter, hvorudfra viden klassificeres. Med dette begreb henviser Foucault ikke til en essentiel sandhed, men til historiske epokers ontologisering og hierarkisering af sandheden, idet bestemt viden produceres og tillægges sandhedsværdi, og bestemte individer udvælges som nøglepersoner til at fastslå sandheden (Foucault 1980:131, Heede 2002:44).<sup>94</sup> Hvor Foucault primært fokuserer på, hvordan sandhedsregimer opstår, beskæftiger jeg mig mere med hvordan sandhedsregimer hierarkiserer viden og producerer ontologier. I den aktuelle sammenhæng kunne man forestille sig, at Foucault ville beskæftige sig med, hvordan epidemiologien som fagområde over tid får retten til at definere "sandheden" på rygeområdet, mens jeg beskæftiger mig med, hvilken betydning det har for synet på rygning, at den i høj grad defineres af epidemiologien.

### 4.1 Blikket

Til sandhedsregimet hører også "blikket" som analytisk begreb. Blikket henviser til, at det ikke blot er objektet for viden, der konstitueres og transformeres, det gør også de individer, der tillægges at besidde kyndig viden om objektet. Blikket er således et

---

<sup>94</sup> Sandhedsregimebegrebet har således visse ligheder med Thomas Kuhns paradigmebegreb, som vedrører den overordnede ramme for videnskabers gyldighed og med Foucaults diskursbegreb.

forsøg på at udvide det analytiske genstandsområde fra vidensobjektet til relationen mellem objektet og nøglepersonernes viden (Foucault 2000a(1963):69-70). Eller man kan sige, at blikket som analytisk begreb kan sidestilles med at træde et par skridt tilbage og stille sig kritisk overfor, hvorfor der i det hele taget produceres viden om et bestemt område, samt hvorfor vidensproduktionen antager netop den specifikke form, den gør. Eksempelvis kan det, at der i det hele taget produceres viden om rygning, være et produkt af medikaliseringen og deraf efterspørgsel efter denne viden.

Blikket udgør i sig selv en magtfaktor, idet det er mulighedsbetingende for, hvilke områder, der er genstand for styring. Magten er *"det navn man giver en kompliceret strategisk situation i et givet samfund"* (Foucault 1978(1976):105). Blikket som magtform skal forstås som en mangfoldighed af immanente faktorer, der, igennem magtkampe, definerer den dominerende ontologi, der i det hele taget styres ud fra. Det er således en mere skjult magt end den udefrakommende repression. Immanenskriteriet udgør her en vigtig faktor, idet den skjulte og ikke-erkendte styring ofte er den mest magtfulde: Idet vi via subjektiveringen og governmentalitystyringen internaliserer det dominerende syn på kroppen og sundheden, opdager vi ikke, at vores syn herpå – vores ontologi herom – er styret og ikke er udelukkende vor egen.

På rygeområdet gælder således, at magten ikke alene udøves i forebyggelsesstrategier såsom kampagner, afgiftsændringer og rygeforbud, men den udøves i endnu højere grad immanent ved at rygeområdet, sammen med kost, alkohol og motion, i det hele taget identificeres som et problematisk område, der kræver styring i form af forebyggelse samt, at epidemiologien som institution, eller som blik, tildeles magt til at formidle "sandheden" herom. Når vi i det hele taget er vidende om rygningens skadevirkninger, skyldes det således, at epidemiologien tillægges magt til at definere "sandheden" om rygeadfærden. Epidemiologien som vidensinstitution skaber feltet for, hvad det i det hele taget er muligt at se og sætte ord på, det gælder eksempelvis for den passive rygning, som i sin essens er epidemiologisk viden: *"Det, der tæller i de ting, der siges om mennesker, er ikke så meget, hvad de måtte have gjort sig af tanker omkring dem, men det, der fra starten systematiserer tankerne, så de bliver tilgængelige for en uendelighed af nye diskurser og muligheder for at transformere dem"* (Foucault 2000a(1963):35).

Ved at anvende blikket som analyseredskab, fokuserer jeg i dette afsnit ikke så meget på det, der kan siges om genstandsfeltet, nemlig at det sker en medikalisering. I stedet fokuserer jeg på det sandhedsregime, der systematiserer det, der i det hele taget kan produceres viden om. Der er således en tæt relation mellem viden og magt,

hvilket eksempelvis ses ved det styringsmæssige blik på de fire KRAM-faktorer, som udpeges til indsatsområder og herved bliver de fornemmeste genstandsområder og tilknytningspunkter for epidemiologisk viden.

### 4.2 Medikalisering af etikken

I kraft af at sundhedsregimet hierarkiserer forskellige vidensformers gyldighed, hierarkiserer det også etiske retningslinjer for adfærden. Med etiske retningslinjer mener jeg, i overensstemmelse med kulturanalytikeren Birgitte Rørbye: *”sædvaner, normer og vurderinger, som tillægges mere almen gyldighed i en given kultur”* (Rørbye 2002:326). Etik er således ikke fast og uforanderlig, men tvært imod en størrelse, der ændrer sig i takt med, at sandhedsregimet ændres.

Lad os starte afsnittet om medikalisering af etikken med en perspektivering til et tidligere etisk arnested. Indtil sekulariseringen<sup>95</sup> har etikken i Danmark, såvel som i store dele af Nordeuropa, i overvejende grad haft sit ontologiske udgangspunkt i den protestantiske kristendoms rationale, og præster og teologer har ageret nøglepersoner i forhold til at definere den kristne tros sandhed og, som følge heraf også den kristne etiks sædvaner, normer og vurderinger (Weber 1998 (1905)). Det var også præsterne, der havde til opgave at drage omsorg for de syge og svækkede, og omsorgen operationaliseredes i høj grad som omsorg for sjælen.

”I et protestantisk land som Danmark får forestillingen om det syndefulde menneske og den dømmende Gud afgørende betydning for samfundsudviklingen i århundrederne efter Reformationen. Også i forbindelse med sygdom og sundhed. Selvom præsterne efter Reformationen ikke længere behandler sygdommens virkninger, skal de stadig forklare, formane og råde. Her bliver de epidemiske sygdomme og andre voldsomme begivenheder et nyttigt redskab for udviklingen af den protestantiske lære i forbindelse med den religiøse opdragelse af befolkningen” (Rørbye 2002:340).<sup>96</sup>

Det, der i århundrederne efter Reformationen blev problematiseret, var ikke først og fremmest de syges helbredelse, men deres sjælfrelse. Dette fremgår eksempelvis af følgende retningslinjer for hospitalet: *”Hospitalets Lemmer skal leve gudfrygtigen, være fornøielige, ædrue, fredsommelige og stille, som gjerne takker Gud og beder hannem for alle christlige Øvrigheds-Personer”* (Hospitalets Fundas 1617). Ligeledes

<sup>95</sup> Sekulariseringen indikerer løsrivelsen mellem kirke og stat. Sekulariseringsprocessen strækker sig helt tilbage til Reformationens inddragelse af kirkelige institutioner og accelererede ved oplysningstidens optimistiske tro på fornuften og videnskaben.

<sup>96</sup> Lignende beskrivelse findes i Porter 2003.

var hospitalerne ikke først og fremmest videnskabelige men religiøse institutioner (Porter 2003:306).

Med sekulariseringen af staten, som begynder under Reformationen, samt med de tidligere beskrevne medicinske fremskridt fra det 20. århundrede og frem, mister religionen i mange sammenhænge sin status som etikkens arnested, ikke blot i Danmark men i hele den vestlige verden: *"Den lægevidenskabelige tilgang til eksistensen er blevet en afgørende del af den filosofiske diskurs om mennesket"* (Silberbrandt i Foucault 2000(1993):15). Skiftet fra det religiøse sandhedsregime til det medicinske kan ikke føres tilbage til én bestemt opdagelse, men forårsages af en sammensat mængde af modifikationer og mindre skift. Skiftet kan heller ikke føres tilbage til et erkendelsesobjekt, som så at sige opfinder det. Det viser i stedet tilbage til en kontinuerlig vilje til viden og de erkendelsesmæssige konsekvenser af denne viden (Lupton 1997:100, Foucault 2000(1993):257, Foucault 2001(1971):52). Som vi så i kapitel 3, betyder de medicinske fremskridt i forhold til sygdomsbekæmpelse og senere epidemiologiens øgede forklaringskraft i forbindelse med sygdomsforebyggelse samt et ændret hierarki mellem borgere og behandlere tilsammen, at flere og flere etiske overvejelser begrundes i sundhedsargumenter. Sundheden ses således i stigende grad som en etisk og moralsk forpligtelse, hvorudfra karakter og personlig værdi bliver vurderet, og der sker således en ontologisk forskydning af det sandhedsbarometer, etikken måles ud fra (Conrad and Schneider 1992:17, Becker 1993:4, Lupton 1997:95, Rørbye 2002:333, Conrad 2007:8, Clarke and Shim 2009:214): *"Medicine has come to link the ethical question of how we should behave to the scientific question of who we truly are and what our nature is as human beings, as life forms in a living system, as simultaneously unique individuals and constituents of a population"* (Rose 1995:67-68). Foucault formulerer skiftet i sandhedsregimet således:

"Det sted, hvor viden bliver til, er ikke længere den patologiske have, hvor Gud anbragte arterne, men en generel medicinsk bevidsthed, som er udbredt i tid og rum, som er åben og mobil og knyttet både til den enkeltes eksistens og nationens kollektive liv, og som bestandig er på vagt over for det uendelige område, hvor sygdommen i sine forskellige aspekter afslører sin store, massive form" (Foucault 2000a(1963):70).

Hvor det gode liv og den "rigtige" adfærd tidligere defineredes ud fra en protestantisk ontologi, defineres den nu i højere grad ud fra en medicinsk – og især epidemiologisk – sammenhæng (Bauer 1997:98, Otto 2006:19), og dette skifte har betydning for de genstandsområder, det anses for relevant at producere viden om. Det gode liv defineredes indenfor den protestantiske etik som det gudfrygtige,

asketiske liv, men med medikaliseringen af etikken er ontologien om det gode liv i stigende grad blevet synonym med det sunde, lange og sygdomsfrie liv, og den rigtige adfærd er blevet synonym med den sundhedsfremmende adfærd. Alt imens er den religiøse sandhedsdefinition henlagt til den enkelte borgers livsverden, den er blevet devalueret som sandhedsregime, som illustreret i Feyerabends erklæring.

Både det religiøse og det sundhedsmæssige sandhedsregime har som mål at omgås døden. I det religiøse sandhedsregime sker det ved orienteringen mod livet efter døden. Med det religiøse sandhedsregimes udhulning og opkomsten af det sundhedsmæssige sandhedsregime opgives i store dele af den vestlige verden den kollektive tro på livet efter døden (Bauman 1992). Livet bliver i stedet styringens endelige mål, og blikket rettes derfor mod forskellige livsforlængende faktorer, der alle kan placeres under sundhedsregimet.

I takt med den ændrede orientering transformeres også den politiske magt. Med tanke på det evige liv efter døden tillagdes menneskeliv op til 1900-tallet<sup>97</sup> ikke større værdi i sig selv, og i overensstemmelse hermed bestod suverænenes magt i den asymmetriske ret til at lade dø og til at holde i live: *"I denne samfundsform bestod magten fremfor alt i retten til at beslaglægge ting, tid, legemer og endelig liv; en magt der kulminerede i privilegiet at bemægtige sig livet for at udlette det"* (Foucault 1978(1976):150). Det var *magten til døden!* Men lige såvel som den vestlige verden har været vidne til en værdiøgning af menneskeliv, har den også været vidne til en dybtgående forandring af magtens mekanismer. Hvor magtens primære ærinde tidligere bestod i at beslaglægge værdier og legemer som objekter, er det nu en magt, som tilskynder, forstærker, overvåger og producerer i forhold til befolkningen som subjekter, fordi menneskelivet er blevet tillagt uendelig værdi. Magten til døden ændrede karakter til *magten over livet*. Det er en magt, som positivt udøves på livet, som søger at styre det, mangfoldiggøre det, foretage præcis kontrol, regulere det og forlænge det (Rose 2009).

I samme ombæring går det lægevidenskabelige område, med de epidemiologiske succeser i starten af det 20 århundrede, fra at være negativt defineret på den måde, at området forbandtes med sygdom og død og lægernes ineffektivitet (Poter

---

<sup>97</sup> Som tidligere beskrevet påbegyndes sekulariseringsprocessen helt tilbage ved Reformationen, og Foucaults gennemgang af transformationen tager ofte udgangspunkt i 1800-tallet. Når jeg sætter skellet ved 1900-tallets begyndelse, skyldes det opkomsten af en række samtidstænkernes proklamation af "Guds død" og samtidens orientering mod logiske begrundelser for livets hændelser i netop denne periode. Det gælder eksempelvis Friedrich Nietzsche, Karl Marx, Friedrich Engels, Sigmund Freud og Ludwig Feuerbach.

2003:633), hen imod en positiv og systematisk definition, som et livsfremmende og livsforlængende område:

”Det er på den baggrund, man forstår den store betydning, lægevidenskaben fik for konstitueringen af videnskaberne om mennesket – en betydning, der ikke bare var af metodisk art, men som i virkeligheden var ontologisk, eftersom det drejede sig om mennesket og det menneskelige som genstandsområde for en positiv viden. [...] Det er det, der giver lægevidenskaben så central en placering i den arkitektur, videnskaberne om mennesket udgør: Den ligger tættere end nogen anden videnskab eller disciplin på den antropologiske indfaldsvinkel, der er underlaget for de øvrige. Det er også det, der forklarer dens prestige på et konkret eksistentielt niveau: Sundheden fortrænger frelsen” (Foucault 2000(1993):260).

Det lange, sunde liv bliver således associeret med det gode liv og bliver omdrejningspunktet for politisk styring. I fraværet af den religiøse lovmæssigheds blik på og begreber om mennesket opstår den videnskabelige og især den lægevidenskabelige vidensstruktur som livets og sandhedens ontologiske udgangspunkt. Vores erfarings faste matrix. Den viden, der efterspørges, og som vurderes som sand, er således en institutionel og systemisk viden. Foucault definerer denne vidensudvikling således: *”Imidlertid fornys den også, uden tvivl på mere dybdegående vis, gennem den måde, hvorpå viden indarbejdes i et samfund, måden, hvorpå denne viden vurderes, udstykkes, fordeles og på sin vis tildeles”* (Foucault 2001 (1971):17). Der er således ikke alene tale om en vidensakkumulering men også om en ændring i det, der betegnes som kvalificeret, sand viden og det, der ikke gør.

Ændringen i sandhedsregimet indvirker således på, hvilke faktorer af borgernes liv, der anses for at være vigtige, og som derfor skal disciplineres. Det gælder, som den medicinske antropolog Sharon Kaufman skriver, i særdeleshed middelelivetiden, da det gode liv er blevet lig det lange liv: *”It is through an ethic of normalcy that expectations about long lives and expectations about routine medical treatment come together. It is unacceptable to die at 71, or 81, or even 91 if one can utilize routine medical care to stave off death and restore health”* (Kaufman 2004:736). Der er således sket en ontologisk redefinering af, hvad det gode liv er, idet vores handlinger og sædvaner i stigende grad måles efter medicinske parametre. Etnologen Lene Otto definerer denne udvikling som en medikalisering af etikken:

”Etikken bliver medikaliseret, forstået på den måde, at medicinen fra dens tidlige begyndelse har været med til at forme vores idealer om det gode liv, hvor det tidligere var religionen, der var den primære leverandør. Medicinske

måder at anskue kroppen og det gode liv på forankres efterhånden dybt i befolkningens sundhedspraksis, dvs. de måder vi regulerer og forbedrer os selv og vore liv på” (Otto 2003:243).

Governmentalitystyringsens mulighed og det, at vi i det hele taget subjektiveres og spejler os i statens normative fremstillinger om sund adfærd, skyldes, at vi som udgangspunkt deler den kollektive sandhedsværdi, eller den kollektive etiks præmis, at sunde og lange liv er lig med gode liv.

### 4.3 Rygningens relevans i sandhedsregimet

Rygeområdet kan ses som et eksempel på, at det parameter, etiske normer for ret og rimelig adfærd måles på, ændres over tid. Fra rygeforebyggelsens begyndelse og frem til 1980'erne defineredes rygningen næsten entydigt som en privat sag, staten ikke skulle blande sig i. Rygningen italesattes således ud fra livsverdensregiet, og blev i overensstemmelse hermed ofte italesat som en nydelse, der fremmede livskvaliteten og de sociale relationer hos rygerne.

Med medikaliseringen og ekspansionen af sundhedens sandhedsregime rettes det styringsmæssige blik mod rygningen, da det udgør en trussel mod idealet om det gode liv, forstået som det lange, sygdomsfrie liv, jævnfør kapitel 1. Rygningen som genstandsfelt gennemgår således en forandring, idet den bliver inkluderet i det medikaliserede sandhedsregime og, sammen med forkert kost, for meget alkohol og for lidt motion, bliver en trussel for målsætningen om et langt, sundt liv. Rygeområdet indtræder således i et institutionaliseret og videnskabeligt systemregi, hvor magt-viden indenfor systemiske og videnskabelige argumenter og problematiseringer tillægges sandhedsværdi, og rygningen bliver således genstand for opmærksomhed, undersøgelse og disciplinering i form af forebyggelse. Det flyttes så at sige længere op i Feyerabendts videnshierarki. Det omfattende fokus på rygning i offentligheden er relevant, fordi rygningen, sammen med de øvrige KRAM-faktorer, fremstilles som primære sundhedsudfordringer, eller som antagonistiske til sundhed; manglen på sundhed. Fremstillingen af det, der italesættes som modsætningen til sundhed kaster således lys over, hvordan sundheden defineres. Når livsforkortende faktorer som KRAM-faktorerne i almindelighed og rygningen i særdeleshed fremstilles som de væsentligste sundhedsudfordringer eller usundheder, indikerer det en sundhedsforståelse, som associeres med det lange liv.

Idet flere af vore handlinger og mere af vores identitet som borgere redefineres i et medicinsk regi, bevidner vi den seneste manifestation af en langstrakt forandring i

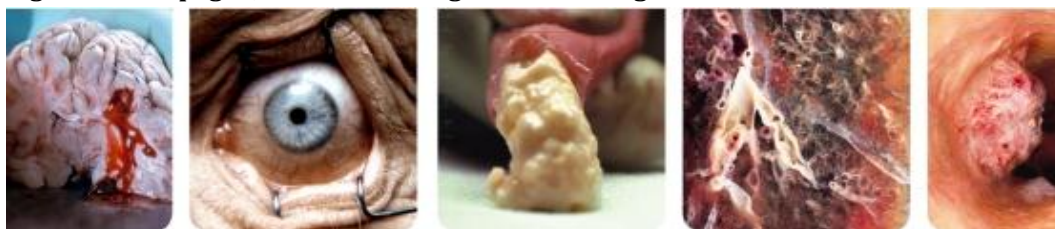
den historiespecifikke definition af ontologi og epistemologi, nemlig hvad det gode liv er, og hvordan vi opnår det (Barker et al 2009:118). I denne redefinering af ontologien og epistemologien om det gode liv, medikaliseres også afvigelsen – eller det dårlige, uetiske liv. Hvor afvigelsen ud fra det protestantiske paradigme defineredes som synd, definerer diagnosen og det korte, syge liv afvigelsen ud fra det medicinske sandhedsregime. Ekspansionen i både omfanget af diagnoser, såsom nikotinafhængighed, og indsamlingen af viden og symptomer i forhold til de enkelte diagnoser kan således forklares ved det øgede fokus på diagnosen, og ikke, som tidligere, synden, som afvigende adfærd.

Skiftet i sandhedsregimet er dog ikke totalt, og der ses stadig fremstillinger, der kan minde om reminiscenser fra det religiøse sandhedsregime. Eksempelvis anvendes i informationskampagnen *"Hver eneste cigaret skader dig"* fra 2009 en retorik omkring rygernes urenhed. Nu er det blot ikke sjælen, men kroppen der bliver uren, og forureningen defineres ikke som synd men som skadelige stoffer. I kampagnen lyder det blandt andet:

"Når du ryger, inhalerer du mere end 4000 kemikalier, for eksempel acetone, som bruges i neglelakfjerner, ammoniak, som tidligere blev brugt til rengøring, benzen, som ikke bliver brugt i opløsningsmidler mere, fordi de fremkalder kræft og cyanbrinte, som er blevet brugt i rottegift. Rygning leder de giftige stoffer direkte ind i din krop" (sst.dk).

Budskabet understøttes af nedenstående billeder, som viser nogle af de skader, rygningen påfører kroppen.

**Figur 16: Kampagne, "Hver eneste cigaret skader dig"**



(sst.dk)

Også i andre publikationer som Forebyggelseskommissionens rapport bruges en retorik omkring rygning, der giver associationer til det religiøse sandhedsregime, idet rygning betegnes som "den største synder" (Wier 2009:8).

Urenhed er ikke et statistik begreb, men tillægges, i takt med ændringer i et samfunds sandhedsregimer, forskellige betydninger. Distinktionen mellem renhed og urenhed er så gammelt som mennesket selv, men hvor urenheden tidligere blev



problematiseret gennem religionens blik og fik navnet synd, er nutidens dominerende forestilling, siden medicinens førømtalte triumf, blevet revolutioneret i en sådan grad, at det er næsten umuligt at tale om urenhed uden at denne betragtes gennem patogenesens perspektiv (Douglas 1966:35). Rygningen bliver således en syndefuld adfærd, og rygernes kroppe anses som urene.

### 4.4 Diskvalificeret viden

Med det medicinske sandhedsregimes kolonisering og redefinering af rygningen, og den epidemiologiske viden om og italesættelse heraf, bliver den viden, der efterspørges, en systemisk og institutionaliseret viden mens andre typer viden om rygning diskvalificeres, idet de bliver invalide. Det drejer sig om usystemiseret og ikke-videnskabelig "livsverdensviden" eller lægmandsviden, som vanskeligt lader sig efterprøve, måle og veje. Foucault definerer denne viden som: "*naive knowledges, located down on the hierarchy, beneath the required level of cognition or scientificity*" (Foucault 1980:82). Det er diskvalificeringen af religionen og magien som sandhedsbærere, Feyeraabend refererer til i det indledende citat.

Denne diskvalificering ses også på rygeområdet. Allerede i 1940, ti år inden rygningens skadevirkninger officielt blev anerkendt, definerede den skotske læge Lennox Johnston rygning som en sygdom, og i 1942 definerede han rygning som den væsentligste årsag til lungekræft. Johnstons definition var dog ikke baseret på anerkendte videnskabelige metoder, men på selvtest, og hans fund blev derfor aldrig anerkendt (Snowdon 2009:86).

På samme måde diskvalificeres ikke-videnskabelige argumenter for rygningens positive virkninger. Det er for eksempel argumenter som, at rygning øger livskvaliteten, livslysten og styrker sociale relationer for rygeren (Lupton 1997:96, Albæk 2003, Avnstrøm og Poulsen 2006). I medicinsk regi mister sådanne argumenter deres sandhedsværdi overfor kvantificerbare og videnskabeligt evidente argumenter om sygelighed og dødelighed – de bliver patosargumenter i et logosregime.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Med patosargumenter refererer jeg til argumenter, der appellerer til modtagerens følelser. Med logosargumenter refererer jeg derimod til videnskabelig argumentation, der appellerer til fornuften.

## 4.5 To sandhedsproduktionsmåder: epidemiologien og erkendelsen

Indenfor det medicinske sandhedsregimes ontologi ses to sandhedsproduktionsmåder: Epidemiologien og erkendelsen. Sandhedsproduktionsmåderne vedrører epistemologien, idet de over tid udgør måden, hvorpå sandhedsregimets ontologi genereres og subjektiveres af borgerne og bliver en del af deres selvforståelse. Hvor fokuset i kapitlets tidligere afsnit var på sandhedsregimets *hvad*, er det således i dette afsnit på regimets *hvordan*.

Magten over livet har udviklet sig i to poler, som relaterer sig til hinanden. Den første drejer sig om borgernes disciplinering af legemet, deres selvdisciplin, som eksempelvis udøves ved at holde op med at ryge, spise sundt og motionere. Den anden er en stadig intervention i og regulering af borgernes adfærd, eksempelvis ved forebyggelsesstrategier:

”Disciplineringen af legemet og reguleringen af befolkningen udgør de to poler omkring hvilke organisationen af magten over livet udvikles. Den klassiske tidsalders installering af denne omfattende teknik med dobbeltansigtet [...] karakterer en magt hvis vigtigste funktion fremover ikke er at udsukke, men fuldstændig at gennemtrænge livet” (Foucault 1978(1976):154).

Denne dobbelte magt tilsvarende den neoliberale governmentalitystyring, som kombinerer indre styringsteknikker rettet mod den individuelle helbredstilstand og ydre styringsteknikker rettet mod den kollektive helbredstilstand. Denne dobbeltsidede styringsform tillader en mere omfangsrig viden om og styring af borgerne, end det er tilfældet ved de to tilgange isoleret set. Dobbelttheden relaterer sig til dannelsen af subjekter. I subjektivitetsafsnittet så vi subjektiveringsprocessen fremstillet som et tveægget sværd, hvor borgerne både styredes til sundhed via normative opfordringer samt via en tilskyndelse til at identificere sig selv gennem sundhedens linse. Jeg vil gerne tage teten om subjektiveringen op igen i dette afsnit, da de to sandhedsproduktionsmåder netop vedrører produktionen af bestemte, situerede subjekter. Blot rettes styringen og selvbevidstheden ikke længere mod sjælens men mod kroppens sundhed.

De to sideløbende poler eller sandhedsproduktionsmåder opstod allerede indenfor det religiøse sandhedsregime: 1) Forkyndelsen, hvor præsten videreformidledte sandheden om Gud og det rettroende liv samt, især indenfor katolicismen, 2) bekendelsen, hvori forkyndelsen internaliseres i borgerens egen bevidsthed, ord og handlinger: *”In order to ensure this individual knowledge, Christianity appropriated*

*two essential instruments at work [...] self-examination and the guidance of conscience*" (Foucault 2000b:310). Tilsammen kaldes disse to sandhedsproduktionsmåder for pastoralmagten. Med pastoralmagten menes en styringsform, som sideløbende vedrører ledelsen af en flok, en menighed, en befolkning som kollektiv og omsorgen for den enkelte borger indenfor dette kollektiv.<sup>99</sup> Pastoralmagten er således en omsorgsmagt. Dens eksistensberettigelse er at gøre godt: *"Og det skyldes netop, at det, som den pastorale magt i al væsentlighed skal sikre, er hjordens frelse"* (Foucault 2008b(2004):137). Pastoralmagten består ikke i dens eklatante fremvisning af dens overlegenhed, i stedet er den kendetegnet ved sin hengivenhed, overvågning og uendelige omhyggelighed. Ej heller er den udelukkende en oppefrakommende imperialistisk magt, der udøves på kollektivet, men også en individualistisk magt, idet pastoren som hyrde bekymrer sig for hver enkelt i flokken eller befolkningen. Kristendommen er den eneste religion, der har organiseret sig selv omkring menigheden, hvilket skabte en bestemt styringsform, som ikke havde herskeren eller bureaukraten, men pastoren som omdrejningspunkt. Herved skabtes en mere cirkulær styringsmåde, hvor den styrende både leder men også tjener og ofrer sig for kollektivet og den enkelte, og er både vidende om kollektivets og den enkeltes tilstand (Foucault 2008b(2004):132-141, Walters 2012:22). Den pastorale magt servicerer ikke en suveræn men i stedet den "flok" eller det kollektiv, magten udøves overfor. Pastoralmagtens sandhedsproduktionsmåder kan i en modificeret udgave overføres til det neoliberale velfærdssamfunds sandhedsproduktion:

"En usandsynlig størrelse var under opførelse: en bekendelses-videnskab som støttede sig til bekendelsens ritual og indhold, en videnskab som forudsatte den mangehovede og påtrængende tale-afpresning og hvis genstand var det bekendt-ubekendelige. Dette var sikkert en skandale og i hvert fald ikke uden modvilje at det 19. århundredes så fornemt institutionaliserede videnskabelige diskurs måtte give sig i kast med hele denne nedefra kommende diskurs. Det var da også teoretisk og metodisk paradoksalt: de langstrakte diskurser om muligheden for at konstituere en videnskab om subjektet, introspektionens gyldighed, det oplevedes evidens eller bevidsthedens gennemsigtighed for sig selv, - uden tvivl svarede alt dette til problemet for sandhedsdiskursens funktion i vort samfund (Foucault 1978(1976):75-76).

---

<sup>99</sup> Foucault daterer pastoralmagten tilbage til den hebraiske hyrdemagt. Hyrdemagten udøves ikke over et territorium, men over en hjord og hovedsageligt en hjord i bevægelse. Den hebraiske Gud er, modsat eksempelvis de græske guder, en Gud der bekymrer sig om befolkninger i bevægelse snarere end territorier (Foucault 2008b(2004):136).

Til trods for at ontologien om mennesket og dermed udgangspunktet for styring har ændret sig i takt med det medikaliserede sandhedsregime, ses der i epistemologien reminiscenser fra det religiøse sandhedsregimes to sandhedsproduktionsmåder,<sup>100</sup> idet forkyndelsen disciplinerer borgeren, mens bekendelsen subjektgør denne disciplinering i den enkelte borgers bevidsthed og selvidentitet. Nutidens sandhedsproduktionsmåder har således i vid udstrækning kopieret det tidligere sandhedsregimes epistemologier:

”Never, I think, in the history of human societies [...] has there been such a tricky combination in the same political structures of individualization techniques and of totalization procedures. This is due to the fact that the modern Western state has integrated into a new political shape an old power technique that originated in Christian institutions. We can call this power technique ‘pastoral power’” (Foucault 2000b:332).

Den kristne kirke har således samlet og organiseret den pastorale magt i en række præcise mekanismer og veldefinerede institutioner. Selvom det religiøse sandhedsregimes ontologi i mange sammenhænge har tabt konsensus, ses epistemologiske paralleller mellem dette og det medicinske sandhedsregimes sandhedsproduktionsmåder. Der eksisterer også stadig en synergi mellem den oppefrakommende, disciplinerende sandhedsproduktion og den subjektiverede sandhedsproduktion, hvor borgerne selv aktivt identificerer sig med de oppefrakommende italesættelser af dem som rygere, ikke-rygere, sunde, usunde, aktive borgere i borgerforeninger og så videre. I og med, at sandhedsregimet har udviklet sig, er eksperterne og retorikken imidlertid udskiftet, og nøgleordene er således ikke længere forkyndelse og bekendelse men kan i stedet betegnes epidemiologi og erkendelse, hvilket gennemgås i det to følgende afsnit.

### **Epidemiologien**

Epidemiologiens ærinde er isoleret set at producere værdineutral viden om sygdomsætiologien, men epidemiologien som sandhedsproduktionsmåde er ikke værdineutral. I stedet er det, at epidemiologien i det hele taget tillægges sandhedsværdi samt de områder af borgernes liv, epidemiologisk forskning fokuserer på, udtryk for normativitet. Des mere det epidemiologiske blik er rettet på et bestemt genstandsfelt, desto mere viden bliver produceret om feltet. Forskningen

---

<sup>100</sup> Jeg henleder ikke hermed til, at pastoralmagten direkte kan oversættes til governmentalitystyringen og nutidens sandhedsproduktionsmåder, men blot til, at der i den nuværende styrings- og sandhedsproduktionsform ses reminiscenser fra pastoralmagtens epistemologi.

er således ikke værdineutral, eftersom opmærksomheden på epidemiologisk forskning i det medicinske sandhedsregime er begrundet i efterspørgsel efter netop sandheden om sygdommes ætiologi (Foucault 1980:133, Larsen 2006:84-89, Midanik 2006:24, Barker et al 2009:118). *"Medical designations are social judgments, and the adoption of a medical model of behavior, a political decision"* (Conrad and Schneider 1992:35). Selvom epidemiologien ikke er normativ i sig selv, begrundes dens eksistensberettigelse og status i sociale og politiske vurderinger, og den er således ikke moralsk neutral. Epidemiologiens rolle som sandhedsproduktionsmåde er således interdependent, idet den producerer viden, som danner grundlag for disciplinering samtidig med, at dens eksistensberettigelse som sandhedsbærer skyldes politisk efterspørgsel efter den.

Epidemiologien er således et sandhedsproduktionsområde hvor indenfor der udøves magt, idet magtudøvelsen hænger uløseligt sammen med produktionen af sandhed indenfor et bestemt sandhedsregime. Uden et sandhedsregime til at producere viden er magtudøvelsen hul, og uden magtstrukturer produceres ingen sandhed. Magt og viden forudsætter således hinanden direkte. Der er med epidemiologien ikke tale om en institutionsform, der producerer viden, der kan være nyttig eller skadelig for magten. I stedet er der tale om magt-viden processer, der bestemmer videnskabens former og mulige genstandsfelter (Foucault 1977:32). Det vil sige processer der over tid definerer epidemiologisk viden som sandhedsproduktionsmåde og rygeområdet som genstandsfelt.

Magt-viden forholdene er ikke én gang givne former for opdeling men en betegnelse for "transformationsmatrikser" (Foucault 1978(1976):94,111) forstået på den måde, at magt løbende producerer viden lige såvel som viden løbende producerer magt: *"Far from preventing knowledge, power produces it. If it has been possible to constitute a knowledge of the body, this has been by way of an ensemble of military and educational disciplines. It was on the basis of power over the body that a physiological, organic knowledge of it became possible"* (Foucault 1980:59). Magt og viden indgår således over tid i en kompleks relation, hvor magt producerer forskellige typer af viden og den viden, der indsamles, forstærker behovet for styring.<sup>101</sup> I forbindelse med rygeområdet gør denne relation sig gældende ved, at der i internationalt regi efterspørges epidemiologisk forskning om rygningens skadevirkninger. Over tid resulterer en akkumulering af forskningsresultater om rygningens - og senere passiv rygningens - skadevirkninger i øgede

---

<sup>101</sup> Dette er ikke helt det samme som filosofen Francis Bacons formulering: "Scientia potentia est", viden er magt. Relationen mellem de to er kompleks, og de to fænomener kan ikke reduceres til hinanden.

styringsambitioner og yderligere forskning på området. *"The first report about the risks of ETS<sup>102</sup> did not appear in a political vacuum. They responded to political struggles in the new public health movement [...] there was a definite demand for knowledge saying that ETS was risky"* (Larsen 2008:764).

Den sandhedsart der prædikkes, er den art, et givent samfund på et givent tidspunkt ud fra et bestemt sandhedsregime efterspørger. Der kan således ikke udøves magt over borgerne til at leve sundt uden, at denne magt begrundes i det medicinske sundhedsregimes ontologiske definition af det gode liv som det lange, sygdomsfrie liv. Desuden skal magten legitimeres af den epidemiologisk institutionaliserede viden om, at kost, rygning, alkohol og motion er væsentlige årsager til sygdom og for tidlig død. På samme måde produceres denne viden ikke i et magtmæssigt vakuum men grundet efterspørgsel efter den. Og den ikke-rygende borger er i høj grad efterspurgt, fordi alternativet; den rygende borger, koster samfundet dyrt i kraft af sin korte middellevetid, manglende effektivitet på arbejdsmarkedet og omkostningstunge sygdomsbehandling. Med det medicinske sandhedsregime er det primært befolkningens sundhed, der er genstand for disciplinering, og befolkningens sundhed kan ikke disciplineres uden at kende dens nuværende tilstand (Larsen 2006:155). Det er dette forhold, der placerer epidemiologien i magtens centrum. Havde den protestantiske tilgang stadig udgjort sandhedsregimet, havde andre dele af borgernes liv formentlig været genstand for undersøgelse og disciplinering, for viljen til viden. Andre dele af borgernes liv havde således været genstandsområde for vidensakkumulering og de institutioner, der tilskynder at tale om rygningen havde været andre, eksempelvis kirken. Ligeledes havde det, der blev italesat vedrørende rygning givetvis været af en anden karakter, eksempelvis ud fra en ontologi om mådeholdenhed i stedet for livsnydelse.

I kraft af sundhedens sandhedsregime er rygningen noget, der i stigende grad italesættes i sundhedsregi og ikke som en sofistikeret og kulturel handling, som det var tilfældet i 1950'erne. Med dette skifte flytter rygningen ind i et systemisk regi, hvor det går ud på: *"at beskytte, at adskille, at forebygge, og som overalt ser farer, maner til agtpågivenhed, fordrer diagnoser, ophober rapporter, organiserer terapier"* (Foucault 1978(1976):39). Man har herved kørt et omfattende analyseapparat i stilling, som skal producere en bestemt type viden om befolkningens status i forhold til at opnå det gode liv defineret som det sunde, lange liv.

---

<sup>102</sup> Environmentally transmitted smoke.

### *Kroppens præster*

Sandhedsforståelsen, som tidligere blev produceret fra præsternes prædikestol, prædikes nu via kvantitative estimater og beregninger præsenteret af læger og andre beslægtede videnskabsdiscipliner, de er blevet kroppens præster:

”Når først lægevidenskaben var blevet en offentlig, neutral og kontrolleret aktivitet, ville den kunne forbedres i al uendelighed; ved at lindre fysiske smerter udførte den noget, der mindede om kirkens gamle åndelige kald, og blev på den måde en slags verdslig version af kirken. Som en parallel til hærskaeren af præster, der varetog sjælens frelse, skulle der være en hærskaer af læger, der tog sig af folks fysiske helbred” (Foucault 2000a(1963):71).

Både præsterne og lægerne prædiker måder at omgå døden på. For præsternes vedkommende sker det gennem forkyndelsen om det evige liv efter døden og for lægernes vedkommende ved teknikker til at udskyde døden. Dette gør tobaksrygning til et oplagt styringsfelt, eftersom rygningen, som vi så i kapitel 1, i en række undersøgelser angives som den primære årsag til den korte middellevetid i Danmark og dermed som den største trussel mod bestræbelsen på at udskyde døden.

### **Erkendelsen**

Endnu en disciplineringsmekanisme, nemlig erkendelsen, minder om mekanismer, der anvendtes indenfor det religiøse sandhedsregime. Foucaults analyse af seksualitetens historie (Foucault 1978(1976)) kortlægger, hvordan seksualiteten, idet den problematiseres som samfundets anliggende, undergår ”bekendelsens disciplinering”, hvor borgerne opfordres til at bekende deres seksuelle synder. Med sekulariseringen anvendes bekendelsens kortlægning af borgernes inderste væsen, deres adfærd og tanker, som data for den medicinske og sociale videnskab. Videnskaben anvender så denne viden til at disciplinere adfærden. Erkendelsen fungerer som governmentalitystyringens subjektiveringspraksis, idet borgeren herigennem skaber en selvidentitet og lærer at se sig selv som henholdsvis den rettroende/syndende borger og den sunde/usunde borger (Foucault 2000b:311). Det kristne sjælebegreb og sjælearbejde er således skiftet ud med det filosofiske begreb: subjektiviteten (Otto 2006:7), men begge begreber henviser til borgerens etiske selvarbejde.

Der ses på KRAM-området reminiscenser af denne bekendelsens disciplinering. Det gælder eksempelvis på rygeområdet, hvor det anbefales at fortælle omgangskredsen om et planlagt rygestop, da dette angives at øge sandsynligheden for at lykkes med at kvitte tobakken (Tværmose et al 1998). Organisationen Anonyme Alkoholikere

opererer ud fra et 12-trins program,<sup>103</sup> hvor første trin lyder: *"We admitted we were powerless over alcohol – that our lives had become unmanageable"* (Midanik 2006:52). Vægtvogterne arbejder på kost- og motionsområdet ud fra samme princip, idet hvert møde indledes med offentlig vejning.

Selvom sandhedsregimet er forandret, og de områder af borgernes liv, der skal disciplineres, er udskiftet, ser bekendelsesritualet, hvor den afvigende eller uhensigtsmæssige adfærd bekendes, stadig ud til at udgøre den indledende disciplineringsmekanisme. Lige såvel som bekendelsen var en væsentlig disciplineringsmetode i den religiøse, og især det katolske sandhedsregimes magtorden,<sup>104</sup> er det det stadig i det medicinske sandhedsregime, blot er den etiske "sandhed", der nu produceres, ikke sandheden om forbrydelsen mod det syndfrie liv, men mod det sunde liv og den sunde krop, og man bekender ikke overfor en almægtig Gud, men overfor sig selv for selv at erkende og tage ejerskab. *"I alle tilfælde er bekendelsen [...] givet af traditionens autoritet, ved siden af vidneudsagnene, men også ved siden af videnskabelige iagttagelses- og bevis-metoder, blevet en af verdens højest vurderede teknikker for produktion af sandhed"* (Foucault 1978(1976):69). Bekendelsen må nødvendigvis komme nedefra, fra de subjektiverede borgere, som internaliserer sandhedsregimets forståelse af hvad og hvordan, der skal bekendes. Bekendelsen er herved mulighedsbetinget af en overensstemmelse mellem statens og borgerens "rationality" eller deres kollektive værdisætning af, hvad der styres hen imod. Bekendelsen henviser også til den neoliberale ontologi om borgeren som et autonomt retssubjekt, hvis mening skal høres, og som ikke kan styres gennem udefrakommende disciplinerende styring, men gennem indre selvstyring og selvdisciplinering. Sandhedsproduktionen er gennemsyret af skift i magtforhold gennem tiden, og skiftet i bekendelsens objekter er et eksempel herpå.

#### *Din egen lykkes læge*

Hvor nøglepersonerne eller "sandhedsformidlerne" indenfor epidemiologien er personer med lægefaglige eller beslægtede uddannelser, bliver borgerne, i kraft af den erkendelse og subjektivering, de pålægger sig selv, så at sige deres egne læger. Lige såvel som frelse opnås gennem bekendelse og omvendelse, opnås sundhed gennem erkendelse og livsstilsændring. Hvor lægerne var nøglepersoner i forbindelse med de medicinske triumfer i den første halvdel af det 20. århundrede,

<sup>103</sup> De 12 trin udvikledes i 1946 og blev inkluderet i Anonyme Alkoholikeres Internationale Konvention i 1950.

<sup>104</sup> Den udspecificerede bekendelse nævnes i Bibelen, men ikke som et centralt tema. Det bliver den imidlertid i det 13. århundrede med buddet om, at alle katolikker skulle knæle og bekende deres synder mindst en gang årligt.



bliver borgerne fra midten ad det 20. århundrede, hvor sygdomsbilledet forandres, i højere grad selv nøglepersoner og deres "egen læge". Erkendelsen bliver hermed særlig relevant som sandhedsproduktionsmåde hen imod undersøgelsesperiodens slutning.

### **4.6 Opsamling: Fra *sanctus corpus* til *scientia corpus***

I takt med medikaliseringen af sandhedsregimet, som tidligere havde sit arnepunkt i religionen, er der også sket en ændring i ontologien omkring kroppen. Den er ikke længere et "*sanctus corpus*"; en hellig krop men et "*scientia corpus*"; en videnskabeliggjort og systemgjort krop. Hvor kroppen tidligere var genstand for religiøs styring, indtræder kroppen, og i dette tilfælde den rygende krop, således i stigende grad i den politiske styrings genstandsfelt og den sandhedsart, der produceres om kroppen, er en videnskabelig, profan sandhed. Med kroppens status som en profan krop, indtræder den i medikaliseringens sandhedsregime, hvilket forklarer den omfattende epidemiologiske vidensproduktion om kroppen samt politisk styring og selvdisciplinering heraf.

**DEL 3**

**ARTIKLER**



## **KAPITEL 5**

# **ARTIKEL 1: FRA INDIVIDUELT VALG TIL SAMFUNDSPROBLEM**

## **DANSKE FOREBYGGELSESTRATEGIER PÅ RYGEOMRÅDET 1950-2010 SAMMENLIGNET MED SVERIGE**

[Artikel 1 er udeladt i dette eksempel]

## **KAPITEL 6**

# **ARTIKEL 2: SMOKING PREVALENCE IN COMPARISON TO SMOKING POLICIES INITIATIVES TARGETING THE POPULATION VERSUS INITIATIVES TARGETING THE ENVIRONMENT IN DENMARK, 1978-2010**

[Artikel 2 er udeladt i dette eksempel]

## **KAPITEL 7**

# **ARTIKEL 3: 'IT'S MY OWN CHOICE! BUT I CHOOSE TO BE COMPLIANT'**

## **CHANGING ATTITUDES TOWARDS THE DANISH SMOKING LAW IN PUBLIC PLACES, 2007-2010**

[Artikel 3 er udeladt i dette eksempel]

## KAPITEL 8

# ARTIKEL 4: ETIK I FOLKESUNDHED

## MELLEM INDIVIDUELT OG SAMFUNDSMÆSSIGT FOKUS

[Er publiceret i antologien: *"Anvendt etik: Aktuelle etiske udfordringer"* s. 165-182]

Betina Verwohlt og Gunnar Scott Reinbacher

"Giv aldrig op. Kom nu. You can do this! Vi skal derhen til, hvor du tager ejerskab for det her, og hvor du begynder at kunne lide det.... Vi skal have de positive tanker. Hver gang du mærker det negative mønster, der siger: 'Jeg kan ikke', så skal du fange det med det samme og sige: 'Okay, det er en perfekt mulighed for at lave mental styrketræning'."

Coach; Chris MacDonald

Sådan lyder det i DR1s TVudsendelse *"By på skrump"* d. 21.09.2009. By på skrump er ét eksempel på danske initiativer hen imod en sundere og slankere befolkning. Initiativerne består oftest af oplysningskampagner om sundhed og af personlige coachere som eksempelvis Chris MacDonald. Initiativer som *"By på skrump"* fokuserer i høj grad på de kendte 'buzz-ord' som, at de medvirkende skal 'tage sig sammen, ikke give op og have positive tanker', som det lyder i ovenstående citat, hvor Chris presser deltageren Louise til at kæmpe sig op ad en bakke i en af forløbets første træningsdage. Men der fokuseres næsten ikke på, hvilke betingelser deltagerer som Louise reelt har for at lykkes med en livsstilsændring – og ikke mindst for at blive ved med at lykkes efter coachen er taget hjem og dagligdagen begynder. Med betingelser menes de sociale og økonomiske ressourcer, deltagerne har til rådighed samt hvor let eller svært det er at træffe sunde valg i hverdagen (WHO

1986:2). Er der for eksempel sund, billig mad i kantinen, gode cykelstier i området eller i stedet en fastfoodrestaurant lige i nærheden af hjemmet.

Forskning viser, at 19 ud af 20 danskere som taber sig, tager det tabte på igen (Simonsen et al 2008). Dette er en indikation for, at et varigt væggtab kræver andet og mere end individuel coaching, som er tidsbegrænset, ressourcekrævende og oftest udelukkende en mulighed for de økonomisk velstillede. Med mindre man, som i ovennævnte eksempel, yder gratis coaching mod at deltagernes kampe og udvikling følges af store dele af den danske befolkning. Desuden er denne individuelle orientering uetisk i den udstrækning, at man forventer samme livsstil fra socialt og økonomisk dårligt stillede som fra de velstillede, som har bedre forudsætninger for at leve sundt.

Ovenstående afføder to spørgsmål til tendensen i de eksisterende strategier hen imod en sundere befolkning: Hvordan bliver de mere effektive og hvordan bliver de mere etisk forsvarlige?

### **Etiske overvejelser i forhold til folkesundhed**

Begrebet "folkesundhed" lægger op til, at samfundet som et hele skal søge at forbedre befolkningens sundhed og forebygge sygdom. I dansk sammenhæng dominerer en negativ frihedsdefinition (Vallgård 2003), hvor frihed defineres ved, at staten blander sig mindst muligt i borgernes liv<sup>105</sup>. Denne definition giver nogle etiske problemstillinger i folkesundhedsdiskussionen imellem frihed og sundhed. I overensstemmelse hermed italesættes sundhed i størstedelen af den politiske litteratur som individets eget ansvar.

Det centrale etiske dilemma i forbindelse med folkesundheden består i at balancere mellem på den ene side respekt for borgernes individuelle frihed til at leve som de vil, også i tilfælde, hvor det ikke fører til sund levevis, og at staten på den anden side har pligt til at arbejde hen imod et sundt samfund med sunde borgere (Krebs 2008:579).

Vi beskæftiger os i dette paper med etik i forhold til to relaterede faktorer i den danske folkesundhedspolitik, nemlig:

1: Etiske overvejelser vedrørende, at sundhed i den danske folkesundhedspolitik primært fremstilles som individets eget ansvar, selvom undersøgelser viser, at dette ikke stemmer overens med virkeligheden, (Folker et al 2009) og

---

<sup>105</sup> Modsat dette dominerer for eksempel i Sverige en positiv definition af frihed, som frihed til at leve livet bedst muligt, længst muligt. Ved denne definition står statens indgriben ikke i modsætning til friheden, men er en betingelse herfor.



2: Ethiske overvejelser vedrørende den danske diskurs sammenlignet med Verdenssundhedsorganisationen (WHO), der har et mere socialt fokus (WHO 2008).

### **1 FOKUS I DANSK FOLKESUNDHED**

Få vil i dag argumentere imod statens rolle i at sikre bestemte grundlæggende sundhedsydelse såsom ren luft og vand, vaccinationer af børn og at øge befolkningens sundhed gennem fødevarer, herunder tilsætning af jod til salt og pasteurisering af mælk. Men disse initiativer blev oprindeligt mødt af mange protester og beskyldninger om statslig indblanding (Krebs 2008:579). Nutidens største sundhedsproblemer er imidlertid af en anden art end tidligere, det er nemlig de såkaldte 'livsstilsfaktorer', der i dag er årsag til hovedparten af indlæggelser og dødsfald (eksempelvis Kiens et al 2007). Livsstilsbegrebet er dog et problematisk begreb i etisk forstand, idet det forudsætter, at individet har et reelt valg. I eksemplet "By på skrump" har Louise valget om at kæmpe og holde ud til træningen med coachen, men der er mange faktorer, hun ikke har helt eller delvist kontrol over. Det er eksempelvis opvækstvilkår, genetik, priser på sund mad og udbuddet heraf. Mange af de ting, der påvirker Louises livsstil, er begrænsede af andre aktører såsom industrien, regeringen og Louises socioøkonomiske omstændigheder. Af denne grund er det problematisk at tale om et frit valg af livsstil, hvilket gør etiske overvejelser i forbindelse med statens rolle i folkesundhedsarbejdet nødvendige. Og hvilken rolle tager så staten i forbindelse med befolkningens sundhed? Regeringens og sundhedsstyrelsens folkesundhedspolitik har siden 1989 været struktureret omkring regeringernes folkesundhedsprogrammer<sup>106</sup>. Disse har, til trods for skiftende regeringer, alle primært beskæftiget sig med individets eget ansvar for sundhed, mens statens ansvar sjældnere italesættes. Når statens ansvar for at indrette samfundet, så det bliver lettere at leve sundt, italesættes, sker det ofte i abstrakte vendinger, som ikke er operationaliserede (eksempelvis Regeringen 2002). Desuden bygger folkesundhedsprogrammerne især på fire livsstilsfaktor, nemlig kost, rygning, alkohol og motion; de såkaldte KRAM-faktorer. Devisen om individets eget ansvar bygger på ontologien om et frit, aktivt og rationelt individ, som selv er herre over egen livsstil og sundhed. Epidemiologiske undersøgelser<sup>107</sup> viser imidlertid, at denne opfattelse stemmer dårligt overens med virkeligheden, hvor livsstil i høj grad er influeret af strukturelle faktorer og stratifikationer i samfundet (Folker et al 2009:13).

---

<sup>106</sup> Der er i alt tre folkesundhedsprogrammer: "Regeringens folkesundhedsprogram" fra 1989, "Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008: Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen" fra 1999 og "Sund hele livet: De nationale mål og strategier for folkesundheden" fra 2002.

<sup>107</sup> Epidemiologien beskæftiger sig med helbredsforholds forekomst og fordeling i grupper af mennesker samt hvad der styrer denne forekomst på befolkningsniveau.

### Uretfærdig ulighed i sundhed?

Eftersom personer i forskellige socialgrupper ofte reagerer forskelligt på sundhedsfremmende og forebyggende strategier, kan der være en social ulighed i det sundhedsmæssige udbytte af de indsatser, der adresserer individets ansvar. Hvis højere socialgrupper for eksempel både har et bedre udbytte af for eksempel sundhedskampagner end lavere socialgrupper, men også i forvejen har et bedre helbred, så øger kampagner den sociale ulighed i sundhed. Men er dette et udtryk for uretfærdig ulighed i sundhed?

WHO skriver om ulighed i sundhed, at: *"Hvor systematisk ulighed i sundhed vurderes at kunne undgås med tiltag indenfor rimelighedens grænser, er uligheden ganske enkelt uretfærdig"* (WHO 2008: Indledning, vores oversættelse). Hovedparten af danskerne mener, at ulighed er uretfærdig<sup>108</sup>, hvis den skyldes faktorer, det ikke er rimeligt at holde individet selv ansvarlig for (Serpa 2008). Disse to parametre for uretfærdig ulighed i sundhed stemmer godt overens med parametrene i mange videnskabelige publikationer (eksempelvis Vallgård og Koch 2006:30-34, Holtug og Lippert-Rasmussen 2009:135-143).

I sundhedsstyrelsens rapport: *"Etik i forebyggelse og sundhedsfremme"* fremgår at:

"Epidemiologisk forskning i sociale årsager til ulighed i sundhed viser, at der er en social gradient (sammenhæng) i sundhed i den forstand, at sundhed fx systematisk hænger sammen med socioøkonomisk status. Det indebærer, at folks sundhedstilstand i høj grad er betinget af og sammenhængende med deres sociale status" (Folker et al 2009:26-27).

Der er i dag en forskel i middellevetid mellem højtuddannede og lavtuddannede på 3 år (Vallgård og Koch 2006:33). Denne sociale gradient er interessant i forhold til spørgsmålet, om det er etisk forsvarligt at holde folk ansvarlige for deres sociale status? Hvis det ikke er rimeligt, så er social ulighed i sundhed uretfærdigt, og det er etisk problematisk at forvente samme livsstil fra befolkningen i lavere sociale grupper som i højere.

De fleste vil erklære sig enige i, at hvis en person bliver syg på grund af faktorer, som personen ikke selv har kontrol over, er det uretfærdigt at holde personen ansvarlig for eventuel sygdom (Folker et al 2009:38). Det kan umiddelbart være nærliggende at konkludere, at en person, der af egen fri vilje overspiser, drikker, ryger og dyrker

---

<sup>108</sup> Med begrebet uretfærdig ulighed i sundhed henvises til WHO's rapport (WHO 2008). I rapporten beskrives ulighed i sundhed som værende uretfærdig, hvis den skyldes faktorer, der helt eller delvist ligger udenfor individets egen formåen og hvis den skyldes faktorer, det er muligt at ændre på (WHO 2008: forord, 1, 16,153).

for lidt motion er ansvarlig for de eventuelle negative konsekvenser, der måtte komme af personens valg af livsstil. Megen forskning tyder dog på, at personer kun i yderst begrænset omfang har kontrol over disse faktorer (Folker et al 2009, WHO 2008). For det første spiller genetikken ind i forhold til disposition for afhængighed og stofskifte. Hvis personer er genetisk prædisponerede for eksempelvis nikotinafhængighed, så kan de, i det omfang, de er 'kodede' til det, ikke siges fuldt ud selv at være ansvarlige for deres sundhedsadfærd. Genetikken viser sig desuden at spille ind i forhold til i hvor høj grad man nyder at være fysisk aktiv. For det andet er en række sociale omstændigheder også udenfor individets kontrol. Det handler eksempelvis om stress, opvækstvilkår (om man for eksempel er vokset op i en familie, der lærer børn at spise sundt og være fysisk aktive) og så videre. Det er i et vist omfang udenfor individets kontrol, om det befinder sig i en socialgruppe, der er fremmende eller hæmmende for sundheden (Folker et al 2009:38). Man kan sige, at hvis genetiske eller sociokulturelle omstændigheder giver individet et uhensigtsmæssigt udgangspunkt for at træffe sunde valg, er det ikke rimeligt at holde individet ansvarligt for sine handlinger:

”Konkret følger det af denne tankegang, at det generelt er uretfærdigt at holde personer ansvarlige for følgerne af deres livssil, enten fordi personer har vidt forskellige udgangspunkter for, om de kan løfte et sådant ansvar, og/eller fordi personer simpelthen ikke i nogen moralsk relevant forstand kan siges at have et sådant ansvar” (Folker et al 2009:39).

Ansvarsdimensionen bliver således urimelig, når usunde borgere urimeligt pålægges skyld, idet det antages, at de har hovedansvaret for deres situation: *”Den individ-ansvarlige tilgang har medført etableringen af ’sundhed’ som den nye moral ud fra hvilken karakter og personlig værdi bliver vurderet. ’At være syg’ bliver redefineret som ’at være skyldig’ ”* (Becker 1993:4 i Vallgård 2011:258, vores oversættelse). Når dette individorienterede fokus er dominerende til trods for omfattende problemer hermed, kan det hænge sammen med, at selv hvis individets eget ansvar er begrænset, så er alle personer påvirkelige af de idealer og forventninger, der er omkring dem. Hvis borgerne tildeles et ansvar – uanset om det reelt har det eller ej – øger det formentlig motivationen for at træffe sundere valg, fordi man *føler*, at man har et ansvar. Omvendt er beskeden om, at sundheden er determineret af sociale og genetiske omstændigheder et dårligt incitament til at træffe sundere valg. Men den danske ansvarstildeling går ud over den gruppe af personer, der ikke kan leve op til ansvaret. Deres livskvalitet og sundhedstilstand forværres formentlig endnu mere, da en følelse af at svigte sit ansvar næppe er fremmende for livskvaliteten eller for motivationen for at leve sundt.

Man kan således, ud fra en nytteetisk kalkule sige, at den danske model, der italesætter individets eget ansvar, kan være en hensigtsmæssig strategi for hovedparten af befolkningen, og derfor etisk forsvarlig. Omvendt er tilgangen ikke i særlig høj grad baseret på forskning, og derfor ikke særlig valid, ligesom den stigmatiserer de individer, der ikke levet op til normen.

### **Det underliggende danske aktør- og struktursyn**

Den individuelt orienterede tilgang til folkesundheden har været fremherskende i Danmark de sidste 25 år. Fokus er her på individets frihedsrettigheder; retten til at leve det gode liv, men også retten til at leve det inaktive, usunde liv, hvis det er det, man vil. Diskursen om individets eget ansvar for sundheden bygger på opfattelsen af et frit og aktivt individ, som selv er herre over egen livsstil og sundhed. Borgernes frihedsrettigheder er ukrænkelige, og statens rolle består i normative retningslinjer, påbud og anvisninger på det gode liv til gavn for borgeren og samfundet. Således er det juridisk ukrænkelige subjekt i fokus i den individualistiske tilgang til folkesundheden. Det er et borgerbegreb, der er hævet over det offentlige, over staten; den suveræne borger (Krebs et al 2007:13, Reinbacher 2009:3). Retten til at bestemme over og leve sit liv som man selv ønsker det er i denne optik vigtigere end bestræbelserne for en sund befolkning og et sundt samfund.

Den individualiserede borger kan også tage en mere pragmatisk form, hvor man nok står på egne rettigheder, men også erkender nødvendigheden af dialog med det omgivende samfund. Den pragmatiske borger er borgeren, der nok ser kritisk på staten, og som holder på egen suverænitæt, men som også erkender egne begrænsninger.

Også statens forhold til borgerne følger diskursen om individets suverænitæt. Borgene anses som frie borgere i det moderne samfund, og statens rolle er at udvikle og stille viden til rådighed for borgerne. De forskellige folkesundhedsprogrammer kan ses som et eksempel på dette, og ligeledes kan de mange sundhedskampanjer som: "Seks om dagen", "30 minutter om dagen", "Get moving, pattebørn" osv. ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)). Selvom staten leverer viden på området, litesættes både årsagen til og løsningen på befolkningens sundhedsproblemer først og fremmest hos individet selv. Når overvejelser om social ulighed i sundhed og forskellige forudsætninger for at ændre livsstil inddrages, viser dette individorienterede aktør- og struktursyn sig at være uetisk, da det kun adresserer sundheds- og fedmeproblematikken på et overfladisk plan uden inddragelse af de bagvedliggende faktorer.

Hvor det individualistiske perspektiv næsten udelukkende fokuserer på det suveræne subjekt, overfokuseres i et strukturalistisk perspektiv på statens rolle. I dette perspektiv ser borgerne sig underlagt statens krav, og de har ikke mange frihedsrettigheder. Borgerne er et produkt af samfundet, og det bliver så at sige samfundets skyld at man er usund. Borgerne er ud fra denne optik ikke handlende subjekter med egen vilje, men objekter for statens dominans (Reinbacher 2009:5). Eksempler på strukturorienterede strategier for at højne sundheden er eksempelvis sund mad i landets kantiner, kvarterløft, hvor bygninger og kvarterer bliver sundere at bo i samt moms- og afgiftsændringer, som flytter moms og afgifter fra sunde fødevarer til usunde fødevarer. Det strukturelle perspektiv bliver også uetisk, hvis det står alene, fordi individets frihed til og ansvar for at træffe egne beslutninger undermineres.

De sidste 25 års folkesundhedsdebat har tenderet grøftegravning, hvor man enten har fokuseret på det individuelle perspektiv eller på strukturperspektivet. Begge yderpoler er ineffektive og uetiske, fordi de hver især kun problematiserer årsagsfragmenter. En forudsætning for en effektiv og etisk folkesundhedspolitik består først og fremmest i en korrekt diagnose af, hvor i det komplekse spændingsfelt mellem individ og samfund, sundhedsproblemerne opstår og herunder i hvor høj grad borgerne har reel frihed til at vælge livsstil.

Et forslag til hvordan folkesundhedsproblematikken kan gribes etisk forsvarligt an, idet både individets og samfundets ansvar for sundhed adresseres og hvor flere årsagsfaktorer er inddraget, får man ved at se på Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) tilgang. I nedenstående afsnit gennemgås den danske tilgang til folkesundheden sammenlignet med WHO's tilgang.

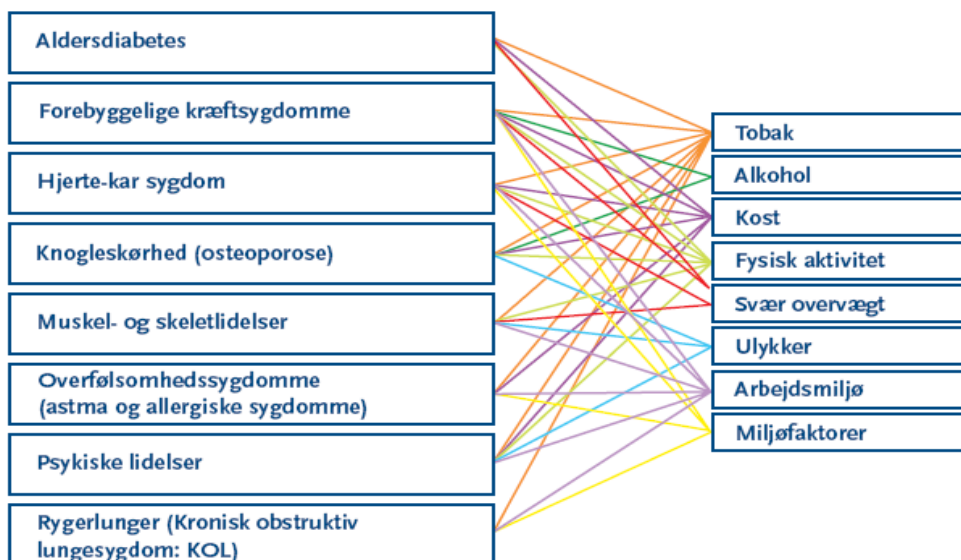
## **2 DEN DANSKE TILGANG SAMMENLIGNET MED WHO**

Udover at den danske folkesundhedsdiskurs i forhold til lande, vi normalt sammenligner os med, i høj grad adresserer individets ansvar for sundhed, tages også udgangspunkt i en mere isoleret og dikotom opfattelse af autonomi, individ, stat og livsstil end i WHO. Individene omtales ofte som isolerede aktører i de nuværende danske folkesundhedsprogrammer. Eksempelvis skriver regeringen i folkesundhedsprogrammet i 2002: *"Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv. Den enkelte har et ansvar – for sig selv, sine nærmeste og fællesskaberne"* (Regeringen 2002:57).

Den danske tilgang sammenholdes i dette afsnit med WHO's tilgang. Når WHO vælges som sammenligningsgrundlag, skyldes det dels, at Danmark siden 1984<sup>109</sup> officielt har tilkendegivet at tilslutte sig WHO's anbefalinger og dels, at den danske tilgang og WHO's tilgang, dette til trods, stadig er meget forskellige. Det gælder især, at WHO ikke italesætter individets og samfundets ansvar for en sund befolkning i et modsætningsforhold til hinanden, men i stedet i et indbyrdes forhold.

Med den snævre danske tilgang, der især fokuserer på individets ansvar for sundhed, overses de komplekse årsagssammenhænge, der på samfundsniveau skaber rammerne for en bestemt livsstil, og den danske tilgang bliver herved forsimplet (Krebs et al 2007). I figur 1 ses et eksempel på den danske tilgang til folkesundhed, som primært fokuserer på sammenhængen mellem individets adfærd og sygdomme. WHO's folkesundhedsmodel, som ses i figur 2, er væsentlig mere kompleks, idet den både fokuserer på individniveau og på de bagvedliggende samfunds faktorer.

**Figur 1: Danmarks folkesundhedspolitiske landkort**



(Regeringen 2002:33)

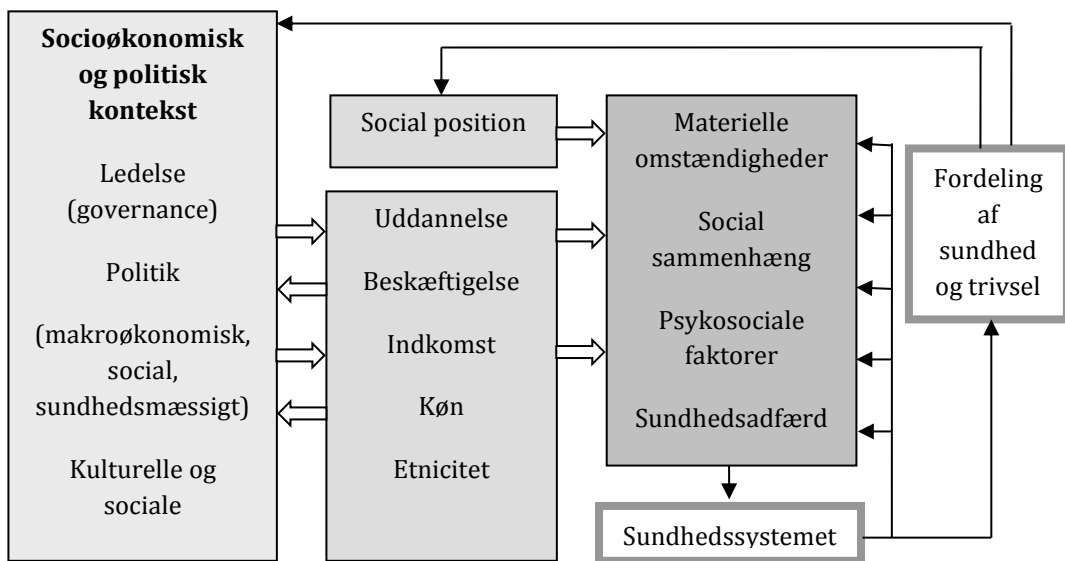
I forlængelse af det danske "landkort" skriver regeringen om ansvaret for folkesygdommene (i venstre side af figur 1) at: *For mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt, at patienten lægger sit liv om og*

<sup>109</sup> Danmark tilsluttede sig i 1984 WHO-erklæringen: "Health for all 2000" (WHO 1981).

ændrer livsstil. Patientens egenomsorg og ansvar for eget helbred er her ofte afgørende for at bevare helbredet bedst muligt og længst muligt (Regeringen 2002:35). Samfundets ansvar betones også i programmet, men det operationaliseres ikke.

I figur 2 ses til sammenligning WHO's model:

**Figur 2: WHO's folkesundhedspolitiske landkort**



SOCIALE DETERMINANTER FOR SUNDHED OG SUNDHEDSURETFÆRDIGHEDER



(WHO 2008:43, vores oversættelse)

I WHO's folkesundhedspolitiske landkort er livsstilen (her kaldet sundhedsadfærd) kun en enkelt faktor i et meget komplekst system, hvor også den socioøkonomiske og politiske kontekst, individernes sociale position og sundhedssystemerne er medtænkt. I denne model lægges vægt på, at de mange forskellige determinanter er indbyrdes afhængige, og at risikofaktorerne ikke kan ses isolerede, hverken som forårsagede af individuel adfærd eller samfundets indretning (Jørgensen 2011:236). Denne model adskiller sig endvidere fra den danske model, idet social ulighed i sundhed sættes i en større kontekst og den problematiseres som uretfærdig fordi årsagerne hertil helt eller delvist ligger udenfor individets egen kontrol (WHO 2008:26).

Hvor den danske folkesundhedsdiskurs især fokuserer på individuel frihed og ansvar, henviser WHO i stedet til en tilgang til folkesundheden, som fokuserer på fire forskellige etiske overvejelser, nemlig:

- 1: Individuel autonomi; frihed til at kunne træffe frie valg.
- 2: Forpligtigelse til at gøre godt for andre.
- 3: Forpligtigelse til at undgå at gøre skade på andre, og
- 4: Retfærdighed; værdien af at distribuere velfærd ligeligt (WHO 2009:19, vores oversættelse).

Inddragelsen af disse fire parametre betyder en mere kompleks tilgang til folkesundheden, hvor især punkt fire om retfærdighed er mere centralt i WHOs tilgang end i den danske. WHO skriver herom:

”Uligheden i samfundets organisering betyder, at friheden til at leve et godt og sundt liv er skævt fordelt i og imellem samfund. Denne uretfærdige ulighed findes både i livsbetingelserne i den tidlige barndom og i ulighed i skolevalg, i arbejdspladsernes forskellige miljøer og arbejdsbetingelser, i omgivelsernes fysiske udformning og i de omgivelser, hvor befolkningen opholder sig. Disse samfundsmæssige omstændigheder bevirker, at forskellige grupper udsættes for ulige materielle påvirkninger, psykosocial støtte og adfærdsmuligheder, som vil gøre dem mere eller mindre udsatte for dårligt helbred” (WHO 2008:11, vores oversættelse).

Forskning tyder på, at effekten af social position og forskellige risikofaktorer ikke er additiv men nærmere optræder multipliktivt (Vallgård og Koch 2006:35). I forhold til de ovenstående sundhedspolitiske landkort betyder det, at hvis man både udsættes for risikofaktorer eller risikoadfærd og samtidig tilhører en lav socialgruppe, er risikoen for sygdom og tidlig død flere gange større end risikoen, hvis man tilhører en højere socialgruppe. Det betyder, at selvom eksempelvis fysisk inaktivitet er usundt for alle, er det oftest personer, med de ringeste socioøkonomiske forudsætninger, der bliver syge af at være inaktive. Den multiplikative sundhedsgradient bidrager til argumentet for, at megen social ulighed i sundhed er uretfærdig. Endvidere kaster den lys over, hvorfor en folkesundhedspolitik, der i høj grad inddrager de bagvedliggende strukturelle faktorer, ifølge WHO, er mere effektiv end den nuværende individorienterede danske model (WHO 2008), da man for alvor forbedrer sundheden og middellevetiden ved at få de svageste grupper med.

WHOs ontologiske tilgang, som medtænker de bagvedliggende strukturer, der sætter rammerne for sundhed, er herved mere kompleks og valid end den danske



ontologi, som næsten udelukkende medtænker dikotome og snævre årsagssammenhænge, nemlig dem mellem individuel adfærd og sundhed. Da folkesundheden er en kompleks størrelse, må etiske betragtninger herom også tage aktivt stilling til kompleksiteten mellem aktører og strukturer, livsstil og kontekst. I kraft af WHO's komplekse tilgang til folkesundheden lægger tilgangen også op til mere kritiske refleksioner over magtforholdet mellem aktør og struktur og hermed til at se folkesundheden i en magtpolitisk referenceramme (Lemke 2009). Denne referenceramme er et godt udgangspunkt for netop at adressere de mange sociale problemstillinger i forholdet mellem borger og stat. Et perspektiv, den danske tilgang ikke lægger op til i samme omfang.

### **Socio-økologi: Folkesundheden med nye briller**

Vi har i dette paper set, at den individuelt orienterede folkesundhedspolitik spiller fallit, fordi den primært appellerer til socialt velstillede, som har de mindste sundhedsproblemer og ikke til socialt dårligt stillede, som har de fleste og største sundhedsproblemer. Den har desuden den bivirkning, at personer som Louise i programmet "By på skrump" får al ansvaret for sin ringe sundhedstilstand, også selvom nogle af årsagerne hertil helt eller delvist ligger udenfor hendes egen kontrol. Også den strukturelt orienterede folkesundhedspolitik spiller fallit, fordi den rammer alle også dem, som ikke behøver det. Ved dette bliver begge tilgange uetiske, idet de kun fokuserer på bestemte aspekter af folkesundhedsproblematikken. Til sammenligning bidrager WHO's tilgang, som vi har set, med en mere etisk orienteret model, som 'går på to ben' og på dynamisk vis adresserer spændingsfeltet mellem det individuelle og det strukturelle fokus.

Den tætte sammenhæng mellem individ og samfund beskrives af WHO som socio-økologisk (WHO 1986:2) og indebærer, at man i folkesundhedsarbejdet bør fokusere både på individet og på individets kontekst og daglige livsbetingelser:

"Sundhed skabes og leves i omstændighederne for befolkningens hverdagsliv; hvor de lever, arbejder, lærer og holder fri. Sundhed skabes ved at tage vare på sig selv og andre, ved at være i stand til at tage beslutninger og have kontrol over sine livsbetingelser og ved at sikre, at det samfund, man lever i skaber rammer, der fremmer sundhed for alle sine borgere. Omsorg, holisme og økologi er nøgleelementer i at udvikle strategier for sundhedsfremme" (WHO 1986:3-4, vores oversættelse)

I et etisk perspektiv har den socio-økologiske tilgang til folkesundheden visse paralleller til den danske teolog og filosof K.E. Løgstrups gennemgang af 'den etiske fordring'. I denne beskriver han, at vores opfattelse af, at vi som mennesker lever vort liv relativt suverænt og adskilt fra andre, idet vi kun momentant rører

hinanden, er forfejlet. Vi lever, ifølge Løgstrup, i et dybt afhængighedsforhold til hinanden, idet det enkelte individ har indflydelse på det samfund, det lever i, og samfundet har indflydelse på individets vilkår og adfærd (Løgstrup 1956). Individets adfærd og de samfundsmæssige rammer herfor skabes og genskabes i en vekselvirkende proces, hvorfor det ikke giver mening at betragte individets ansvar for sin livsstil isoleret set. I en etisk forsvarlig optik må individet og individets livsstil altid ses i relation til den kontekst, det agerer i og udspringer af. Sammenlignet med det socio-økologiske perspektiv, som WHO anlægger, har den forenkede danske model (figur 1) ikke stor forklaringskraft, fordi den ikke medtager de dynamiske betingelser, individets adfærd skabes på baggrund af, som eksempelvis opvækstvilkår, socialgruppetilhørsforhold, genetik og sociokulturelle omstændigheder.

Statens etiske ansvar i en socio-økologisk tilgang til folkesundheden består i at skabe betingelser, der gør det lettere for befolkningen at træffe sunde valg (WHO 1986), men selvom man kan organisere samfundet, så det bliver let for borgerne at træffe sunde valg, vil strategierne næppe lykkes uden individets eget engagement. Samfundsstrukturerne kan være med til at gøre det lettere eller sværere at leve sundt, men i sidste ende må individerne selv gribe de muligheder, der er for at leve sundt. Det vil derfor være både etiske forsvarligt og, ifølge WHO, effektivt både at fokusere på individets og samfundets ansvar for folkesundheden.

## Referencer

American Public Health Association 2002: *"Principles of the Ethical Practice of Public Health"* Public Health Leadership Society.

Buchanan, David 2000: *"An Ethic for Health Promotion"* Oxford University Press.

Cribb, Alan 2005: *"Health and the good society"* Oxford.

Folker, Anna et al (red.) 2009: *"Etik i Forebyggelse og Sundhedsfremme"* Sundhedsstyrelsen.

Holtug, Niels og Lippert-Rasmussen, Kasper (red.) 2009: *"Lige muligheder for alle; Social arv, kultur og retfærdighed"* Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Jørgensen, Torben 2011: "Forebyggelse af kroniske sygdomme – den næste store medicinske triumf?" i: *"Bibliotek for læger 3: Tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi og metode"* Lægeforeningen 203. årgang:236-249.

Kiens, Bente et al 2007: *"Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge"* Motions- og Ernæringsrådet, Sundhedsstyrelsen.

Krebs KT et al (edit.) 2007: *"Public health: Ethical issues; Nuffield Council on Bioethics"* Cambridge.

Krebs, John 2008: "The importance of public-health ethics" in: *"Ethics and public health – special theme Bulletin of the World Health Organization"* August 2008, 86(8).

Lemke, Thomas 2009: *"Biopolitik"* Hans Reitzels Forlag.

Løgstrup, K.E. 1956: *"Den etiske fordring"* Løgstrup Biblioteket, KLIM.

Regeringen 1989: *"Regeringens Forebyggelsesprogram"* Dokumentationsdel og programdel, Sundhedsministeriet.

Regeringen 1999: *"Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008: Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen"* Sundhedsministeriet.

Regeringen 2002: *"Sund hele livet: De nationale mål og strategier for folkesundheden"* Regeringen.

Reinbacher, Gunnar Scott 2009: *"Fedme som individuelt problem eller samfundsproblem: Fedme i spændingsfeltet mellem individ, stat og marked"* Oplæg til "Høring om fedme som samfundsproblem" Christiansborg d. 27.10.2009, Teknologirådet.

Serpa, Lene Bjørn 2008: *"Fremtidens forebyggelse - ifølge danskerne"* Mandag Morgen og Trygfonden.

Simonsen Mk et al 2008: "Intentional weight loss and mortality among initially healthy men and women" in: *"Nutrition Reviews"* 66(7):375-386.

Vallgård, Signild 2003: *"Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige 1930 til i dag"* Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, Signild 2011: "Forebyggelsesetik" i: *"Bibliotek for læger 3: Tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi af metode"*, Lægeforeningen 203. årgang:252-274.

Vallgård, Signild og Koch, Lene (red.) 2006: *"Forskel og lighed i sundhed og sygdom"* Munksgaard.

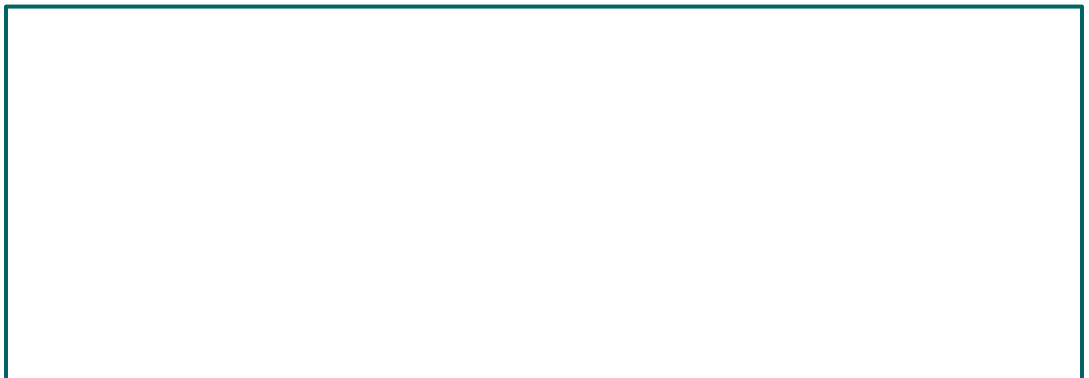
WHO 1981: *"Global strategy for health for all by the year 2000"* World Health Organization.

WHO 1986: *"Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference in Health Promotion"* WHO/HPR/HEP/95.1.

WHO 2008: *"Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health"* World Health Organization.

WHO 2009: *"Research Ethics Committees: Basic concepts for capacity-building"*, WHO Document Production Services.

[www.sst.dk/udgivelser](http://www.sst.dk/udgivelser)



**DEL 4**

**KONKLUSION**



## KAPITEL 9

# KONKLUSION

Denne afhandling har beskæftiget sig med den ontologiske udvikling, rygeområdet har undergået i perioden fra 1950 til 2010. I undersøgelsen af udviklingen har jeg operationaliseret ontologien i fire niveauer: 1) policydomænet, 2) faktisk befolkningsadfærd, 3) strukturændring og 4) sandhedsregime.

### **Udviklingen indenfor de fire ontologiske niveauer**

Indenfor policydomænet flyttede rygeområdet i løbet af undersøgelsesperioden regi. Fra at være placeret i et livsverdensregi og blive italesat som borgernes eget valg i undersøgelsesperiodens begyndelse, blev rygningen i periodens slutning problematiseret som et samfundsmæssigt problem, som krævede politisk intervention. Lige siden rygeområdet er blevet indsluset i arenaen for politisk styring, har der på området eksisteret en konflikt mellem på den ene side idealet om en sund befolkning og på den anden side idealet om frihed til at ryge og om retten til usundhed. "Opdagelsen" af passiv rygning i 1981 komplicerer imidlertid denne skelnen mellem frihed og sundhed, da det bliver evident, at én borgers frihed til at vælge at ryge går ud over medborgernes frihed til at vælge at leve sundt. Efter denne opdagelse italesættes ikke-rygernes ret til røgfrie liv oftere end rygernes ret til at ryge. Ligeledes ses herefter, om end med en del års forsinkelse, en skærpet retorik overfor rygningen og rygerne samt øgede styringsambitioner i kraft af implementering af flere og mere intervenerende forebyggelsestiltag. Konflikten mellem retten til sundhed og retten til frihed har været mest tydelig i forbindelse med implementeringen af strukturorienterede forebyggelsestiltag. Et eksempel på et sådant tiltag er rygeloven fra 2007, som inden implementering var genstand for megen debat, men som tre år efter implementeringen støttes blandt et stigende

antal borgere. Det ser således ud til, at konflikterne omkring strukturorienterede forebyggelsestiltag som rygeloven mindskes efter implementeringen, hvilket indikerer at "folkeholdninger", i det mindste på rygeområdet, er en størrelse, som relativt hurtigt forandrer sig og tilpasser sig de strukturelle rammer.

Indenfor niveauet for faktisk befolkningsadfærd så vi i hele undersøgelsesperioden en udvikling hen imod en faldende rygeprævalens. Prævalensen faldt lidt mere i 2000'erne end i den øvrige del af undersøgelsesperioden, hvilket kan indikere, at strukturorienterede forebyggelsestiltag, som især implementeredes i 2000'erne, er mere effektive end individorienterede tiltag. Dog implementeredes i det hele taget flere tiltag i 2000'erne end i perioden forinden, hvilket betyder, at "knækket" i rygeprævalensen skal tages med forbehold. Vi så endvidere en tendens hen imod en marginal udligning af ulighed i rygeprævalensen målt på køn og erhvervskompetencegivende uddannelse, hvilket indikerer, at strukturorienterede tiltag har mere lige effekt end individorienterede tiltag. Endelig så vi et fald i andelen af storrygere fra 2007 til 2010, hvilket kan skyldes, at rygerne, med implementeringen af rygeloven i 2007, opholder sig færre timer på steder, hvor det er tilladt at ryge.

De to empiriske ontologiniveauer tydeliggør tilsammen to tendenser: For det første at øgede styringsambitioner på rygeområdet, og især implementeringen af strukturorienterede tiltag, ser ud til at have effekt på rygeadfærden. For det andet, at især de strukturorienterede tiltag, trods effekten, har svære vilkår i en samfundsmæssig kontekst, hvor frihedsidealet og selvbestemmelsen skattes højt. Ontologien om den frie, ansvarlige borger, der bliver informeret om sundt og usundt, og ellers forventes at træffe sunde valg, kommer let til at overvurdere borgerens reelle handlemuligheder og undervurdere de strukturer, der mulighedsbetinges borgernes ageren, og som skaber forskellige forudsætninger for socioøkonomisk velstillede og mindre velstillede borgere. På baggrund af "tandhjulsmetaforen" i afsnit 2.1: "Globalt design", kan man sige, at danskernes sundhedsproblemer ikke kan problematiseres fyldestgørende udelukkende ved at adressere borgernes adfærd på de fire KRAM-faktorer, idet det herved kun er niveauet for befolkningsadfærden, der adresseres, mens de strukturelle faktoreres indvirkning på sundheden ikke behandles. Ligeledes undervurderes den effekt, en borgers adfærd har på sine omgivelser. Dette blev på rygeområdet særlig tydeligt med "opdagelsen" af passiv røg, men gælder også, om end i et andet omfang for de øvrige KRAM-faktorer. En borgers adfærd belaster ofte borgerens omgivelser, hvis adfærden resulterer i, at borgeren bliver syg eller dør for tidligt. Således kompromitterer én borgers frihed ofte andre borgers frihed, hvilket gør ideologien



om borgernes frihedsret, så længe den ikke modstrider andre borgeres frihed, hul. En forebyggelsestilgang, som fokuserer meget på borgernes frihed og mindre på borgernes strukturelle muligheder og omgivelser virker således både uetisk, naiv og ensidig.

Det tredje ontologiniveau, strukturudviklingen, går mod, at tobaksrygning i løbet af undersøgelsesperioden redefineres som et sundhedsrelateret problem og som en sygdom. Denne ontologiske udvikling har jeg kaldt medikaliseringen. Redefineringen genereres af en interdependent interaktion mellem epidemiologisk vidensakkumulering om rygning og passiv rygnings skadevirkninger, borgernes empowerment og efterspørgsel efter tiltag samt statslig forebyggelse. Redefineringen betyder både øgede styringsambitioner overfor borgerne; det jeg har kaldt medikalisering af borgerne og indlemmelse af nye styringsområder, nemlig indretning af samfundsrammerne, så de sunde valg bliver de lette valg; det jeg har kaldt medikalisering af staten.

På det fjerde og sidste ontologiniveau, sandhedsregimet, ses medikaliseringsudviklingen som symptom på et ændret sandhedsregime, hvor sundheden i sig selv bliver et parameter, man begrunder ret og rimelig adfærd i forhold til. At noget er sundt associeret i sig selv med, at det er godt, og det sunde liv bliver synonym med det gode liv. Jeg har kaldt denne udvikling for medikalisering af etikken. Denne ophøjelse af sundhed som værdi i sig selv kan være genereret af den kristne etiks devaluering som etikkens arnested. I fraværet af en kollektiv tro på livet efter døden er der opstået en ny tro på en udsættelse af døden, hvilket placerer sundheden i centrum for styring og disciplinering.

De to teoretisk erkendbare ontologiniveauer tydeliggør tilsammen en mere grundlæggende udvikling i måden, vi opfatter vores adfærd på, idet bevidstheden om sundheden ekspanderer og kommer til at udgøre et parameter, flere og flere områder af livet defineres i forhold til.

### **Overordnet ontologisk udvikling**

Det har aldrig været min hensigt at skrive en afhandling om tobak. I stedet har mit ærinde været at undersøge den udvikling, der i interdependente magtrelationer og med forskellige epistemologiske virkemidler har genereret en ændret ontologi i forhold til vores kollektive krops- og selvforhold. Med "vores kollektive krops- og selvforhold" henviser jeg til, at den linse, vi som borgere skuer på vores egen og andres adfærd med, er blevet medikaliseret. Uanset om den enkelte borger tager den dominerende ontologiske tilgang til sin krop og sit selv til sig, eller ej, undgår

borgeren ikke at blive konfronteret med en ontologisk struktur, som definerer kroppen som en slags "scienta corpus" – det vil sige ud fra en videnskabeliggjort og epidemiologiggjort tilgang.

Når jeg i problemformuleringen har spurgt til den ontologiske udvikling i ental og ikke i flertal, skyldes det, at det er min overbevisning, at udviklingerne i de fire ontologiniveauer tilsammen beretter om netop dette: En overordnet ontologisk udvikling, hvor sundhedsorienteringen ekspanderer og med tiden koloniserer og "epidemiologiserer" den måde, vi definerer vores selvforhold på, blandt andet på rygeområdet. Problemformuleringens immanente antagelse om, at der sker en ontologisk udvikling på rygeområdet er således til fulde bekræftet. Jeg anser rygeområdet som et brugbart empirisk målbart "spejl", fordi rygningen repræsenterer modpolen til idealet om den sunde krop på omtrent samme måde, som synden tidligere repræsenterede modpolen til den hellige krop. Den ontologiske udvikling på rygeområdet kan således, efter min overbevisning, ses som en informativ eksemplificering af en mere grundlæggende ontologisk udvikling i – og redefinering af vores krops- og selvforhold.

Man kan sige, at rygeområdet har undergået en ontologisk revolution forstået som en relativ hastig udvikling af vores syn herpå, men at rygeområdet efter alt at dømme er symptom på en mere grundlæggende evolution i sandhedsregimet, som kun langsomt eroderer og forandrer vores grundlæggende ontologiske selvforhold.

Konklusionen skal læses med en række til- og fravalg in mente. Valget af rygecasen udgør, som beskrevet i introduktionen, en ekstrem case, hvilket var helt bevidst i forhold til mit ærinde om at undersøge de eksisterende samfundsmekanismer i en case, hvor styringsambitionerne er sat på spidsen. Casen indikerer dog ikke nødvendigvis en alment gældende og generaliserbar epistemologisk teoridannelse men i stedet fortættede indikationer på den ontologiske udvikling. Eksempelvis ville en analyse af alkoholområdet se anderledes ud, da alkoholforbruget ikke på samme måde som rygeområdet er påvirket af social stratifikation (om end alkoholtyperne differerer mellem socioøkonomisk velstillede og dårligt stillede). Endvidere ses udviklingen hen imod implementeringen af flere strukturorienterede forebyggelsestiltag i løbet af 2000'erne ikke på alkoholområdet, og passiv druk har ikke været et tema på samme måde som passiv røg, selvom der de seneste år er udkommet forskningspublikationer herom.

Skulle man udvide undersøgelsens tidsperspektiv til også at inkludere perspektiverende bud på den fremtidige udvikling, kunne det vedrøre de øvrige KRAM-faktorer, der undervejs er inddraget. Fortsat øgede styringsambitioner på

sundhedsområdet kunne betyde både yderligere medikalisering af de allerede eksisterende objekter for styring: kost, alkohol og motion samt en udvidelse til også at inkludere nye områder. Især i kommunalt regi tales ikke længere om KRAM men om KRAMSSS, som udover de kendte faktorer også inkluderer stress, seksuel sundhed og søvn. De tre S'er kunne være bud på nye områder af livet, der medikaliseres og dermed flytter regi og bliver genstand for politisk styring. Der synes at være et paradoks forbundet med det medikaliserede sandhedsregimes stræben efter det sunde og sygdomsfrie liv som det gode liv gennem en videnskabeliggørelse af kroppen. Nemlig at dette mål kun kan opnås gennem borgernes og statens internalisering af et fuldkomment medikaliseret syn på livet, hvor alle livets facetter gøres til genstand for videnskabelig granskning og disciplinering.

### **Neoliberalisme og antipaternalisme**

Jeg anvender medikaliseringsudviklingen som kritik af neoliberale strømninger, som jeg vurderer som kendetegnende for de sidste årtiers styring blandt andet ved, at staten, i sundhedens navn, kan styre eksempelvis hvor borgerne må og ikke må ryge. Tendensen er imidlertid ikke så simpel som så. Uden at gå ind i politiske idéstrømninger generelt, kan mottoer som "staten skal ikke styre vore liv" også være udtryk for en antipaternalisme, som især er tydelig i afsnittet "borgerforeningernes indmarch i det medicinske paradigme" (afsnit 3.3: "medikalisering af forventninger til borgeren"). Antipaternalismen deler mange grundtræk med neoliberalismen, men hører ikke nødvendigvis udelukkende neoliberalismen til. Antipaternalismen vedrører, ligesom neoliberalismen, idealet om den frie borger, men hvor neoliberalismen bygger på frihed fra styring generelt, vedrører antipaternalismen mere specifikt frihed fra styring, som er begrundet i, at det er for borgerens eget bedste (Grill 2006). Antipaternalismen vedrører således primært ønsket om frihed fra bedrevenhed. Mit valg af neoliberalismebegrebet fremfor antipaternalismebegrebet skyldes en observation i empirien af, at der primært fokuseres på borgernes frihedsret, uanset om det gælder frihed fra styring begrundet i borgernes sundhed eller eksempelvis i flere penge i statskassen. Der lægges således i empirien stor vægt på frihedsbegrebet og mindre vægt på, hvad denne frihed er en frihed fra. Derfor anvender jeg neoliberalismebegrebet, selvom anvendelsen ikke skal ses som en opfattelse af, at vi lever i et rendyrket neoliberalt samfund.

### **Medikalisering som analytisk blik**

Som beskrevet i afsnit 2.5: "Artiklernes udviklingshistorie" er medikaliseringstilgangen valgt, fordi denne tilgang bidrager med et kritisk blik på

den neoliberale styringsforms ideologi om den frie borger. Desuden bidrager tilgangen med en forholdsvis konkret og operationaliserbar analyse, som er knyttet til konkrete empiriske begivenheder. Interdependensbegrebet tilføjer, efter min vurdering, en kompleks dynamik til medikaliseringsspektivet. Jeg vurderer således, at medikaliseringstilgangen har været egnet til at analysere de tendenser, som fremkom i artiklerne, men tilgangen har også begrænsninger.

For det første har jeg afgrænset udviklingen i sandhedsregimet til en overgang fra et religiøst regime til et sundhedsregime. Det aktuelle sandhedsregime er formentlig langt mere pluralistisk end som så. Medikaliseringsspektivet er således ikke at betragte som en makroanalyse over samfundsudviklingen som helhed, men nærmere som et vertikalt nedslag i en blandt flere mekanismer, som potentielt udvikler samfunds- og borgerontologierne. I overført betydning undersøger jeg kun nogle få af de mange "tandhjul", der indvirker på forandringen i ontologibegrebet (jævnfør figur 8).

Jeg kunne have valgt andre analytiske blikke på den overordnede analyse og perspektivering. Et eksempel er Jürgen Habermas' analyse af systemets og "systemregimets" kolonisering af livsverdenen (Habermas 2004), som ville bidrage med et analytisk fokus på et mere horisontalt vidtrækkende regimeskifte end medikaliseringstilgangen. I dette mere omfattende blik omfatter systemet langt mere end epidemiologiforskningen. Når jeg afgrænser mig til sundhedsregimet, skyldes det sundhedsregimets relevans i nærværende afhandling. Og når jeg har afgrænset mig fra at inkludere Habermas' og Fankfurterskolens blik, skyldes det dels, at et sådant analytisk blik lægger op til et mere kritisk og indskrænkende perspektiv på udøvelsen af magt, end jeg har ønsket at anlægge og desuden, at vidensakkumulering hos Habermas, i ideelle demokratiske samfund, opnås via konsensus, mens det hos Foucault opnås via magtkampe (Flyvbjerg 1998:212). Selvom der langt hen ad vejen har været søgt frie og demokratiske aftaler, eksempelvis ved foreninger som Hensynsfulde Rygere (Hen-Ry) samt aftaler mellem staten og virksomheder vedrørende indretning af røgfrie miljøer (eksempelvis Indenrigsministeriet 1964), har mine empiriske fund ikke været prægede af konsensus men netop af magtkampe og modmagt. Det gælder for holdninger til rygeloven og andre forebyggelsestiltag – især de strukturorienterede, og derfor har jeg fundet Foucaults definitionsproces mest anvendelig.

Også sociologen Ulrich Becks risikoperspektiv (Beck 1997) kunne være anvendeligt som et kritisk perspektiv på epidemiologien, eftersom denne som fag og som ekspertsystem konstruerer en øget risikoorientering. Selvom en rygers risiko for at udvikle eksempelvis kræft eller hjerte-kar sygdomme ikke er socialt konstrueret, er

den akkumulerede viden om skadevirkningerne det. Des mere specialiserede ekspertsystemerne bliver, desto mere bliver borgerne nødt til at tage ekspertvurderingerne for gode varer uden reelt selv at kunne teste eksempelvis rygningens skadevirkninger, eller hvordan disse er undersøgt. Becks begrebsapparat ville endvidere kunne bidrage med perspektiver på globaliseringen, som eksempelvis bevirker, at tvær- og internationale organisationer som WHO og EU får mere magt på det danske rygeområde samt, at danskernes rygevaner i stigende grad sammenlignes med rygevanerne i andre lande, som det eksempelvis illustreredes i afhandlingens introduktion.

I stedet for en udvikling hen imod medikalisering, hvor flere og flere af livets områder defineres i medicinske termer og behandles som medicinske problemer, vil et risikoblik fremkomme med en risikotænkning, hvor flere og flere af livets områder defineres som mulige risikoområder. Denne tilgang deler flere ligheder med medikaliseringen, men dels vil man med en sådan tilgang fokusere meget på epidemiologiens rolle og mindre på statens og borgernes, og desuden vil den, ligesom en systemkolonisering, lægge op til horisontal analyse af risikotænkning generelt, hvorimod medikaliseringen mere specifikt vedrører definitionsmagten på sundhedsområdet. Desuden udgør Becks risikosamfundsteori en teori om modernitetens udfordringer uden den historiske de-ontologisering, som fremgår af Foucaults medikaliseringsanalyse.

Endelig kunne jeg have valgt at anlægge et path dependency og logic of appropriateness blik på analysen, og herved beskæftige mig med den høje grad af ontologisk rigiditet, der i en lang periode er i forhold til hvilke forebyggelsesstrategier, der anses for at være legitime (denne tilgang anvendes blandt mange andre af Magnussen 1999, Kay 2006, Vallgård 2007b, Hoeyer and Lynøe 2009, Kirkpatrick et al 2009, March and Olsen 2009). Når forskningsresultater eksempelvis i Sverige hurtigt følges op af forebyggelsestiltag, kan det virke påfaldende, at samme tendens ikke gør sig gældende i Danmark. Det gælder eksempelvis i forhold til opdagelsen af den passive rygning. Og når det er veldokumenteret, at et ensidigt fokus på borgernes ansvar for egen sundhed efterfølges af øget social ulighed i sundhed, kan det undre, at den øgede viden om sygdomsætiologi i fem årtier alligevel næsten udelukkende fører til medikalisering af borgeren og ikke af staten således, at det bliver lettere for alle borgere at leve sundt. Path dependency tilgangen ville således kunne bidrage med en kritik af Foucaults magt/viden-relation, eftersom denne relation på mit empiriske felt ikke har været så entydig og på hinanden naturligt følgende, som Foucault lægger op til. Når medikaliseringstilgangen er inkluderet fremfor path dependencytilgangen, skyldes det, at jeg har valgt primært at fokusere på, hvad der er for en ontologisk

udviklingshistorie, der fremkommer af artiklerne fremfor at fokusere på kadencen af denne udvikling.

Jeg vurderer, at medikaliseringen har været et anvendeligt teoretisk analyseredskab, om end tilgangen til medikaliseringen, jævnfør retroduktionen, har været af verificerende fremfor falsificerende art. Med dette mener jeg, at jeg har søgt tendenser, der bekræfter medikaliseringsudviklingen fremfor det modsatte, samt at jeg har søgt tendenserne, hvor jeg har vurderet, at det er rimeligt at antage, at de vil manifestere sig. En analyse af medikaliseringsudviklingen indenfor områder af livet, der stadig primært betragtes ud fra livsverdensregi, eksempelvis KRAMSSS' tre S'er: stress, seksuel sundhed og søvn kunne udgøre interessante alternative forskningsområder.

### **Forskningsmæssigt bidrag**

På det empiriske niveau bidrager afhandlingen med en samlet oversigt over forebyggelsestiltag på rygeområdet i Danmark indtil 2010. En oversigt der, mig bekendt, ikke tidligere er udarbejdet. Derudover bidrager afhandlingen med en analyse af individorienterede og strukturorienterede forebyggelsestiltags implementering og effekt i befolkningen. Også her placerer afhandlingen sig i et forskningsmæssigt videnshul, idet der mig bekendt ikke tidligere er lavet dansk forskning om effekten af disse to forebyggelsesformer i et længere tidsinterval. I denne distinktion ligger også en etisk overvejelse, som langt hen ad vejen er fraværende i dansk forebyggelsessammenhæng, nemlig hvorvidt det er etisk forsvarligt, at forebyggelsesdiskussionen i højere grad italesætter borgernes ansvar for sundhed end samfundets. Det ser ud til, at en økologisk tilgang, der både adresserer borgerens ansvar i form af individorienterede forebyggelsesstrategier og samfundets ansvar i form af strukturorienterede strategier både er mere effektiv og fremmer social lighed i sundhed, idet det påvirker større dele af befolkningen.

Hernæst bidrager afhandlingen med en teoretisk opdatering af den gamle teoretiske "traver": medikaliseringen. Med en opdatering menes både en ny tilgang til medikaliseringens epistemologi, idet dens form ikke er bivalent og udtryk for epidemiologiens determinisme (som eksempelvis i den imperialistiske tilgang), men i stedet er polyvalent og interdependent, idet den påvirkes af flere forskellige magtfaktorer. Netop i kraft af sin interdependens er medikaliseringen i virkeligheden en sofistikeret måde at omgås neoliberalismens styringsrationale på, fordi den ikke primært udøves som en oppefrakommende magt, men som en relationel magt mellem et væld af aktører, som jeg har valgt at afgrænse til stat, borger og epidemiologi.

Desuden henviser jeg med opdateringen til, at medikaliseringen udvides til også at inkludere medikalisering af staten og af etikken. I denne sammenhæng er især medikaliseringen af etikken interessant, fordi medikaliseringen herved ikke blot koloniserer borgernes og statens adfærd, men også har betydning for hvilken viden, der i det hele taget efterspørges og produceres. Vores subjektivering og selverkendelse er således ikke en værdineutral og objektiv sandhed, men er i stedet en historisk specifik, magtproduceret og kontekstuel sandhed. Medikaliseringen forstået som "selling sickness" reflekterer efter alt at dømme en samtid, hvor de medicinske fremskridt produceredes som perler på en snor, og hvor det medicinske sandhedsregimes kolonisering resulterede i troen på lægevidenskaben og troen på medikamenter. Men fra midten af det 20. århundrede og frem, hvor dette ikke længere var tilfældet, ændres også medikaliseringstendensen. Nu rettes vore forhåbninger for, om ikke det evige, så det sunde og forlængede liv, mindre mod lægevidenskaben og mere mod vor egen adfærd og egne selvpraksisser.





## LITTERATUR

Albæk, Erik 2003: *"Holy smoke – no more? Tobacco control in Denmark"* Arbejdsrapport fra Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Albæk, Erik 2004a: *"Ekspertter kan være gode nok, men... Om fagkondskabens politiske vilkår i dansk demokrati"* Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.

Albæk, Erik 2004b: *"Holy smoke, no more? Tobacco control in Denmark"* in: Feldman, Eric and Bayer, Ronald (edit.): *"Unfiltered: Conflicts over tobacco policy and public health"* Harvard University Press.

Andersen, Niels Åkerstrøm 1999: *"Diskursive analysestrategier: Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann"* Nyt Fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Pernille Tanggaard 2010: *"Empowerment som frigørelse?"* I: Andersen, Pernille Tanggaard og Tim, Helle: *"Sundhedssociologi: En grundbog"* Hans Reitzels Forlag.

Andersen, Svend Aage 2007: *"Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde: En introduktion og forskningsoversigt"* Arbejdsnotat, Den Sociale Højskole.

Archer, Margaret 1995: *"Realist social theory: the morphogenetic approach"* Cambridge University Press.

Archer, Margaret et al 1998: *"Critical realism – essential readings"* Routledge.

Ashenden, Samantha and Owen, David 1999: *"Foucault contra Habermas"* SAGE Publications.

Aveyard, Helen 2010: *"Doing a literature review in health and social care: a practical guide"* Mc Graw Hill Open University Press.

Bacchi, Carol 2009: *"Analysing policy: What's the problem represented to be?"* Pearson.

Barker, Kristin et al 2009: *"Medicalization, multiplication of diseases and human enhancement"* In: Maturo, Antonio and Conrad, Peter (edit.): *"Salute e Società: The medicalization of life"* Anno VIII n. 2. Franco Angeli.

- Bauer, Martin 1997: "'Technophobia': a misleading conception of resistance to new technology" In Bauer, Martin (edit.): *"Resistance to new technology: nuclear power, information technology and biotechnology"* Cambridge University Press.
- Bauman, Zygmunt 1992: *"Mortality, immortality & other life strategies"* Stanford University Press.
- Beck, Ulrich 1997: *"Risk society: Towards a new modernity"* SAGE Publications.
- Becker, Marshall 1993: "A medical sociologist looks at health promotion" in: *"Journal of Health and Social Behavior"* 3(1): 1-6.
- Berridge, Virginia 2004: "Militants, manufacturers, and governments: postwar smoking policy in the United Kingdom" In: Feldman, Eric and Bayer, Ronald: *"Unfiltered: Conflicts over tobacco policy and public health"* Harvard University Press.
- Bhaskar, Roy 1975: *"A realist theory of science"* Books.
- Birkler, Jacob 2005: *"Videnskabsteori: en grundbog"* Munksgaard.
- Bjerregaard, Peter og Juel, Knud 1993: *"Middellevetid og dødelighed: En analyse af dødeligheden i Danmark og nogle europæiske lande, 1950-1990"* Udarbejdet af DIKE til Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg.
- Bjørnsen, Mette Koefoed, Christensen, Bolette og Fisker, Birthe (red.) 1983: *"Statistisk Tiårsoversigt 1983"* Danmarks Statistik".
- Bjørnsen, Mette Koefoed et al (red.) 1987: *"Statistisk Tiårsoversigt 1987"* Danmarks Statistik.
- Bjørnsen, Mette Koefoed et al (red.) 1992: *"Statistisk Tiårsoversigt 1992"* Danmarks Statistik.
- Bjørnsen, Mette Koefoed, Fisker, Birthe og Dal, Peter (red.) 1979: *"Statistisk Tiårsoversigt 1979"* Danmarks Statistik.
- Buch-Hansen, Hubert og Nielsen, Peter 2008: *"Kritisk realisme"* Roskilde Universitetsforlag, Samfundslitteratur.
- Burgess, Adam 2009: "Passive drinking: A 'good lie' too far?" In: *"Health, risk & society"* 11(6):527-540.
- Busch, Tor et al (red.) 2005: *"Modernisering av offentlig sektor: Trender, ideer og praksiser"* Universitetsforlaget.

Cavelaars A.E. et al 2000: "Educational differences in smoking: international comparison" In: *"British Medical Journal"* 320(7242):1102-1107.

Christensen, Anne Illemann et al 2012: *"Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987"* Statens Institut for Folkesundhed.

Christensen, Bent og Dübeck, Inger 2000: "Den regulerende forvaltning – udviklingen af det retlige system efter 1950" i: Bogason, Peter (red.): *"Stat, forvaltning og samfund efter 1950"* Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

Clarke, Adele and Shim, Janet 2009: "Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and biomedicine" in: Mauro, Antonio and Conrad, Peter (edit.): *"Salute e Società: The medicalization of life"* Anno VIII n. 2. Franco Angeli.

Clarke, Adele et al 2006: *"Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S."* Duke University press.

Collier, Andrew 1994: *"Critical realism: An introduction to Roy Bhaskar's Philosophy"* Verso.

Conrad, Peter 1975: "The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior" In: *"Social Problems"* 23 (1): 12–21.

Conrad, Peter 2007: *"The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders"* The John Hopkins University Press.

Conrad, Peter 2009: "The shifting engines of medicalization" In: Mauro, Antonio and Conrad, Peter (edit.): *"Salute e Società: The medicalization of life"* Anno VIII n. 2. Franco Angeli.

Conrad, Peter and Schneider, Joseph 1992: *"Deviance and medicalization: From badness to sickness"* Temple University Press.

Danermark, Berth et al. (1997): *"Att förklara samhället"* Studentlitteratur.

Danmarks Statistik 2012: *"Statistisk årbog 2012: Statistical yearbook"* Danmarks Statistik.

David Annette et al 2010: "Tobacco use: equity and social determinants" In Blas, Erik and Kurup, Anand (edit.): *"Equity, Social Determinants and Public Health Programmes"* World Health Organization.

Davis, Ronald, Novotny, Thomas and Lynn, William (edit.) 1988: *"The health consequences of smoking: Nicotine addiction: A report of the Surgeon General"* Centre for Promotion and Education, Office on Smoking and Health, USA.

Dean, Mitchell 2008: *"Governmentality: Magt og styring i det moderne samfund"* Forlaget Sociologi.

Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: *"Giv borgerne et KRAM: En pjece om kost, rygning, alkohol og motion ved Det Nationale Råd for Folkesundhed"* Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

deVaus, David 2001: *"Research design in social research"* Sage.

DIKE 1997: *"Danskernes sundhed mod år 2000: sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygelighed, dødelighed, levekår"* Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

DIKE 1998: *"Lev dansk – dø ung – også I 1990erne? Rapport fra en samfundsmedicinsk opfølgingskonference i 1997 på Middellevetidsudvalgets betænkning fra 1994"* Dansk Selskab for Samfundsmedicin, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

Doll, Richard and Hill, Bradford 1950: "Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report" in: *"British Medical Journal"* 2:739.

Douglas, Mary 1966: *"Purity and danger: An analysis of the concepts of pollution and taboo"* Routledge & Kegan Paul.

Edwards, Sara et al 2010: "Are occasional smokers a heterogeneous group? An exploratory study" in: *"Nicotine tobacco research"* 12(12):1195-1202.

Ekholm, Ola et al 2006: *"Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987"* Statens Institut for Folkesundhed.

Feldman, Eric and Bayer, Ronald (edit.) 2004: *"Unfiltered: Conflicts over tobacco policy and public health"* Harvard University Press.

Field, Andy 2009: *"Discovering statistics using SPSS"* SAGE Publications.

Fletcher, Kenneth et al 2010: "A prospective global measure, the Punum Ladder, provides more valid assessments of quality of life than a retrospective transition measure" In: *"Journal of Clinical Epidemiology"* 63(10):1123-1131.

Flyvbjerg, Bent 1998: "Habermas and Foucault: Thinkers of civil society?" In: *"The British Journal of Sociology"* 49(2):210-233.

Flyvbjerg, Bent 2000: *"Ideal theory, real rationality: Habermas versus Foucault and Nietzsche"*, Paper for the Political Studies Association's 50th Annual Conference, The Challenges for Democracy in the 21st Century, London School of Economics and Political Science.

Flyvbjerg, Bent 2009: *"Samfundsvidenskab som virker: Hvorfor samfundsvidenskaben fejler og hvordan man får den til at lykkes igen"* Akademisk Forlag.

Folker, Anna Paldam et al (red.) 2009: *"Etik i Forebyggelse og Sundhedsfremme"* Sundhedsstyrelsen.

Forey, Barbara et al 2002: *"International smoking statistics"* Oxford University Press.

Foucault, Michel 1977 *"Overvågning og straf: fængslets fødsel"* Rhodos. Originalversion: 1975: *"Surveiller et punir"* Gallimard.

Foucault, Michel 1978: *"Seksualitetens historie I, Viljen til Viden"* Rhodos. Originalversion: 1976: *"Histoire de la sexualité, 1, La volonté de savoir"* Gallimard.

Foucault, Michel 1980: *"Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977"*, Edited by Colin Gordon, Pantheon Books.

Foucault, Michel 1984: 'L'usages des plaisirs' i: Jens Erik Kristensen 1987: *"Mennesket mellem viden, magt og subjektivitet"*, GRUS nr. 22/23(8):145-170.

Foucault, Michel 1991: "Governmentality" in: Burchell, Graham, Gordon, Colin and Miller, Peter (edit.): *"The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault"* Wheatsheaf.

Foucault, Michel 2000a: *"Klinikkens fødsel"* Hans Reitzels Forlag. Originalversion: 1963: *"Naissance de la clinique"* Quadrigue, Presses Universitaires de France.

Foucault, Michel 2000b: *"Power: Essential works of Foucault 1954-1984, volume 3"* Edited by James Fubion. The New Press.

Foucault, Michel 2001: *"Talens forfatning: Nietzsche, genealogien, historien"* Hans Reitzels Forlag. Originalversion: 1971: *"L'ordre de discours"* Gallimard.

Foucault, Michel 2003: *"Galskabens historie i den klassiske periode"* Det lille Forlag. Originalversion: 1972: *"Histoire de la folie à l'âge classique"* Gallimard.

Foucault, Michel 2004: *"Omsorgen for sig selv: Seksualitetens historie 3"* Det lille Forlag. Originalversion: 1984: *"Histoire de la sexualité III: Le souci de soi"* Gallimard.

Foucault, Michel 2005: *"Vidensarkæologien"* Forlaget Philosophia. Originalversion: 1969: "L'archéologie du savoir" Gallimard.

Foucault, Michel 2008a: *"Ordene og tingene: en arkæologi om humanvidenskaberne"* Det lille Forlag. Originalversion: 1966: "Les mots et les choses – une archéologie des sciences humaines" Gallimard.

Foucault, Michel 2008b: *"Sikkerhed, territorium, befolkning: Forelæsninger på Collège De France, 1977-1978"* Hans Reitzels Forlag. Originalversion: 2004: "Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France, 1977-1978" Gallimard.

Foucault, Michel 2008c: *"The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979"* Palgrave Macmillan. Originalversion: 1979: "Naissance de la Biopolitique: Collège de France, 1978-1979" Gallimard.

Frances, Allen (edit.) 1994: *"American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"* (DSM IV) American Psychiatric Association.

Frohlich, Katherine 2008: "Is tobacco use a disease?" in: *"Canadian Medical Association Journal"* 179(9): 880-882.

Glümer, Charlotte et al 2008: *"Sundhedsprofil for region og kommuner 2008"* Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Glümer, Charlotte et al 2010: *"Sundhedsprofil 2010 – forebyggelse"* Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Gorber, Sarah et al 2009: "The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status" In: *"Nicotine Tobacco Research"* 11(1):12-24.

Grill, Kalle 2006: *"Anti-paternalism"* Manuskript i forbindelse med ph.d. afhandling 2009: "Anti-paternalism and public health policy" US-AB.

GRUS 2000: *"Kritisk realisme"*, Temanummer, 21. årgang nr. 60.

Habermas, Jürgen 2004: *"Teorien om den kommunikative handlen"* Aalborg Universitetsforlag.

Hammer-Helmich, Lene et al 2010: *"Sundhedsprofil for region og kommuner 2008"* Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Hanak, Mette Lolk et al 2007: *"Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2"* Sundhedsstyrelsen.

Hansen, Bodil Helbech 2011: *"Udviklingen i social ulighed i rygning og fysisk inaktivitet i Region Hovedstaden 2007-2010"* Kandidatafhandling.

Hansen, Henning, Rasmussen, Niels Kristian og Poulsen, Jytte 1994: *"Livsstil og sundhedsvaner i Danmark: Status, forskelle og udviklinger"* 5. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg.

Heede, Dag 1997: *"Det tomme menneske: introduktion til Michel Foucault"* Museum Tusulanums Forlag.

Hejgaard, Tatjana og Hjalsted, Barbara (red.) 2009: *"Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen: Procesrapport for Sundhedsstyrelsens projekt PRIK"* Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse/WHO collaboration Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital.

Hirayama, Takeshi 1981: "Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer - a study from Japan" In: *"British Medical Journal"* 282(6259):183-185.

Hoeyer, Klaus and Lynøe, Niels 2009: "An organizational perspective on ethics as a form of regulation" in: *"Medical Health Care Philosophy"* 12(4):385-92.

Hogstedt, Christer et al (ed.) 2008: *"Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries"* The World Health Organization and The Swedish National Institute of Public Health.

Holmqvist, Mikael 2008: *"The institutionalization of social welfare: A study of medicalizing management"* Routhledge.

Hospitalets Fundas 1617: *"Fundats for det almindelige Hospital i Bergen Anno Christi 1617"* (Uden forlag).

Illich, Ivan 1975: "The medicalization of life" In: *"Journal of medical ethics"* 1(2):73-77.

Indenrigsministeriet 1964: *"Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget: Afgivelse af det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg"* Indenrigsministeriet.

- Jacobsen, Michael Hviid, Lippert-Rasmussen, Kasper og Nedergaard, Peter (red.) 2012: *"Videnskabsteori: I statskundskab, sociologi og forvaltning"* Hans Reitzel.
- Jensen, Hans, Knudsen, Ole og Stjernfelt, Frederik (red.) 2008: *"Tankens magt: Vestens idehistorie"* Bind 3, Lindhardt og Ringhof Forlag A/S.
- Jensen, Helene Nordahl, Glümer, Charlotte og Jørgensen, Torben 2008: *"Udvikling i Risikofaktorer for Hjertekarsygdomme i Vestegnskommunerne 1978-2006"* Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.
- Jespersen, Jesper 2004: "Kritisk realisme - teori og praksis: En samfundsvidenskabelig metodologi med makroøkonomiske eksempler" i: Fuglsang, Lars og Olsen, Poul Bitsch: *"Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer"* Roskilde Universitetsforlag.
- Johansen, Bo, Rasmussen, Jeanne og Stiil, Anja (red.) 2000: *"Statistisk tiårsoversigt 2000"* Danmarks Statistik.
- Juel, Knud, Bjerregaard, Peter and Madsen, Mette 2000: "Mortality and life expectancy in Denmark and other European countries: What is happening to middle-aged Danes?" in: *"European Journal of Public Health"* 10(2):93-100.
- Juel, Knud, Sørensen, Jan og Brønnum-Hansen, Henrik 2006: *"Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark"* Statens Institut for Folkesundhed.
- Jørgensen, Kenneth Mølbjerg 2006: *"Om anvendelsen af Foucaults magtbegreb"* Danish Centre for Philosophy and Science Studies.
- Jørgensen, Torben 2004: "Epidemiologisk forskning gennem 40 år: Befolkningsundersøgelserne i Glostrup - Center for Sygdomsforebyggelse - Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed" i: *"Ugeskrift for læger"* 166(15-16):1425-1426.
- Jørgensen, Torben 2011a: Tiltrædelsesforelæsning: *"Forebyggelse af kroniske sygdomme: Den nye medicinske triumf?"* Tiltrædelsesforelæsning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet, 3. november 2011.
- Jørgensen Torben 2011b: "Forebyggelse af kroniske sygdomme - den næste store medicinske triumf" I: *"Bibliotek for læger"* 203(3):236-249.
- Jørgensen, Torben et al 2008: *"Nyt om forebyggelse - Tema: Strukturel forebyggelse, et paradigmeskift"* Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.



Kaufman, Sharon et al 2004: "Revisiting the biomedicalization of aging: Clinical trends and ethical changes" in: *"Gerontologist"* 44:731-738.

Kay, Adrian 2006: *"The dynamics of public policy: Theory and evidence"* Edward Elgar, New Horizons in Public Policy Series.

Kendall, Gavin and Wickham, Gary 2000: *"Using Foucaults methods"* Sage Publications.

Kirk, Stuart 2005: "Are we all going mad or are the experts crazy?" In: *"Los Angeles Times"*, August 14, M5.

Kirkegaard, Kasper Lund 2007: *"Overblik over den danske fitness-sektor: En undersøgelse af danske fitnesscentre"* Delrapport i projektet: "Sved for millioner" Idrættens Analyseinstitut.

Kirkpatrick, Ian et al 2009: "Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England" in: *"Sociology of Health and Illness"* 31(5):642-658.

Kjøller, Mette et al 1995: *"Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 og udviklingen siden 1987: Rapport fra DIKEs repræsentative undersøgelse blandt voksne deltagere"* Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

Kjøller, Mette, Juel Knud og Kamper-Jørgensen Finn (red.) 2007: *"Folkesundhedsrapporten Danmark 2007: 2004, 2005, 2006"* Statens Institut for Folkesundhed.

Kjøller, Mette og Rasmussen, Niels Kristian (red.) 2000: "Sundhed & sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1997" Statens Institut for Folkesundhed.

Kristensen, Jens Erik 1987: *"Mennesket mellem viden, magt og subjektivitet"* GRUS 22/23(8):145-170.

Larsen, Kristian 2010: "Pierre Bourdieu" I: Andersen, Pernille Tanggaard og Timm, Helle: *"Sundhedssociologi: en grundbog"* Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Lars Thorup 2006: *"'The truth will set you free': A genealogy of public health policy in Denmark and The United States 1975-2005"* Ph.D. dissertation, Aarhus University, Department of Political Science.

Larsen, Lars Thorup 2008: "The political impact of science: is tobacco control science- or policy-driven?" In: *"Science and Public Policy"* 35(10):757-769.

- Launsø, Laila og Rieper, Olaf 2005: *"Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning"* Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Layder, Derek 2005: *"Sociological practice: Linking theory and social research"* Sage Publications.
- Lemke, Thomas 2009: *"Biopolitik"* Hans Reitzels Forlag.
- Levin, Morton, Goldstein, Hyman and Gerhardt, Paul 1950: "Cancer and tobacco smoking: A preliminary report" In: *"Journal of the American Medical Association"* 143(4):336-338.
- Liedman, Sven-Eric 2000: *"De politiske idéers historie: Fra Platon til kommunismens fald"* Gads Forlag.
- Lopez, Alan et al 2006: *"Global burden of disease and risk factors"* Oxford University Press and The World Bank.
- Lupton, Deborah 1997: "Foucault and the medicalization critique" in: Petersen, Alan and Bunton, Robin (edit.): *"Foucault, health and medicine"* Routledge.
- Lübcke, Poul 1989: *"Vor tids filosofi: Videnskab og sprog"* Politiken.
- Lykke, Maja 2012: *"Udviklingen i holdningen til rygning i det offentlige rum i Region Hovedstaden fra 2007 til 2010"* Speciale i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- Mackie, Marianne og Nielsen, Kamilla (red.) 2008: *"Statistisk tiårsoversigt 2008"* Danmarks Statistik.
- Mackie, Marianne og Nielsen, Kamilla (red.) 2011: *"Statistisk tiårsoversigt 2011"* Danmarks Statistik.
- Magnussen, Anne Mette 1999: *"Logic of appropriateness og former for handlingsrasjonalitet"* (LOS-senter notat).
- March, James and Olsen, Johan 2009: *"The logic of appropriateness"* (Working paper: ARENA Centre for European Studies).
- Maturo, Antonio 2009: "The shifting borders of medicalization" in: Maturo, Antonio and Conrad, Peter (edit.): *"Salute e Società: The medicalization of life"* Anno VIII n. 2. Franco Angeli.

Menon, Martina, Perali, Frederico and Piccoli, Luca 2011: "The passive drinking effect: Evidence from Italy" Working paper, Paris School of Economics.

Midanik, Lorraine 2006: *"Biomedicalization of alcohol studies: Ideological shifts and institutional challenges"* Aldine Transaction.

Mik-Meyer, Nina og Villadsen, Kaspar 2007: *"Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren"* Hans Reitzel.

Murray, Christopher et al 1994: *"The Global Burden of Disease in 1990: Summary Results, Sensitivity Analysis, and Future Directions"* Bulletin of the World Health Organization 72(3):495-509.

Murray, Christopher et al 2013: "UK health performance: findings of the global burden of disease study 2010" in: *"The Lancet"* early online publication doi:10.1016/S0140-6736(13)60355-4.

Neumann, Adam Winkler 2008: *"For jeres eget bedste': Magtudøvelse i sundhedens navn, dansk rygekommunikation 1988 til 2008"* speciale, Copenhagen Business School.

Nielsen, Per Kim 2000: *"Fra hellig røg til det rene gift: et historiemateriale om holdninger til tobak gennem tiden"* Kræftens Bekæmpelse.

Nye, Robert 2003: "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century" In: *"Journal of History of the Behavioral Sciences"* 39(2):115-129.

Oksus, E, Mutlu, E and Malhan S. 2007: "Characteristics of daily and occasional smoking among youths" in: *"Public Health"* 21(5):349-356.

Otto, Lene 2003: "Forholdet mellem medicinhistorie og kulturhistorie" i: Rehfeld, Jens et al (red.): *"Bibliotek for læger"* 195(4):240-245.

Otto, Lene 2006: *"Foucaults 'governmentalitetsteori': Styringsteknologi og subjektivitet"* Arbejdsrapport.

Pierce John et al 2011: "Prevalence of heavy smoking in California and the United States 1965-2007" In: *"Journal of American Medical Association"* 305:1106-1112.

Pierson, Paul 2004: *"Politics in time: History, institutions and social analysis"* Princeton University Press.

Porter, Roy 2003: *"Medicinens historie fra oldtid til nutid"* Rosinante.

- Rabinow, Paul (edit.) 1984: *"The Foucault reader: An introduction to Foucault's thought"* Penguin Social Sciences.
- Raffnsøe, Sverre, Gudmand-Høyer, Marius og Thaning, Morten 2009: *"Foucault"* Samfundslitteratur.
- Rasmussen, Mette og Due, Pernille 2011: *"Skolebørnsundersøgelsen 2010: Forskningsprogrammet for børn og unges sundhed"* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Regeringen 1989: *"Regeringens Forebyggelsesprogram"* Dokumentationsdel og programdel, Sundhedsministeriet.
- Regeringen 1999: *"Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008: Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen"* Sundhedsministeriet.
- Regeringen 2002: *"Sund hele livet: De nationale mål og strategier for folkesundheden"* Regeringen.
- Regeringen 2009: *"Sundhedspakke 2009: Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre"* Regeringen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Rose, Nikolas 1994: "Medicine, history and the present" In: Jones, Colin and Porter, Roy (edit.): *"Reassessing Foucault: power, medicine and the body"* Routledge.
- Rose, Nikolas 1999: *"Governing the soul: the shaping of the private self"* Free Association Books.
- Rose, Nikolas 2006: *"Powers of freedom: Reframing political thought"* Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas 2009: *"Livets politik – Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede"* Dansk Psykologisk Forlag.
- Rousseau, Jean-Jacques 1762: "Du contrat social" i: Jensby, Arne Bang et al (red.) 1980: *"Idéhistoriske tekster"* Gyldendal.
- Rüdiger, Mogens 2003: *"Statens synlige hånd: Om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede"* Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.
- Rørbye, Birgitte 2002: *"Mellem sundhed og sygdom: Om fortid, fremskridt og virkelige læger, en narrativ kulturanalyse"* Museum Tusulanums Forlag.

Salomon, Joshua et al 2012: "Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010" in: *"The Lancet"* 380:2144-2162.

Schmitt, John and Fabio, Richard 2005: "The validity of prospective and retrospective global change criterion measures" In: *"Archives of Physical Medicine and Rehabilitation"* 86(12):2270-2276.

Schmølker, Lisbet 2005: *"En litteraturgennemgang af undersøgelser af langtidsbrug af nikotinsubstitution"* speciale, Københavns Universitet, Det sundhedsvidenskabelige fakultet.

Snowdon, Christopher 2009: *"Velvet glove, iron fist: A history of anti-smoking"* Little Dice.

Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994: *"Levetiden i Danmark"* 2. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg.

Sundhedsprioriteringsudvalget 1977: *"Prioritering i sundhedsvæsenet: Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af; Indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse"* Indenrigsministeriet, Statens Trykkontor.

Sundhedsstyrelsen 2009: *"Regionernes forebyggelsesopgaver: en vejledning til sundhedsloven §119, stk. 3"* Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen 2011: *"Systematisk forebyggelse til patienter: Evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland"* Sundhedsstyrelsen, Center for Kvalitetsudvikling.

Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem 2008: *"SKS-opdatering ordinær Januar 2008"* Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut.

Thomas, Sian et al 2008: "Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review" In: *"Tobacco Control"* 17(4):230-237.

Togeby, Lise 2004: *"Man har et standpunkt: Om stabilitet og forandring i befolkningens holdninger"* Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.

Toxvig, Lene 2008: *"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 1999-2001"* Institut for filosofi og idéhistorie, Aarhus Universitet.

Triantafillou, Peter 2005: *"Metodologiske problemstillinger i Michel Foucaults genealogiske magt- og frihedsanalytik: ti bud"* Research papers from the Department of Social Science, Roskilde Universitet.

Tværnøse, Poul et al (red.) 1998: *"Ryggestopguide"* Pjece udgivet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen.

Vallgård, Signild 2001: "Governing people's lives: Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden" in: *"European Journal of Public Health"* 11(4):386-392.

Vallgård, Signild 2003: *"Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige 1930 til i dag"* Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, Signild 2007a: "Public Health Policy: A scandinavian model?" In: *"Scandinavian Journal of Public Health"* 35(2):205-211.

Vallgård, Signild 2007b: "Problematizations and path dependency: HIV/AIDS policies in Denmark and Sweden" in: *"Medical History"* 51:99-112.

Vallgård, Signild 2010: "En anden måde at forstå livsstil på – kan det gavne forebyggelsen?" i: *"Ugeskrift for læger"* 172(10):819.

Vallgård, Signild 2011a: "Forebyggelsesetik" i: *"Bibliotek for læger: Tidsskrift for medicinens historie, kultur, filosofi & metode"* 203(3):252-274.

Vallgård, Signild 2011b: "Historiske analyser" i: Vallgård, Signild og Koch, Lene (red.): *"Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab"* Munksgaard.

Vallgård, Signild og Krasnik, Allan 2002: *"Sundhedstjeneste og sundhedspolitik: En introduktion"* Munksgaard Danmark.

van Houdt, Friso 2008: *"Citizenship as instrument of bio-power: Identifying changes in the functioning of citizenship in the Netherlands in times of glocalization and culturistic discourse"* Paper til konferencen: Inclusion and exclusion in contemporary European societies.

Verwohlt, Betina 2008: *"Den moderne patient: En analyse af det patientsyn, der ligger til grund for evalueringskulturen på de danske sygehuse"* Speciale, Aalborg Universitet.

Villadsen, Kaspar 2002: "Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen: Governmentality eller genealogi som analysestrategi" i: *"Dansk Sociologi"* 13(3):77-97.

Walters, William 2012: *"Governmentality: Critical en counters"* Routledge.

Weber, Max 1998(1905): *"Den protestantiske etik og kapitalismens ånd"* Nansensgade Antikvariat.

White, Kevin 2002: *"An introduction to the sociology of health and illness"* Sage Publications

WHO 1948: *"Official Records of the World Health Organization"* (2) World Health Organization.

WHO 1978: *"Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care"* World Health Organization.

WHO 1981: *"Global strategy for health for all by the year 2000"* World Health Organization.

WHO 1986: *"The Ottawa charter for health promotion"* World Health Organization.

WHO 1992: *"World Health Organization's International Classification of Diseases"* (ICD 10) World Health Organization.

WHO 2008a: *"Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health"* World Health Organization.

WHO 2008b: *"mpower: a policy package to reverse the tobacco epidemic"* World Health Organization.

WHO 2009b: *"The European Health Report 2009: Health and health systems"* World Health Organization, European Office.

Wier, Mette at al 2009: *"Vi kan leve længere og sundere: Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats"* Forebyggelseskommissionen.

Williams, Simon 2003: *"Medicine and the body"* SAGE Publications.

Williams, Stephen 1972: "A methodology for the planning of therapeutic abortion services" In: *"Health Services Reports"* 87(10):983-991.

Wynder, Ernest and Graham, Evarts 1950: "Tobacco smoking as a possible etiologic carcinoma: A study of six hundred and eighty-four proved cases" In: *Journal of the American Medical Association* 143(4):329-336.

Yin, Robert 2003: *"Case study research: Design and methods"* SAGE Publications.

### **Internetadresser**

Danmarks Statistik, statistikbanken, [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)

Lilmoes, Søren Ploug 2012: "Holdningsskifte betyder ikke ny stramning af rygelov" I: *"Berlingske Nyhedsbureau"* 15. december.

OECD StatExtracts: [Stats.oecd.org](http://Stats.oecd.org)

[Retsinformation.dk](http://Retsinformation.dk)

Ritzau Bureau 2005: *"Rygestopindustrien boomer"*, presseudsendelse 17. juni.

Skat 2013: *"Afgiftsstigning på usunde fødevarer, vin, øl, chokolade mv."* [skat.dk](http://skat.dk)

[Sst.dk](http://Sst.dk)

The World Factbook, Central Intelligence Agency:

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>

U.S. National Library of Medicine, National Institute of Health:

<http://www.nlm.nih.gov/>

WHO 2009a: Global health Observatory. Copenhagen Regional Office:

<http://www.who.int/gho/en/>

WHO 2013: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)



# DANSK RESUMÉ

## **Den rygende rEvolution Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi**

Denne afhandling omhandler den ontologiske udvikling på rygeområdet i perioden 1950 til 2010. Afsættet for undersøgelsen består i en antagelse om, at rygeområdet har været under ontologisk forandring i den undersøgte periode og særligt fra midten af 1990'erne, hvor rygning udnævnes som den væsentligste årsag til stagneringen i danskernes middellevetid siden 1970'erne. Jeg inddeler, med inspiration fra Roy Bhaskar og kritisk realisme, den ontologiske udvikling i 4 niveauer: 1) Policydomænet, som vedrører italesættelser på rygeområdet i offentligt regi samt de forebyggelsestiltag, der implementeres på området, 2) den faktiske befolkningsadfærd, som vedrører befolkningens rygeprævalens, 3) strukturændelsen, som vedrører den strukturelle udvikling, ændringerne på rygeområdet efter alt at dømme udtrykker og endelig 4) sandhedsregimet, som vedrører udviklingen i hierarkiseringen af vidensformer i forhold til den sandhedsværdi, de tillægges.

Jeg tilgår udviklingen i de første to ontologiske niveauer; policydomænet og den faktiske befolkningsadfærd empirisk. Disse domæner analyserer jeg i følgende fire artikler, hvor artikel 1, 3 og 4 indskrives sig i policydomænet og artikel 2 indskrives sig i domænet for faktisk befolkningsadfærd:

### **Artikel 1: "Fra individuelt valg til samfundsproblem: - danske forebyggelsestiltag på rygeområdet 1950-2010 sammenlignet med Sverige"**

Artiklen er en deskriptiv oversigtsartikel over det skiftende syn på tobaksrygningen fra 1950'erne til 2000'erne samt over de forebyggelsesstrategier, der implementeres for at opnå en røgfri befolkning. Artiklen er baseret på et review af 146 publikationer indsamlet ved systematisk litteratursøgning, hvoraf de fleste

publikationer er danske. Af artiklen fremgår, at der implementeres forebyggelsestiltag på rygeområdet fra 1980'erne og frem. Desuden fremgår det, at tobaksrygningen indtil 2000'erne i mange af de danske publikationer primært ses som en privat sag og en individuel vane, borgerne selv har ansvaret for at beslutte at fralægge sig. I overensstemmelse hermed er statens ansvar reduceret til at oplyse borgerne om tobaksrygningens skadevirkninger. Fra 2000'erne inddrages en række videnskabelige undersøgelser i den offentlige debat omkring rygningen. Tobaksrygningen problematiseres i denne periode både som et individuelt og et samfundsmæssigt problem, og sideløbende med de individorienterede tiltag, implementeres også en del strukturorienterede tiltag, som adresserer de rammer, borgerne indgår i. Der ses således en udvikling hen imod, at styringsambitionerne på rygeområdet øges mod undersøgelsesperiodens slutning. Sverige er inddraget som sammenligningsland, og der er, især i begyndelsen af undersøgelsesperioden, markante forskelle på de danske og de svenske forebyggelsesstrategier, idet Sverige tidligere end Danmark adresserer samfundets ansvar for en røgfri befolkning.

## **Artikel 2: "Smoking prevalence in comparison to smoking policies - initiatives targeting the population versus initiatives targeting the environment in Denmark, 1978-2010"**

Lige såvel som artikel 1 er artikel 2 en oversigtartikel. Her er det primære fokus dog ikke på udviklingen i synet på og initiativerne overfor rygningen, men i rygeadfærden, operationaliseret ved rygeprævalensen for dagligrygere. Artiklen er baseret på syv tværsnitsundersøgelser foretaget i perioden 1978-2010, og i alt er 39.950 borgere, bosiddende i Københavns 11 vestegnskommuner, inkluderet i undersøgelsen. Andelen af dagligrygere faldt fra 61 % i 1978 til 19 % i 2010. Der ses et lidt større fald efter implementeringen af flere strukturorienterede tiltag i 2000'erne end inden (et gennemsnitligt årligt fald i 2000'erne på 1,8 % mod et gennemsnitligt årligt fald på 1,1 % i årtierne forinden). Stratificerede analyser viser en øget ulighed i rygeprævalensen målt på køn og erhvervskompetencegivende uddannelse i løbet af 1980'erne og 1990'erne. Fra 1978 til 1991 faldt rygeprævalensen med 49 % blandt mænd men kun med 34 % blandt kvinder. I samme periode faldt rygeprævalensen med 45 % blandt uddannede borgere, men kun med 23 % blandt borgere uden uddannelse. I løbet af 2000'erne ses en mindre udligning i forhold til køn og erhvervskompetencegivende uddannelse. Udviklingen kan indikere, at individorienterede forebyggelsestiltag, eksempelvis rygestopkampanjer, som er den primære forebyggelsesstrategi i 1980'erne og 1990'erne, øger den sociale ulighed i sundhed, mens strukturorienterede forebyggelsestiltag, eksempelvis øgede afgifter og rygeforbud på offentlige steder, som i højere grad implementeres i 2000'erne, har en mere lige effekt. Endelig ses i

artiklen et fald i antallet af storrygere med 33 % fra 2007, hvor forbuddet mod rygning på offentlige steder trådte i kraft, til 2010.

### **Artikel 3: "It's my own choice! But I choose to be compliant' - changing attitudes towards the Danish law about smoking in public places, 2007-2010"**

Hvor artikel 1 og 2 kan karakteriseres som oversigtsartikler, kan artikel 3 karakteriseres som en "nedslagsartikel", der analyserer udviklingen i befolkningens holdning til et enkelt af de strukturelle forebyggelsestiltag, nemlig rygeloven fra 2007. Artiklen beskæftiger sig således med hvilke ikke-helbredsrelaterede konsekvenser, rygeloven medfører. Når netop holdninger til rygeloven fra 2007 vælges som artiklens genstandsfelt, skyldes det, at det er det forebyggelsestiltag, der har været genstand for størst politisk bevågenhed og mest modstand inden implementeringen, både blandt politikere og i befolkningen. Artiklen består af to dele. Først analyseres borgernes holdninger til rygeloven i to tværsnitsundersøgelser foretaget i henholdsvis 2007, lige inden implementeringen, og tre år efter, i 2010. Den samlede undersøgelsespopulation er på 24.922 borgere bosiddende i Københavns 11 vestegnskommuner. Hernæst perspektiveres til andre undersøgelser vedrørende befolkningers holdninger til strukturorienterede tiltag før og efter implementering. Fra 2007 til 2010 ses en relativ stigning i tilslutningen til rygeloven på 28,2 % og en relativ stigning på 55,8 % blandt rygere, som var mest skeptiske overfor loven inden implementering. Desuden ses den mest markante stigning i tilslutningen til rygeforbud på restauranter og værtshuse, hvor diskussionen var størst inden implementeringen af loven. Den relative stigning i tilslutningen til forbud på restauranter var på 57,8 % og på værtshuse var den på 54,1 %. Resultaterne er konsistente med andre undersøgelser af holdninger til rygeloven, som også finder en relativt stor modstand inden lovimplementeringen og en markant øget tilslutning til loven efter implementering, især på steder, hvor debatten og modstanden forinden har været mest intens. Endvidere underbygger den perspektiverende litteratur, at strukturelle ændringer, som eksempelvis implementeringen af rygeloven, er den faktor, der har størst indflydelse på en holdningsændring i befolkningen.

### **Artikel 4: "Etik i folkesundhed - mellem individuelt og samfundsmæssigt fokus"**

Artikel 4 kan karakteriseres som en kritisk etikdiskussion af tilgangen til forebyggelse i Danmark ud fra et aktørperspektiv. Med etikdiskussion refereres til en diskussion af de forebyggelsesstrategier, der anses for at være ret og rimelige i forhold til den danske velfærdsstats solidaritetsprincip, der går på at tage hånd om samfundets svageste. Det er således et anvendt etisk ståsted, artiklen er udarbejdet

på baggrund af. Artiklen bygger på et systematisk litteraturstudium og diskuterer det såkaldte "livsstilsbegreb", som anvendes i forbindelse med folkesundhedsdiskussioner i Danmark. Begrebet anvendes ofte som synonym til adfærdsbegrebet, eksempelvis i forhold til KRAM-faktorerne. Strukturelle faktorer, som borgeren ingen indflydelse har på, italesættes sjældnere. Det drejer sig for eksempel om fødevarer-, tobaks- og alkoholindustrien, afgiftssætning, borgernes genetiske forudsætninger og deres opvækstvilkår. De strukturelle faktorer betyder, at borgerne kan have meget forskellige udgangspunkter for at leve sunde liv, og det er derfor problematisk udelukkende at tale om sundhed som et frit livsstilsvalg. Livsstilsbegrebet og den individorienterede tilgang til folkesundhed bygger på en ontologisk opfattelse af borgeren som fri, aktiv og autonom og en opfattelse af statens rolle som bestående i at stille viden til rådighed for borgeren. De danske forebyggelsesstrategier sammenlignes i artiklen med WHO's mere økologiske tilgang, hvor livsstilen kun anses for at være en enkel faktor i et komplekst system af indbyrdes afhængige faktorer, hvor strukturelle elementer i højere grad adresseres. Hvor de øvrige artikler behandler befolkningen som en relativ homogen størrelse, behandles i denne artikel heterogeniteten i befolkningen, idet der fokuseres på, at især de individorienterede forebyggelsesstrategier influerer forskelligt på forskellige befolkningsgrupper.

De fire artiklers udviklingshistorie udgør tilsammen inspirationsgrundlaget for analysen af udviklingen på de sidste to ontologiske niveauer: Strukturændelsen og sandhedsregimet. Disse to ontologiniveauer analyseres teoretisk:

De fire artikler indikerer tilsammen en **strukturændelse**, hvor styringsambitionerne på rygeområdet øges. Nikotinafhængighed bliver i løbet af undersøgelsesperioden kategoriseret som en sygdom, og rygeområdet bliver i stigende grad defineret ud fra et sundhedsperspektiv, hvilket jeg betegner som medikalisering af rygeområdet. Dette inkluderer både en medikalisering af de rygende borgere og af staten. Med medikalisering af borgerne henviser jeg til, at borgernes rygeadfærd bliver sygeliggjort samt til, at borgerne subjektiveres og hermed ansøres til at identificere sig selv som sunde eller mindre sunde borgere. Med medikalisering af staten henviser jeg til, at staten og andre offentlige arenaer pålægges at indrette sig, så det bliver lettere for borgerne at vælge ikke at ryge. Et eksempel herpå er rygeloven fra 2007 til sikring af røgfri miljøer. Ved med den teoretiske analyse at anlægge et medikaliseringsperspektiv på den ontologiske udvikling på rygeområdet, henter jeg inspiration i Michel Foucaults analysetilgang. Denne tilgang fungerer som et kritisk syn på medikaliseringen som en omgåelse af det neoliberale styringsrationales frihedsideal, som har været kendetegnende på det

danske forebyggelsesområde. Jeg anvender betegnelsen "interdependent medikalisering" for at tydeliggøre, at medikaliseringsudviklingen over tid genereres i en gensidig afhængig relation mellem flere forskellige aktører, som jeg afgrænser til staten, borgerne og epidemiologien.

På det fjerde og sidste ontologiske niveau fremgår det, at medikaliseringen efter alt at dømme er udtrykt for en ændring i **sandhedsregimet**. Med sandhedsregimet henviser jeg til en historisk og kulturel "matrix", der hierarkiserer forskellige vidensformers gyldighed. Jeg betegner også en ændring i sandhedsregimet som en medikalisering af etikken, eftersom de etiske retningslinjer for "ret og rimelig adfærd" i stigende grad bliver defineret ud fra et medicinsk parameter. Tidligere havde etikken sit arnested i kristendommen, og målet var her det syndfrie liv og det evige liv efter døden. Med kristendommens devaluering bliver det ypperste mål i stedet det sygdomsfrie liv og en udskydelse af døden. Det gode liv bliver således associeret med det sunde liv. Idet sandhedsregimet forandres, ændres også de faggrupper, der tillægges at kunne formidle relevant viden om det gode liv. Hvor denne opgave tidligere tillagdes præsterne, er det nu i højere grad de medicinsk uddannede, der står øverst i hierarkiet som "sandhedssigere".

Tilsammen beretter udviklingen på de fire ontologiske niveauer om en ændret ontologi i forhold til vores kollektive krops- og selvforhold, idet den "linse", vi skuer egen og andres adfærd med, ser ud til at være blevet medikaliseret og videnskabeliggjort. I forhold til dette udgør rygeområdet et empirisk målbart "spejl", eftersom rygningen repræsenterer sundhedsidealets modpol på omtrent samme måde, som synden tidligere repræsenterede det helliges modpol.



## ENGLISH SUMMARY

### **The smoking rEvolution: Interdependent medicalisation between the state, citizen and epidemiology**

This thesis addresses the ontological development in the smoking area in the period from 1950 to 2010. The starting point for the study is the assumption that the smoking area has been under ontological change in the period and particularly from the mid-1990s, when smoking is named as the main reason for the stagnation in Danish life expectancy since the 1970s. Inspired by Roy Bashkar and critical realism, I compartmentalize the ontological development into four levels: 1) The policy domain concerning articulations on the smoking area in the public sector as well as the prevention measures implemented in the field, 2) the domain for the actual population behavior, which concerns the smoking prevalence of the population, 3) the structural trend, which relates to the structural development that the changes in the smoking area by all accounts expresses and finally 4) the regime of truth, which concerns the development of hierachisation of different knowledge forms in relation to the truth value they are attributed.

I access the development of the first two ontological levels; the policy domain and the domain of the actual population behavior, empirically. I analyze these domains in the following four articles in which articles 1, 3 and 4 inscribe themselves in the policy domain and article 2 inscribes itself in the domain of actual population behavior:

#### **Article 1: "From individual choice to social problem: - Danish preventions on the smoking area from 1950 to 2010 compared to Sweden"**

This article is a descriptive review article on the changing views on tobacco use from the 1950s to the 2000s and on the prevention strategies implemented to achieve a smoke-free population. The article is based on a review of 146 publications collected by systematic literature search, in which most publications are Danish. The article

states that prevention measures are implemented in the smoking area from the 1980s and onwards. Moreover, it appears that tobacco smoking until the 2000s in many of the Danish publications primarily is seen as a private matter and an individual habit, which the citizens have the responsibility to decide to shirk. Accordingly, the State's liability is reduced to inform citizens about the harmful effects of smoking tobacco. From the 2000s, a number of scientific studies are drawn into the public debate about smoking. Tobacco smoking in this period is problematized both as an individual and a societal problem, and in parallel with the individual-oriented approaches, some structure-oriented approaches, addressing the environment, are also implemented. There is thus a trend that the governing ambitions of the smoking area are increased towards the end of the investigation period. Sweden is included as a comparison country, and there are, especially at the beginning of the investigation period, significant differences between the Danish and the Swedish prevention strategies, as Sweden earlier than Denmark addresses society's responsibility for a non-smoking population.

**Article 2: "Smoking prevalence in comparison two smoking policies - initiatives targeting the population versus initiatives targeting the environment in Denmark, 1978 to 2010"**

Just as article 1, article 2 is a review article. Here the primary focus is not on the development of the view on and initiatives against smoking, but on smoking behavior, operationalized by smoking prevalence for daily smokers. The article is based on seven cross-sectional surveys conducted in the period 1978-2010, comprising a total of 39,950 citizens living in 11 municipalities in the western part of the Copenhagen area. The proportion of daily smokers decreased from 61% in 1978 to 19% in 2010. There is a slightly larger decline after the implementation of several structure-oriented initiatives in the 2000s than before (an average annual decline in the 2000s of 1.8% compared to an average annual decline of 1.1% in the decades before). Stratified analysis show an increased inequality in smoking prevalence measured on gender and vocational training during the 1980s and 1990s. From 1978 to 1991, the smoking prevalence decreased by 49% among men but only by 34% among women. Over the same period, the smoking prevalence decreased by 45% among citizens with vocational training, but only by 23% among citizens without. During the 2000s, a minor equalisation is seen in relation to gender and vocational training. The development may indicate that individual-oriented prevention initiatives, such as information campaigns, which are the primary prevention strategy in the 1980s and 1990s, increases social inequality in health. In comparison, structure-oriented prevention initiatives, such as increased taxes and smoking bans in public places, which to a greater extend were implemented in the



2000s, has a more equal effect. Finally, the article shows a decrease in the number of heavy smokers by 33% from 2007 to 2010, where a ban on smoking in public places came into force.

**Article 3: "It's my own choice! But I choose to be compliant" - changing attitudes towards the Danish law about smoking in public places, 2007-2010"**

Where Articles 1 and 2 can be characterized as review articles, article 3 analyzes a specific prevention initiative, namely the smoking law of 2007. The article thus deals with the non-health-related consequences that the smoking law entails. When positions on the Smoking law of 2007 is selected as the subject area, it is due to the fact that it is the prevention measure that have been the subject of most political attention and most resistance before implementation, both among politicians and the public. The article consists of two parts. First the citizens' attitudes towards the smoking law in two cross-sectional surveys, conducted in 2007, just before the implementation, and three years later, in 2010, are analyzed. The total survey population consists of 24,922 citizens residing in 11 municipalities in the western part of the Copenhagen area. Subsequently, this analysis is put into perspective with other studies regarding the public attitudes towards structural measures before and after implementation. From 2007 to 2010, a relative increase in the support of the smoking law of 28.2% and a relative increase of 55.8% among smokers who were most skeptical about the law before implementation, is seen. Also, the most significant increase in public support for the smoking ban is seen in restaurants and bars where the discussion was greatest before implementation. The relative increase in the support for a ban in restaurants was 57.8% and in bars it was at 54.1%. The results are consistent with other studies of attitudes towards smoking laws, which also finds a relatively high resistance before the implementation and a significantly increased adherence to the law after implementation, especially in places where the debate and resistance had previously been most intense. Also, the perspective literature supports, that structural changes such as the implementation of the smoking law, is the factor which has the greatest influence on an attitude change in the population.

**Article 4: "Ethics in Public Health - between individual and social focus"**

Article 4 can be characterized as a critical ethical discussion of the approach to prevention in Denmark. With "ethical discussion" is referred to a discussion of the prevention strategies that are considered to be right and reasonable in relation to the solidarity principle of the Danish welfare state, which focusses on addressing society's most vulnerable. It is an applied ethical standpoint, which the article is prepared on the basis of. This article is based on a systematic literature review and

discusses the so-called "lifestyle concept" used in connection with public health discussions in Denmark. The term is often used as a synonym for individual behavior, for example in relation to diet, smoking, alcohol consumption and exercise (in Danish: KRAM). Structural factors, on which the citizen has limited or no influence, are rarely articulated. Structural factors involve for example the food-, tobacco- and alcohol-industry, taxes, the citizen's genetic premises and upbringing. The structural factors influence citizens in different ways giving very different starting points in order to live healthy lives. Therefore, it is problematic only to talk about health as a free lifestyle choice. The lifestyle concept and the individual-oriented approach to public health is based on an ontological conception of the citizen as free, active and autonomous and on an understanding of the role of the government as consisting only in making knowledge available to the citizen. The article compares the Danish prevention strategies with the WHO's more ecological approach where the lifestyle is considered to be a single factor in a complex system of interdependent factors where structural elements are given primary focus. Where the other articles deal with the population as a relatively homogeneous group this article deals with the heterogeneity of the population. It focusses on the fact that the individual-oriented prevention strategies influence differently on different population groups.

Combined, the four articles express an evolutionary history which constitutes the inspirational foundation for the analysis of the development in the last two ontological levels: Structural trend and regime of truth. These two ontological levels are analyzed theoretically:

The four articles indicate a combined **structural trend** where governing ambitions in the smoking area are increased. During the investigation period, nicotine addiction is categorized as a disease, and the smoking area becomes increasingly defined from a health perspective, which I describe as medicalization of the area. This includes both a medicalization of the smokers and of the state. With medicalization of the citizens I refer to the fact that public smoking behavior is being defined a sickness. Consequently smokers are subjectivised and thus encouraged to identify themselves as healthy or less healthy citizens. With the medicalization of the state, I refer to the fact that the state and other public arenas are required to adapt, to make it easier for citizens to choose not to smoke. One example hereof is the smoking law of 2007 to ensure smoke-free environments. By applying a medicalization perspective on the ontological development in the smoking area I draw inspiration from Michel Foucault's analytical approach. This approach serves as a critical view of medicalization as a critique of the neoliberal ideal of freedom,

which has been the hallmark of the Danish prevention area. I use the term "interdependent medicalization" to clarify that the development in medicalization is generated in a mutually dependent relationship between multiple players, which I delimit to being the state, citizens and the epidemiology.

On the fourth and final ontological level, it is seen that the medicalization by all accounts is an expression of a change in the **regime of truth**. With regime of truth, I refer to a historical and cultural "matrix", which hierarchizes the validity of different forms of knowledge. I also denote a change in the truth regime as a medicalization of the ethics, since the ethical guidelines for "fair and equitable behavior" are increasingly defined from a medical parameter. Previously the ethics had its hotbed in Christianity, and the goal here was the sinless life as well as the eternal life after death. With Christianity's devaluation, the ultimate goal becomes the disease-free life and a postponement of death. Thus, the good life is associated with the healthy life. As the truth regime changes so does the profession which is given power to communicate relevant knowledge about the good life. Where this task previously was up to the priests, it is now increasingly the medically trained professionals that are at the top of the hierarchy as "truth sayers".

Together, the development of the four ontological levels recounts of a modified ontology in comparison to our collective body- and self-perception, as the "lens", through which we look upon our own and others' behavior, seems to have been medicalized. In relation to this, the smoking area poses an empirically measurable "mirror", as the smoking area represents a counterpoint of the healthy life in much the same way as sin previously represented the counterpoint of the sacred life.



# BILAG

## Bilag 1: Systematisk litteratursøgning, artikel 1

### Analysestrategi

Der er søgt på forskellige kombinationer af nedenstående ord:

#### Internationalt regi:

Altid søgt på: Smoke, smoking, tobacco, cigarette\*

Sammensat med forskellige kombinationer af: Politic\*, govern\*, program\*, problematiz\*, initiative\*, histor\*, Denmark, Danish, Sweden, Swedish.

#### Dansk regi:

Altid søgt på: Røg, ryge\*, rygning, tobak\*, cigaret\*

Sammensat med forskellige kombinationer af: Politik\*, regering\*, program\*, problematiser\*, initiativ\*, etik\*, histori\*.

#### Svensk regi:

Altid søgt på: Röking, rökning, tobak, cigaret\*

Sammensat med forskellige kombinationer af: Politik\*, regering\*, program\* problematiser\*, initiativ\*, etik\*, histori\*.

### Afgrænsning

Jeg har afgrænset mig fra evalueringer eller effektmålinger af programmer, ikke-publicerede tekster, og fra tekster specifikt målrettet bestemte befolkningsgrupper: herunder gravide, patienter, børn, unge, flygtninge og indvandrere. Jeg afgrænser mig til publikationer til og fra kommuner og regioner med mindre publikationerne vedrører alle kommuner og/eller alle regioner. Jeg har dog gennemgået enkelte af disse publikationer, og ordlyden heri stemmer godt overens med ordlyden i de inkluderede publikationer. Jeg har også afgrænset mig fra materiale til skoler, daginstitutioner, sportshaller, arbejdspladser og hospitaler, da mængden af materiale bliver for omfattende, hvis alle disse publikationer inkluderes. Jeg har

afgrænset mig til publikationer, der er adresseret til eksterne aktører (eksempelvis fra regeringen til befolkningen) og ikke til interne aktører (eksempelvis interne regeringsdokumenter og arbejdsrapporter).

For at opnå sammenlignelighed mellem danske og svenske publikationer har jeg søgt i de svenske organisationer, som tilsvarende de danske. Herved risikerer jeg dog at afgrænse mig fra relevante svenske organisationer, som ikke tilsvares af nogen danske organisationer.

## Søgning i internationale databaser

### PubMed/Medline<sup>110</sup>

Søgestreng	Relevante hits
("denmark" [MeSH Terms] OR "denmark" [All Fields] OR danish [All Fields]) AND ("smoke" [MeSH Terms] OR "smoke" [All Fields]) AND political* [All Fields] OR govern* [All Fields] OR program* [All Fields] OR problematiz* [All Fields] OR initiative* [All Fields] OR ethic* OR histor* [All Fields]	Jørgensen, B.T. 2000: "Good old smoke?" i: <i>"Ugeskrift for Læger"</i> 162(31):4124.  Eek, Frida et al 2010: "Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross-sectional comparison of the equity effect on different health policies" in: <i>"BioMedCentral Public Health"</i> 10:9.  Nielsen P.E 1997: "Tobaksrygning: Hvordan er det gået siden 1971? I: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 14(159):2348-2349.
("denmark" [MeSH Terms] OR "denmark" [All Fields] OR danish [All Fields]) AND ("smoking" [MeSH Terms] OR "smoking" [All Fields]) AND politic* [All Fields] OR govern* [All Fields] OR program* [All Fields] OR problematiz* [All Fields] OR initiative [All Fields] OR ethic* [All Fields] OR histor* [All Fields]	Horn, Daniel 1962: "Smoking and Health: A report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases" in: <i>"Journal for Clinicians"</i> 12(3):111-112.  California Department of Public Health 1963: <i>"State Department of Public Health; a summary of opinion; a proposal for action"</i> Berkeley.
("denmark" [MeSH Terms] OR "denmark" [All Fields] OR danish [All Fields]) AND ("tobacco" [MeSH Terms] OR "tobacco" [All Fields]) AND politic* [All Fields] OR govern* [All Fields] OR program* [All Fields] OR problematiz* [All Fields] OR initiative [All Fields] OR ethic* [All Fields] OR histor* [All	Doll, Richard and Hill, Bradford 1950: "Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report" in: <i>"British Medical Journal"</i> 2:739.  Levin, Morton, Goldstein, Hyman & Gerhardt, Paul 1950: "Cancer and tobacco smoking: A preliminary report" In: <i>"Journal of the American</i>

<sup>110</sup> Ved trunkeringer er kun dele af søgestrengen vist.

<p>Fields]</p> <p>("denmark" [MeSH Terms] OR "denmark" [All Fields] OR danish [All Fields]) AND ("cigarette" [MeSH Terms] OR "cigarette" [All Fields]) AND politic* [All Fields] OR govern* [All Fields] OR program* [All Fields] OR problematiz* [All Fields] OR initiative [All Fields] OR ethic* [All Fields] OR histor* [All Fields]</p> <p>("smoke" [MeSH Terms] OR "smoke" [All Fields]) AND political* [All Fields] OR govern* [All Fields] OR program* [All Fields] OR problematiz* [All Fields] OR initiative* [All Fields] OR ethic* OR histor* [All Fields]</p>	<p><i>Medical Association</i>" 143(4):336-338.</p> <p>Ernest, Wynder &amp; Graham, Evarts 1950: "Tobacco smoking as a possible etiologic carcinoma: A study of six hundred and eighty-four proved cases" In: <i>Journal of the American Medical Association</i> " 143(4):329-336.</p> <p>Hirayama, T. 1981: "Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer - a study from Japan" In: <i>British Medical Journal</i> " 282(6259):183-185.</p> <p>[Udelukkende gengangere]</p>
--	---

## WHO

### Relevante hits

Hogstedt et al 2008: *"Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries"* Swedish National Institute of Public Health.

WHO 1986: *"Ottawa Charter for Health Promotion: First International Charter for Health Promotion Ottawa, 21 November 1986"* WHO/HPR/HEP/95.1.

Crombie et al 2005: *"Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective"* World Health Organization.

Ritsatakis and Makara 2009: *"Gaining Health: Analysis of policy development in European countries for tackling non-communicable diseases"* World Health Organization.

WHO 2009: *"The European Health Report 2009: Health and health systems"* World Health Organization.

WHO 1990: *"It can be done. A smoke-free Europe: Report on the first European Conference on Tobacco Policy"* World Health Organization.

WHO 1999: *"The world health report 1999: Making a difference"* World Health Organization.

WHO 2008: *"Fresh and alive – MPOWER: WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008"* World Health Organization.

WHO 2007: *"Appendix II Global tobacco control policy data"* Appendix to: *"European Report on tobacco control"* World Health Organization.

WHO 2000: *"Monograph: Advancing knowledge on regulating tobacco products"* World Health Organization.

WHO 2007: *"Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy Recommendations"* World Health Organization.

WHO 2003: *"Tobacco control: Country profiles"* World Health Organization.

WHO 2002: *"The European report on tobacco control policy: Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001"* World Health Organization.

WHO 1964: "Prevention of Cancer" in: *"World Health Organization Technical Report Series"* No. 276, World Health Organization.

### Søgning i dansk regi<sup>111</sup>

#### Sundhedsstyrelsen, herunder Tobaksskaderådet og folkesundhed.dk

##### Relevante hits

Hjorthøj, Anne Rygaard og Arnholm, Thyra Bonde (red.) 2010: *"Den lille rygestop-guide"* Sundhedsstyrelsen.

Ghazaleh, Marina Friis et al (red.) 2009: "Livsstil kan spænde ben for sundheden" i: *"Spyt ikke på fortorvet... og andre historier om sundhed gennem 100 år"* Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2006: *"Fakta og råd om rygning og rygestop"* Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2009: *"Hver eneste cigaret skader dig: Få hjælp til at blive røgfri"* Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2004: *"Ny kampagne: Passiv rygning koster liv. Sig nej til tobaksforurenede luft"* Sundhedsstyrelsen

Tobaksskaderådet 2008: *"Hvis du skal ryge herinde, må du gå udenfor"* Sundhedsstyrelsen.

Tobaksskaderådet 1989: *"WHO's 5 års handlingsplan for et røgfrit Europa"* Sundhedsstyrelsen.

Folketinget 2007: *"Lov om røgfrie miljøer, Lov nr. 512 af 06/06/2007"* Sundhedsstyrelsen.

Sjølin, Knud-Erik 1969: *"Tobaksproblemet: En orientering om oplysningsarbejdets metodik og faglige grundlag"* Indenrigsministeriet.

#### Bibliotek.dk

##### Relevante hits

##### Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister

Borg, Vilhelm 2004: *"Passiv rygning – et problem indenfor restaurationsbranchen: rapport til BAR service og tjenesteydelser"* Arbejds miljøinstituttet, eksp.

<sup>111</sup> Tomme søgefelter samt søgning i databaser, der ikke har ført til relevante publikationer, er ikke inkluderet.



<p>Arbejds miljørådets Servicecenter.</p> <p>Forey et al 2002: <i>"International smoking statistics"</i> Oxford University Press.</p> <p>OECD Health Data 2011: <i>"Tobacco consumption % of adult population who are daily smokers"</i> OECD Publications.</p> <p>Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994: <i>"Levetiden i Danmark"</i> (delrapport), Statens Information, eksp. Gyldendal.</p> <p>Avnstrøm, Anne Louise og Poulsen, Sandra 2006: <i>"Dansk rygepolitik: Policyanalyse af den statslige rygepolitik – om passiv rygning"</i> Speciale, Roskilde Universitet.</p> <p>Albæk, Erik 2002: <i>"Holy smoke – no more? Tobacco control in Denmark"</i> Arbejdsrapporter fra Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.</p> <p>Albæk, Erik 2004a: <i>"Ekspertes kan være gode nok, men- Om fagkundskabens politiske vilkår i dansk demokrati"</i> Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.</p> <p>Erik Albæk 2004b: <i>"Holy smoke, no more? I: Eric A. Feldman and Ronald Bayer: "Unfiltered: conflicts over tobacco policy and public health"</i> Harvard University Press.</p> <p>Forebyggelseskommissionen 2009: <i>"Vi kan leve længere og sundere: "Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats"</i> Forebyggelseskommissionen.</p> <p>Vallgård, Signild 2003: <i>"Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag"</i> Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.</p>	<p>Fællesudvalget 1961: <i>"Betænkning fra fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter og lungekræft"</i> Bianco Lunos Bogtrykkeri A/S.</p> <p>Indenrigsministeriet 1964: <i>"Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget: Afgivelse af det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg"</i> Betænkning nr. 357.</p> <p>Rosenberg, Abraham 1954: <i>"Ryg mindre – lev længere"</i> [Mangler forlag].</p> <p>Schrøder, Michael 1963: <i>"Ryg bedre! Den ny tobaksbog"</i> Spektrum.</p> <p>Kræftens Bekæmpelse 1980: <i>"Farvel Tobak"</i> Kræftens Bekæmpelse.</p> <p>Krarup, Niels Bygorm og Nielsen, Poul Ebbe 1981: <i>"Farvel tobak"</i> i: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 143(4):211-212.</p> <p>Lock, Stephen, Reynolds, Lois and Tansey, E. M. (edit.) 2001: <i>"Ashes to ashes: The history of smoking and health"</i> Rodopi.</p>
--	---

<p>Kjøller M., Juel K. og Kamper-Jørgensen F. (red.) 2007: <i>"Folkesundhedsrapporten Danmark 2007"</i> Statens Institut for Folkesundhed.</p> <p>Iversen, Lars (red.) 2004: <i>"Medicinsk sociologi: Samfund, sundhed og sygdom"</i> Munksgaard.</p> <p>Schultz Information 2010: <i>"Lov om røgfri miljøer"</i> Schultz Information.</p> <p>Griberg, Sara 2007: "Fra lægemiddel til merkantil stimulans: tobakkens historie" i: <i>"Alt om historie"</i> 10:56-59.</p> <p>Gray, Nigel 2004: "Global tobacco control policy" in: Boyle, Peter et al (edit.): <i>"Tobacco and public health: science and policy"</i> Oxford University.</p> <p>Bardenfleth, Niels Gustav 1992: "Tobak: Tilbedt og tugtet i 500 år" Bind 1 i: <i>"Danskerne og tobakken"</i> Nyt Nordisk Forlag.</p> <p>Termansen, Vibe Bjørling 2009: "Røgen og fornøjelsen" i: <i>"Weekendavisen"</i> 2009-01-09:8-9.</p> <p>Nordlund, Anders 1997: "Attitudes towards the welfare state in the Scandinavian countries" In: <i>"Scandinavian Journal of social welfare"</i> 6(4):233-246.</p> <p>Regeringen 2009: <i>"Sundhedspakke 2009: "Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre"</i> Regeringen.</p> <p>Saksø, Nanou 1975: "Røg – ret- og røde ører" i: <i>"Aalborg Stiftstidende"</i> 1975-05-11.</p> <p>Nørgaard, Lise 1982: "En gang røg" i: <i>"Berlinske Tidende"</i> 1982-04-04.</p> <p>Gottschau, Jakob (producent og tilrettelægger) 2007: "En epidimi af røg: Om cigarettens historie" i: <i>"Fremskridt på afveje"</i> Det Danske filminstitut.</p> <p>Nielsen, Torben Blankholm og Nygaard, Jens Jørgen 1982: <i>"Tobak – op i røg?"</i> Haase.</p> <p>Ringkøbing, Jeanette 2005: "Nye signaler fra en rygende borg" i: <i>"Politiken"</i> 2005-05-01, sektion 3:3.</p>	<p>Rosenberg, Abraham 1971: <i>"Ryg ad helvede til"</i> Erichsen.</p>
--	---

<p>Nielsen, Jakob Axel 2009: "De svage har også ret til at vælge selv" i: <i>"Politiken"</i> 2009-10-28.</p> <p>Dyremose, Chalotte og Kjær, Henriette 2006: "Nej til regeringens røgforbud" i: <i>"Berlingske Tidende"</i> 2006-04-04.</p> <p>Glasdam, Stinne (red.) 2009: <i>"Folkesundhed: I et kritisk perspektiv"</i> Dansk sygeplejeråd.</p> <p>Sørensen, Lisbeth Villemoes 2009: <i>"Sundhedsfremme og forebyggelse"</i> Gads Forlag.</p> <p>Hardis, Arne 2009: "Tillykke, du kan det, vi vill!" i: <i>"Weekendavisen"</i> 2009-05-29.</p> <p>Kerte, Jens 2003: "Røgalarm og dødstrusler: rygere er fredløse" i: <i>"Politiken"</i> 2003-10-16.</p> <p>Kallerup, Ole 2000: "Alle kender risikoen: det er et valg om man vil ryge eller ej: derfor er det ikke tobaksindustriens skyld, hvis man bliver syg" i: <i>"Politiken"</i> 2000-10-25.</p> <p>Olaf-Hansen, Erik 1998: "Den ydmyge ryger" i: <i>"Berlingske Tidende"</i> 1998-02-23.</p> <p>Nielsen, Flemming Chr. 1995: "Livet er en cigaret" i: <i>"Jyllands-Posten"</i> 1995-11-19.</p> <p>Nielsen, Poul Ebbe 1994: "De egoistiske rygere" i: <i>"Det fri aktuelt"</i> 1994-02-01.</p> <p>Stobbe, Ejnar 1993: "Lad os leve – og ryge" i: <i>"Smag og Behag"</i> 1993 nr. 3.</p> <p>Fibiger-Henriksen, Peter 1987: "Mit liv med 47 piber" i: <i>"Weekendavisen"</i> 1987-06-26.</p> <p>Wiehe, Bjarne 1983: "Stærk tobak" i: <i>"Jyllands-Posten"</i> 1983-06-07.</p> <p>Wiehe, Bjarne 1983: "Demokratisk ret at ryge – men hvor?" i: <i>"Fyens Stiftstidende"</i> 1983-06-18.</p> <p>Ficher, Erling 1981: "Ryg bare videre" i: <i>"Fyens stifttidende"</i> 1981-10-14.</p> <p>Juel, Knud 2008: "Middellevetid i Danmark sammenignet med i Sverige: Hvad betyder rygning og alkohol?" i: <i>"Ugeskrift for Læger"</i> 170(33):2461.</p> <p>Surgeon General 1964: <i>"The 1964 Report on Smoking and</i></p>	
--	--

<p><i>Health</i>" National Institutes of Health, Department of Health &amp; Human Services, USA.</p> <p>Larsen, Lars Thorup 2008: "The political impact of science: is tobacco control science- or policy-driven?" In: <i>"Science and Public Policy"</i> 35(10):757-769.</p> <p>Gostin, Lawrence 1997: "The legal regulation of smoking (and smokers)" In: Brandt, Allan and Rozin, Paul (edit.): <i>"Morality and Health"</i> Routledge.</p> <p>Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: <i>"Giv borgerne et KRAM: En pjece om kost, rygning, alkohol og motion ved Det Nationale Råd for Folkesundhed"</i> Det Nationale Råd for Folkesundhed, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.</p> <p>Tværnøse, Poul et al (red.) 1998: <i>"Rygestopguide"</i> Pjece udgivet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen.</p> <p>Davis, Ronald M., Novotny, Thomas E. &amp; Lynn, William R. 1988: <i>"The health consequences of smoking: Nicotine addiction: A report of the Surgeon General"</i> Centre for Promotion and Education, Office on Smoking and Health, USA.</p> <p>Snowden, Christopher 2009: <i>"Velvet glove, iron fist: A history of anti-smoking"</i> Little dice.</p> <p>Clausen, Edward 1961: <i>"Unge – penge – tobak"</i> Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse.</p> <p>Døllner, Tom 1989: <i>"Nej tak! Læreren bog om tobak og rygning – fase 1: Røgfri Årgang"</i> Tobaksskaderådet.</p>	
--	--

### **Indenrigs- og Sundhedsministeriet**

#### **Relevante hits**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005: *"Sundhedsloven: Lov nr. 546 af 24. juni 2005"* Indenrigs- og Sundhedsministeriet, særtryk.

Sundhedsministeriet 1994: *"Regeringens redegørelse til Folketinget om forebyggelse: afgivet til Folketinget d. 27. april 1994"* Sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006: *"Aftale om den fremtidige indsats for røgfrie miljøer"* Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Regeringen 1999: *"Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008: Et handlingsorienteret program for sunde rammer i hverdagen"* Sundhedsministeriet.

Regeringen 1989: *"Regeringens forebyggelsesprogram, programdel"* Sundhedsministeriet i samarbejde med Komitéen for Sundhedsoplysning.

--

### Kræftens Bekæmpelse

Relevante hits
Clemmensen et al (red.) 2005: <i>"Hvidbog om passiv rygning"</i> udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer.
Nielsen, Per Kim 2000: <i>"Fra hellig røg til det rene gift: et historiemateriale om holdninger til tobak gennem tiden"</i> Kræftens Bekæmpelse.
Kræftens Bekæmpelse 2001: <i>"STOP"</i> Nyhedsbrev nr. 25, Kræftens Bekæmpelse.
Søndergaard, Tyge 1967: <i>"Lungekræft"</i> Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse.

### Mandag Morgen

Relevante hits	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
Ugebrevet Mandag Morgen 2000: <i>"Global ryger-epidemi hærger Danmark og resten af verden"</i> Mandag Morgen.	WHO 1999: <i>"Curbing the Epidemic – Governments and the Economics of Tobacco Control"</i> The World Bank and World Health Organization.
Ugebrevet Mandag Morgen 2000: <i>"Processen mod tobakken"</i> Mandag Morgen.	
Ugebrevet Mandag Morgen 2007: <i>"Forebyggelse op i røg"</i> Mandag Morgen.	Juel, Knud, Sørensen, Jan og Brønnum-Hansen, Henrik 2007: <i>"Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark"</i> Udarbejdet for Statens Institut for Folkesundhed.
Ugebrevet Mandag Morgen 2006: <i>"Den nye sundhedskamp"</i> Mandag Morgen.	

### Statens Institut for Folkesundhed

Relevante hits
Cueto, Heidi Theresa, Bæk-Sørensen, Anne Kristine og Aarestrup, Kristine 2008: <i>"Kommunale rygestop og tobaksforebyggelsesprojekter: Organisering, samarbejde og forandring"</i> Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Sund By Netværket, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsministeriet.
Juel, K 2008: <i>"Middellevetid og dødelighed i Danmark sammenlignet med i Sverige"</i> i: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 170(33):24.
Kamper-Jørgensen, Finn 2004: <i>"Nationale folkesundhedsprogrammer i de nordiske lande"</i> i: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 166(14): 1301-1305.
Prescott E, Clemmensen IH and Juel, K 2004: <i>"Tobak"</i> i: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 166(15-16):1438-1441.

Juel K. 2002: "Danskernes rygevaner gennem 50 år: Storrygere og smårygere" i: *"Ugeskrift for læger"* 164(8):1017.

Juel, K 1998: "Hvorfor har danskerne problemer med middeleevnetiden? Rygningens betydning i de seneste 50 år" i: *"Ugeskrift for læger"* 160(47):6800-6805.

Pontoppidan, B, Viberg M og Madsen, M 1996: "Rollemodellerne ryger" i: *"Sygeplejersken"* 96(1):14-17.

### Google.dk

#### Relevante hits

Internetforum: *"Den gule negl"*

Internetforum: *"Danmarks Rygerforening"*

### Søgning i svensk regi

Søgt på	Relevante hits	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
Statens Folkhälsoinstitut	<p>Nordlund, Anders 2005: "Tobaksrökning och hälsa i Sverige under 1900-tallet" i: Sundin et al (red.): <i>"Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv"</i> Statens Folkhälsoinstitut.</p> <p>Statens Folkhälsoinstitut 2009: <i>"Fimpa nu! Bli rök- och snus fri"</i> Statens Folkhälsoinstitut.</p> <p>Statens Folkhälsoinstitut 2004: <i>"Informationsmaterial om tobak 2004: Ett axplock av aktuell informationsmateriel om tobak samt var man kan beställa det"</i> Statens Folkhälsoinstitut.</p> <p>Statens Folkhälsoinstitut 1991: <i>"Hela folkets hälsa. En nationell strategi"</i> Folkhälsgruppen.</p> <p>Regeringen: <i>"Regeringens proposition 2002/03:35: Mål för folkhälsan"</i> Socialdepartementet.</p> <p>Maria Nilsson 2005: <i>"Tonåringar om tobak: Vanor, kunskaper och attityder"</i> Statens Folkhälsoinstitut.</p>	<p>Lalander, Nils 1993: <i>"Tobak – farsot, förförelse eller förströelse? Om rätten till ett bra liv: Samtal för och mot tobak"</i> Stockholm Sober.</p>
Statens offentliga utredningar	<p>Statens offentliga utredningar SOU 1976: <i>"Reklamen för alkohol och tobak. Betänkande"</i> Handelsdepartementet.</p> <p>Statens offentliga utredningar 1995: <i>"Indirekt"</i></p>	

	<p><i>tobaksreklam</i>" Socialdepartementet.</p> <p>Statens offentliga utredningar 2004:  <i>"Tobakskontroll i internationalt perspektiv:  Betänkande av utredning om genomförande av  WHO:s ramkonvention om tobakskontroll m.m."</i>  Regeringen.</p>	
<p>Bibliotek  t.se  (Nogle af  publikati-  onerne  fundet på  Bibliotek.  se er  fundet  ved  kædesøg-  ning fra  Vallgårda  2003,  som er  placeret  under  Bibliotek.  dk)</p>	<p>Socialstyrelsens Tobaksutredning 1973:  <i>"Tobaksrökning: en rapport från Socialstyrelsens  tobaksutredning"</i> Publica.</p> <p>Torell, Ulrika 2002: <i>"Den rökande människan:  bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950- och  1990-tal"</i> Carlsson Bokförlag.</p>	<p>SOU 1955:  <i>"Tobakshandelsregleringe  n. Betänkande avgivet av  1952 års  tobakshandelsutredning"</i>  Statens Offentliga  Utredningar.</p> <p>SOU 1972: <i>"Reklam 2.  Beskrivning och analys.  Delbetänkande av  reklamutredningen"</i>  Statens Offentliga  Utredningar.</p> <p>SOU 1976: <i>"Reklamen för  alkohol och tobak.  Betänkande av tobaks-  och alkoholreklam-  utredningen"</i> Statens  Offentliga Utredningar.</p> <p>Familjetidningen Året  Runt 1980: <i>"Barn til  storrökare får i sig en  cigaret om dagen"</i> 27:27.</p> <p>Familjetidningen Året  Runt 1980 <i>"Medicin i  korthet"</i> 35:36.</p> <p>SOU 1990 <i>"Tobakslag"</i>  Betänkande av  Tobaksutredningen.</p>

	<p>Rimpelä, Matti 1977: "Från forskning till intervention – mot en hälsoinriktad tobakspolitik" i: <i>"Nordisk medicin"</i> 93:73-78.</p> <p>Johannisson, Karin 1994: "The people's health: public health policies in Sweden" in: Porter, Dorothy (edit.): <i>"The History of Public Health and the Modern State"</i> Clio Medica.</p> <p>Vallgård, Signild 2008: "Kursskifte i svensk folkesundhetspolitik: You can do it your own way if it's done just how I say" i: <i>"Ugeskrift for Læger"</i> 170(42):3348.</p> <p>Frich, Øvre Richter 1966: <i>"Boken om tobak"</i> Albert Bonnens Förlag.</p> <p>Socialstyrelsen 2010: <i>"Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor"</i> Socialstyrelsen.</p> <p>Courtwright, David 2003: <i>"Vanans makt: drogernas historia och den moderna världens födelse"</i> LIBRIS.</p> <p>Carlsson, Christian och Larsson, Margareta 1996: <i>"I vår hälsas hage: livsstil, kroppskultur, rörelse"</i> LIBRIS.</p> <p>Jonsson, Sune 1964: <i>"Pipor och tobak: tobakens historia"</i> Forum.</p> <p>Lindgren, Sven-Åke 1993: <i>"Den hutfulla njutningen: att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970"</i> Symposium, Graduale.</p> <p>Pellmer, Kristina &amp; Wrammer, Bengt 1997: <i>"Tobaksbruk, förekomst, effekter och förändringsmöjligheter"</i> Studentlitteratur.</p> <p>Stjerna, Marie-Louise 2001: <i>"Det riskfyllda</i></p>	<p>Familjetidningen Året Runt 1995: <i>"Hur ska jag sluta röka?"</i> 11:29.</p> <p>Damernes Värld 1990 <i>"Rökning skadar barnet"</i> 38:103.</p>
--	---	---



	<p><i>tobaksbruket, människans natur och samhällets disciplineringssträvanden: tonåringas föreställningar om tobaksbruk</i>" Stockholms Universitet, Pedagogiska Institut.</p> <p>Socialstyrelsen 1979: <i>"Tobaksrökning eller hälsa: Tobakkens medicinska skadeverkningar"</i> Socialstyrelsen.</p> <p>Wingårdh, Marius 1952: <i>"Så går det till i umgänge och sällskapsliv"</i> Natur och Kultur.</p>	
--	---	--

### **Kritik af litteratursøgningen**

Primærlitteraturen bliver sværere tilgængelig jo længere jeg når tilbage i tid, især den del, der har borgerne som afsendere. Derfor lægger jeg større vægt på sekundærlitteraturen i 1950'erne og 1960'erne.



## Bilag 2: Systematisk litteratursøgning, artikel 2

### Søgestrategi

To formål og to søgninger (dog med visse overlap):

1. Udviklingen i rygeprævalens i Danmark.
2. Danske og internationale erfaringer med henholdsvis individorienterede og strukturelle forebyggende tiltag.

Ad1: Søgeord: Smok\* OR tobacco, prevalence OR behaviour, Denmark OR Danish

Ad2: Søgeord: Smok\*, OR tobacco, effect, prevalence, polic\*

### Afgrænsning

Søgningen har afgræset sig fra ikke-repræsentative undersøgelser af subgrupper, publikationer tidligere end 1978 i første søgepunkt og publikationer tidligere end 2000 i andet søgepunkt, publikationer fra/om u-lande, da udvikling i rygeprævalensen her ikke kan sammenlignes med udviklingen i Danmark (WHO 2008b).

### 1: Udviklingen i rygeprævalens i Danmark

#### Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Nøglepublikationer	Kædesøgning fra nøglepublikationers litteraturlister
<p>Hansen, Bodil Helbech 2011: <i>"Udviklingen i social ulighed i rygning og fysisk inaktivitet i Region Hovedstaden fra 2007 til 2010"</i> Speciale.</p>	<p>Kjøller M, Juel K og Kamper-Jørgensen, F 2007: <i>"Folkesundhedsrapporten"</i> Statens Institut for Folkesundhed.</p> <p>Giskes K et al 2005: "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education" In: <i>"J Epidemiol Community Health"</i> 59(5):395-401.</p> <p>Mackay J, Eriksen M. 2002: <i>"The Tobacco Atlas"</i> World Health Organization.</p> <p>OECD Health Data 2011: "Tobacco consumption, % of adult population who are daily smokers" OECD Publications.</p> <p>Pierce JP. 1989: "International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence" In: <i>"Am J Public Health"</i> 79(2):152-7.</p>

<p>Jørgensen, Torben 2011: "Forebyggelse af kroniske sygdomme – den næste store medicinske triumf?" i: <i>"Bibliotek for læger"</i> 203(2):236-249.</p> <p>Glümer, Charlotte et al 2008: <i>"Sundhedsprofil for region og kommuner 2008"</i> Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.</p> <p>Hammer-Helmich et al 2010: <i>"Sundhedsprofil for region og kommuner 2010"</i> Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.</p>	<p>Nielsen PE, Sørensen JF 1995: "Danskernes rygevaner 1988-1993. En opfølgning af tidligere befolkningsundersøgelser" I: <i>"Ugeskrift for Læger"</i> 157(24):3451-3456.</p> <p>Ekholm O, et al 2002: <i>"Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 &amp; udviklingen siden 1987"</i> Statens Institut for Folkesundhed.</p> <p>Jensen HN, Glümer C, Jørgensen T. 2008: <i>"Udvikling i Risikofaktorer for Hjerte-karsygdom i Vestegnskommunerne 1978-2006"</i> Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.</p> <p>Cavelaars AE et al 2000: "Educational differences in smoking: international comparison" In: <i>"BMJ"</i> 320(7242):1102-7.</p> <p>Gorber SC et al 2009: "The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status" In: <i>"Nicotine Tob Res"</i> 11(1):12-24.</p> <p>Pierce, JP et al 2011: "Prevalence of heavy smoking in California and the United States 1965-2007" In: <i>"JAMA"</i> 305:1106-1112.</p> <p>Schmid TL, Pratt M, Howze E 1995: "Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease" In: <i>"American Journal of Public Health"</i> 85:1207-1211.</p>
--	--

<p>Jensen, Helene Nordahl, Glümer, Charlotte og Jørgensen, Torben 2008: <i>"Udvikling i Risikofaktorer for Hjertekarsygdomme i Vestegnskommunerne 1978-2006"</i> Region Hovedstaden Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.</p> <p>Clemmensen, Kim K.B., Lynge, Elsebeth og Clemmensen, Inge H. 2012: "Nationwide tobacco survey and sales data in Denmark from 1920 to 2010" i: <i>"Ugeskrift for læger"</i> 59(6):A4448.</p>	
--	--

### PubMed/Medline

Søgestreng	Relevante publikationer	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
<p>smok*[Title/Abstract] AND prevalence[Title/Abstract] AND Denmark[Title/Abstract]</p>	<p>Poulsen PB, Dollerup J, Møller AM. 2010: "Is a percentage a percentage? Systematic review of the effectiveness of Scandinavian behavioural modification smoking cessation programmes" In: <i>"Clin Respir J."</i> 4(1):3-12.</p> <p>Rasmussen M, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. 2009: "Social inequality in adolescent daily smoking: has it changed over time?" In: <i>"Scand J Public Health"</i> 37(3):287-94.</p> <p>Andersen I et al 2008: "Does job strain mediate the effect of socioeconomic group on smoking behaviour? The impact of different health policies in Denmark and Sweden" In: <i>"Scand J Public Health"</i> 36(6):598-606.</p>	<p>Nielsen GA et al 2006: <i>"Unges livsstil og dagligdag 2000-2004: tendenser og udvikling i brug af tobak, alkohol, stoffer og fysisk inaktivitet"</i> Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2006.</p> <p>Rasmussen M et al 2008: "Udviklingen i rygevaner blandt 11-15 årige fra 1988 til 2006" I: <i>"Ugeskrift for Læger"</i> 170:736-739.</p>
<p>tobacco[Title/Abstract] AND prevalence[Title/Abstract]</p>	<p>Giskes K et al 2005: "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education" In: <i>"J Epidemiol Community Health"</i> 59(5):395-401.</p>	

<p>itle/Abstract] AND Denmark[Title/Abstract]</p>	<p>Pisinger C et al 2005: "Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study." In: <i>"Prev Med"</i> 40(3):285-92.</p> <p>Osler M et al 1998: "Trends in smoking prevalence in Danish adults, 1964-1994. The influence of gender, age, and education" In: <i>"Scand J Soc Med"</i> 26(4):293-8.</p> <p>Osler M, Kirchhoff M. 1995: "Smoking behaviour in Danish adults from 1982 to 1992" In: <i>"Public Health"</i> 109(4):245-50.</p>	
<p>smok*[Title/Abstract] AND behaviour[Title/Abstract] AND Denmark[Title/Abstract]</p>	<p>[Udelukkende gengangere]</p>	
<p>tobacco[Title/Abstract] AND behaviour[Title/Abstract] AND Denmark[Title/Abstract]</p>	<p>Eriksen L et al 2011: "The Danish Health Examination Survey 2007-2008 (DANHES 2007-2008)" In: <i>"Scand J Public Health"</i> 39(2):203-11.</p>	
<p>smok*[Title/Abstract] AND prevalence[Title/Abstract] AND Danish[Title/Abstract]</p>	<p>Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. 2006: "Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors" In: <i>"Scand J Public Health"</i> 34(1):32-40.</p>	
<p>tobacco[Title/Abstract] AND prevalence[Title/Abstract] AND Danish[Title/Abstract]</p>	<p>Osler M, Prescott E. 1998: "Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults" In: <i>"Tob Control"</i> 7(3):262-7.</p> <p>Faber MT, Nielsen A, Kjaer SK 2010: "Smoking among more than 45,000 randomly sampled Danish women and men" I: <i>"Ugeskr"</i></p>	

<p>smok*[Title/Abstract] AND behaviour[Title/Abstract] AND Danish[Title/Abstract]</p> <p>Tobacco[Title/Abstract] AND behaviour[Title/Abstract] AND Danish[Title/Abstract]</p>	<p><i>Laeger</i> 172(40):2756-61.</p> <p>Osler M et al 2001: "Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults" In: <i>"Scand J Public Health"</i> 29(1):32-9.</p> <p>Meillier L et al 1999: "Health education pamphlets about smoking--their benefit to smokers and non-smokers" In: <i>"Public Health"</i> 113(1):19-25.</p> <p>Osler M 1993: "Social class and health behaviour in Danish adults: a longitudinal study" In: <i>"Public Health"</i> 107(4):251-60.</p> <p>[Udelukkende gengangere]</p>	
---	---	--

## 2: Danske og internationale erfaringer med hhv. individorienterede og strukturelle forebyggende tiltag

Nøglepublikationer	Kædesøgning fra nøglepublikationers litteraturlister
<p>Hansen, Bodil Helbech 2011: <i>"Udviklingen i social ulighed i rygning og fysisk inaktivitet i Region Hovedstaden fra 2007 til 2010"</i> Speciale.</p>	<p>Whitehead M, Dahlgren G. 2006: <i>"Concepts and principles for tackling social inequalities in health. Levelling up part 1"</i> WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.</p> <p>Hill SE et al 2005: "Could mainstream anti-smoking programs increase inequalities in tobacco use? New Zealand data from 1981-96" in: <i>"New Zealand Journal of Public Health"</i> 29(3):279-284.</p> <p>WHO 2009: <i>"Reducing health inequities through action on the social determinants of health"</i> World Health Assembly.</p> <p>David A, Esson K, Perucic A-M, Fitzpatrick C. 2010: "Tobacco use: equity and social determinants." In: <i>"Equity, Social Determinants and Public Health Programmes"</i> World Health Organization.</p> <p>Kjaer NT et al 2007: "The effectiveness of nationally</p>

<p>Katherine L. Frolich and Thomas Abel 2011: <i>“Capital, capabilities and health promotion: How social inequalities may become health inequalities”</i>, Powerpoints fra EPH-konference, Institut de Recherche en Santé Publique de Université de Montréal, Canada and Institute of Social and Preventive Medicine, University of Berne, Switzerland.</p> <p>Jørgensen, Torben et al 2012: “Population-level changes to promote cardiovascular health” in: <i>“European Journal of Preventive Cardiology”</i> May 9 (Epub ahead of print).</p>	<p>implemented smoking interventions in Denmark” In: <i>“Prev Med”</i> 45(1):12-4.</p> <p>Niederdeppe J et al 2008: “Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now?” In: <i>“Soc Sci Med”</i> 67(9):1343-55.</p> <p>Schaap MM et al 2008: “Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries” In: <i>“Tob Control”</i> 17(4):248-55.</p> <p>Thomas S et al 2008: “Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review” In: <i>“Tob Control”</i> 17(4):230-7.</p>
--	---

### PubMed/Medline

Søgestreng	Relevante publikationer
smok*[Title/Abs tract] AND effect[Title/Abst ract] AND prevalence[Title /Abstract] AND polic*[Title/Abst ract]	<p>Nagelhout GE et al 2011: “The effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths. Findings from the Netherlands SimSmoke Tobacco Control Policy Simulation Model” In: <i>“Addiction”</i>10. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03642.x.</p> <p>Mackay J, Eriksen M. 2002: <i>“The Tobacco Atlas”</i> World Health Organization.</p>



<p>tobacco[Title/Abstract] AND effect[Title/Abstract] AND prevalence[Title/Abstract] AND polic*[Title/Abstract]</p>	<p>Licht AS et al 2011: "How do price minimizing behaviors impact smoking cessation? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey" In: <i>"Int J Environ Res Public Health"</i> 8(5):1671-91.</p> <p>Verdonk-Kleinjan WM et al 2011: "Effects of a workplace-smoking ban in combination with tax increases on smoking in the Dutch population" In: <i>"Nicotine Tob Res"</i>13(6):412-8.</p> <p>Tworek C et al 2010: "State-level tobacco control policies and youth smoking cessation measures" In: <i>"Health Policy"</i> 97(2-3):136-44.</p> <p>Hopkins DP et al 2010: "Smokefree policies to reduce tobacco use. A systematic review" In: <i>"Am J Prev Med"</i> 38(2 Suppl):275-89.</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2009: "Federal and state cigarette excise taxes - United States, 1995-2009" In: <i>"Morb Mortal Wkly Rep"</i> 22;58(19):524-7.</p> <p>Wakefield MA et al 2008: "Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence" In: <i>"Am J Public Health"</i> 98(8):1443-50.</p> <p>Edwards R et al 2008: "After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand" In: <i>"Tob Control"</i> 17(1):e2.</p> <p>Helakorpi SA et al 2008: "Did the Tobacco Control Act Amendment in 1995 affect daily smoking in Finland? Effects of a restrictive workplace smoking policy" In: <i>"J Public Health"</i> 30(4):407-14.</p> <p>Levy DT et al 2007: "The role of public policies in reducing smoking prevalence in California: results from the California tobacco policy simulation model" In: <i>"Health Policy"</i> 82(2):167-85.</p> <p>Levy DT et al 2005: "The Healthy People 2010 smoking prevalence and tobacco control objectives: results from the SimSmoke tobacco control policy simulation model (United States)" In: <i>"Cancer Causes Control"</i> 16(4):359-71.</p>
<p>smok*[Title/Abstract] AND effect[Title/Abstract] AND policy[Title/Abstract]</p>	<p>Rohrbach LA et al 2002: "Independent evaluation of the California Tobacco Control Program: relationships between program exposure and outcomes, 1996-1998" In: <i>"Am J Public Health"</i> 92(6):975-83.</p> <p>Kaplan RM et al 2001: "Simulated effect of tobacco tax variation on population health in California" In: <i>"Am J Public Health"</i> 91(2):239-44.</p>
<p>tobacco[Title/Abstract] AND effect[Title/Abstract]</p>	<p>Levy DT, Nikolayev L, Mumford E 2005: "Recent trends in smoking and the role of public policies: results from the SimSmoke tobacco control policy simulation model" In: <i>"Addiction"</i>100(10):1526-36.</p>

<p>ract] AND policy[Title/Abs tract]</p> <p>smok*[Title/Abs tract] AND policy[Title/Abs tract]</p> <p>(campaign effect[All Fields] OR campaign effectiveness[ All Fields] OR campaign effects[All Fields]) AND (socioeconomic[ All Fields] AND ("socioeconomic factors"[MeSH Terms] OR ("socioeconomic "[All Fields] AND "factors"[All Fields]) OR "socioeconomic factors"[All Fields] OR "inequality"[All Fields]) AND ("smoking"[MeSH Terms] OR "smoking"[All Fields]))</p>	<p>Eek F et al 2010: "Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross sectional comparison of the equity effect of different public health policies" In: <i>"BMC Public Health"</i> 9(10):9.</p> <p>Rosén, M 1989: "Price and health policy in Sweden" In: <i>"Health Policy"</i> 12(3):263,274.</p> <p>Patja, K et al 2009: "Trends in tobacco use in Sweden and Finland: do differences in tobacco smoke relate to tobacco use?" In: <i>"Scandinavian Journal of Public Health"</i> 37(2):153-160.</p> <p>Niederdette et al 2008: "Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?" In: <i>"Social Science &amp; Medicine"</i> 67(9):1343-1355.</p> <p>Faen et al 2004: "Eliminating tobacco-related health disparities: directions for future research" In: <i>"American Journal of Public Health"</i> 94:211-217.</p> <p>Wakefield et al 2008: "Impact of Tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence" In: <i>"American Journal of Public Health"</i> 98(8):1443-1450.</p> <p>Bala M. et al 2008: "Mass media interventions for smoking cessation in adults" In: <i>"Cochrane Database Systematic Review"</i> 23(1).</p> <p>Thomas, S et al 2007: "Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: Systematic review" In: <i>"Tobacco Control"</i> 17(4):230-237.</p> <p>WHO 2008: <i>"Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health"</i> World Health Organization.</p> <p>WHO 1986: <i>"The Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion 21<sup>st</sup> November 1986"</i> World Health Organization.</p>
---	---

### Bilag 3: Systematisk litteratursøgning, artikel 3

#### Søgestrategi

Der er søgt på forskellige kombinationer af nedenstående ord:

#### Internationalt regi

Population (Shift\* OR change\* OR develop\*) AND (attitude\* OR position\* OR support OR view OR compliance) AND (smok\* ban OR smok\* law OR smok\* legislation OR smoke-free\*)

#### Dansk regi

(Ændre\* ELLER forandre\* ELLER udvikling) OG (holdning ELLER mening ELLER opbakning ELLER syn) OG (rygeforbud\* ELLER rygelov ELLER røgfri\*)

#### Afgrænsning

Jeg har afgrænset mig fra undersøgelser af subgrupper, publikationer fra/om u-lande, da udvikling her ikke kan sammenlignes med udviklingen i Danmark (WHO 2008b).

#### Internationalt regi

##### PubMed/Medline

Søgestreng	Relevante publikationer	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
(Shift* OR change OR develop*) AND (attitude OR position OR support OR view) AND (smok* ban OR smok* law OR smoke* legislation OR smoke-free)	Goto R, Takahashi Y, Ida T 2011: "Changes in smokers' attitudes toward intended cessation attempts in Japan" In: <i>Value Health</i> 14(5):785-91.  Edwards R et al 2008: "After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand" In: <i>BMJ Tobacco Control</i> 17:e2.	P. Donnelly, P. Whittle 2008: "After the smoke has cleared – Reflections on Scotland's tobacco control legislation" In: <i>Public Health</i> 122:762-766.  Milne K, Guenole N: 2006: "Changing support for smokefree bars among a cohort of New Zealand bar managers" Health sponsorship Council, Report prepared for the Ministry of Health.

<p>Change population attitudes smoke-free</p>	<p>Fabian LE et al 2011: "Smoke-free laws in bars and restaurants: does support among teens and young adults change after a state-wide smoke-free law?" In: <i>"Public Health Report"</i> 126(5):669-676.</p> <p>Thrasher JF et al 2010: "Policy support, norms, and secondhand smoke exposure before and after implementation of a comprehensive smoke-free law in Mexico-city" In: <i>"American Journal of public health"</i> 100(9):1789-98.</p> <p>Hilton S et al 2007: "Expectations and changing attitudes of bar workers before and after the implementation of smoke-free legislation in Scotland" In: <i>"BMC Public Health"</i> 7:206.</p>	
<p>Change population attitude smok* law</p>	<p>Bernat, Debra H. et al 2009: "Young adult support for clean indoor air Laws in restaurants and bars" In: <i>"Journal of adolesc Health"</i> 45(1):102-104.</p>	
<p>Change population attitude smok* legislation</p>	<p>[Udelukkende gengangere]</p>	
<p>Change compliance smoke-free</p>	<p>[Udelukkende gengangere]</p>	
<p>Change compliance smok* law Change compliance smok* legislation</p>	<p>Miller C. et al 2002: "Evaluation of smoke-free dining in South Australia: support and compliance among the community and restaurateurs" <i>Australian and New Zealand Journal of Public Health</i> 26(1):38-44.</p>	

## WHO

Relevante publikationer	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
<p>WHO 2008: <i>"mpower: a policy package to reverse the tobacco epidemic"</i> World Health Organization.</p>	<p>WHO 2003: <i>"WHO framework convention on tobacco control"</i> World Health Organization.</p>

<p>WHO report on the global tobacco epidemic 2009: <i>"Implementation of effective measures is gaining momentum"</i> World Health Organization, mpower.</p> <p>WHO report on the global tobacco epidemic 2009: <i>"Protect people from tobacco smoke"</i> World Health Organization, mpower.</p> <p>Tilson M [uden årstal]: <i>"Country report on smoke-free policies in Canada"</i> World Health Organization.</p> <p>WHO report on the global tobacco epidemic 2008: <i>"MPOWER: Six policies to reverse the tobacco epidemic"</i> World Health Organization.</p>	
---	--

### Google scholar

Relevante publikationer	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
<p>Fong GT et al 2006: "Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey" In: <i>"Tobacco Control"</i> 15(Suppl III):iii51-iii58.</p> <p>Borland R et al 2006: "Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey" In: <i>"Tobacco Control"</i> 15 (Suppl III):iii34-iii41.</p>	<p>Weber MD et al 2003: "Long term compliance with California's smoke-free workplace law among bars and restaurants in Los Angeles County" In: <i>"Tobacco Control"</i>12:269-273.</p> <p>Tang H. et al: "Changes of attitudes and patronage behaviors in response to a smoke-free bar law" In: <i>"American Journal of Public Health"</i> 293:611-617.</p> <p>Gilpin EA, Lee L, Pierce JP 2004: "Changes in population attitudes about where smoking should not be allowed: California versus the rest of the USA" In: <i>"Tobacco Control"</i> 13:38-44.</p> <p>Brooks DR, Mucci LA 2001: "Support for smoke-free restaurants among Massachusetts adults, 1992-1999" In: <i>"American Journal of Public Health"</i> 91(2):300-303.</p>

Biener L et al 2007: "The effects on smokers of Boston's smoke-free bar Ordinance: A longitudinal analysis of change in compliance, patronage, policy support and smoking at home" In: *Journal of Public Health management practice* 13(6):630-636.

## Dansk regi

### Bibliotek.dk

Relevante hits	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
<p>Pierson, Paul 2004: <i>"Politics in time: history, institutions, and social analysis"</i> Princeton University.</p> <p>Togeby, Lise 2004: <i>"Man har et standpunkt: om stsbilitet og forandring I befolkningens holdninger"</i> Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.</p> <p>Folkesundhed København: Sund By Netværket: <i>"Hvordan kan man arbejde med holdninger?"</i> www.rogfrihed.dk.</p> <p>Birkemose, Jan 2008: "Danskerne elsker rygelov" i: <i>"Ugebrevet A4"</i> netversion - 01.01.2008(nr. 5).</p>	<p>Zaller John R 2005: <i>"The nature and origin of mass opinion"</i> Cambridge University Press.</p> <p>Gundelach, Peter 2011: <i>"Små og store forandringer: Danskernes værdier siden 1981"</i> Hans Reitzel.</p> <p>Jensen, Jesper Vind 2011: "Sociale dyr: Interview med Peter Gundelach" I: <i>"Weekendavisen"</i> 2011-01-07.</p> <p>Jørgensen, Annemette Schultz 2009: "De selvmodsigende danske danskere: Interview med Peter Gundelach" I: <i>"Danmarksposten"</i> 89:1.</p>

### Sundhedsstyrelsen (sst.dk)

#### Relevante hits

Aarenstrup, AK, Due TD og Juel K 2009: *"Evaluering af loven om røgfrie miljøer: Lov nr. 512 af 6. juni 2007"* Sundhedsstyrelsen.

### Google.dk

#### Relevante hits

MetroXpress: *"Bar-ejere sagsøger staten for rygeforbud"* MetroXpress netversion 07.08.2007.

Retsinformation *"Lov nr. 512 af 06/06/2007" § 1.*

TV2 netversion 18. april 2007: *"Rygere til kamp mod politikere"* TV2.

Wohllebe, Louise i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse 2009: *"Op i røg: Tobak, menneske, medier og samfund"* Erhvervsskolernes Forlag.





## Bilag 4: Systematisk litteratursøgning, artikel 4

### Søgestrategi

Der søges på forskellige kombinationer af nedenstående ord:

#### Dansk regi

Altid søgt på: etik\*, etisk\*

Sammensat med forskellige kombinationer af: Folkesundhed\*, forebyggelse\*, sundhedsfremme\*, sundhedsydelse\*, sundhedssystem\*

#### Internationalt regi

Altid søgt på: ethic\*

Sammensat med forskellige kombinationer af:

Public health, healthcare, prevention\*, health promotion\*, healthcare system\*

#### Afgrænsning

Jeg inkluderer kun publikationer, hvis hovedfokus er på den etiske problematisering af måden, folkesundheden adresseres på. Jeg afgrænser mig således fra generelle etiske overvejelser i forbindelse med konkrete undersøgelser. Jeg har afgrænset mig fra bookreviews, læserbreve og publikationer før før 1980.

#### Dansk regi

##### Sundhedsstyrelsen (sst.dk)

Relevante hits	Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister
Folker, Anna Paldam et al (red.) 2009: "Etik i Forebyggelse og Sundhedsfremme" Sundhedsstyrelsen.	Beauchamp DE & Steinbock B (edit.) 1999: "New ethics for the Public's health" Oxford University Press.  Daniels N. 2008: "Just health: Meeting health needs fairly" Cambridge University Press.  Serpa, Lene Bjørn 2008: "Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne" Mandag Morgen og Trygfonden.  Holtug, Nils og Lippert-Rasmussen K. 2009: "Lige muligheder for alle; Social arv, kultur og retfærdighed" Nyt fra Samfundsvidenskaberne.  Guttman N & Ressler WH 2001: "On being responsible: Ethical Issues in Appeals to Personal Responsibility in Health Campaigns" in: "Journal of Health Communication" 6:117-136.
American Public Health	

<p>Association 2002: <i>"Principles of the Ethical Practice of Public Health"</i> Public Health Leadership Society.</p> <p>Folker, Anna Paldam, Finke, Katrine og Bennedsen, Anne Rygaard (red.) 2009: <i>"Stigmatisering: Debatoplæg om et dilemma I forebyggelsen"</i> Sundhedsstyrelsen.</p>	
---	--

### Bibliotek.dk

#### Relevante hits

Vallgård, Signild og Koch, Lene (red.) 2006: *"Forskel og lighed i sundhed og sygdom: Udfordringer, eksempler, perspektiver"* Munksgaard.

Andersson, Ingemar og Ejlertsson, Göran (red.) 2009: *"Folkhälsa som tvärvetenskap: Möten mellan ämnen"* Studentlitteratur.

Pellmer, Kristina og Wrammer, Bengt 2007: *"Grundläggande folkhälsovetenskap"* Liber.

Svanström, Leif 2002: *"En introduktion till folkhälsovetenskap"* Studentlitteratur.

Sørensen, Lisbeth Villemoes 2009: *"Sundhedsfremme og forebyggelse"* Gads Forlag.

Andersen, John 1999: *"Den enkelte og det fælles: Om etik, omsorg og forebyggelse"* BUPL.

Jensen, Uffe Juul 1992: "Etik & sundhedsfremme" i: *"Vital årg. 2, særnummer"*.

Det etiske råd og amtsrådsforeningen 1993: *"Etik og medicinsk prioritering: et oplæg til debat i amtsrådene"* Det etiske råd og amtsrådsforeningen i Danmark.

Chadwick, Ruth et al (edit.) 2007: *"The Bioethics reader: Editors' choice"* Blackwell Publishing.

Cribb, Alan 2008: *"Health and the good society: Setting healthcare ethics in social context"* Clarendon.

Buchanan, David R. 2000: *"An ethic for health promotion: rethinking the sources of human well-being"* Oxford University Press.

### Statens Institut for Folkesundhed (si.folkesundhed.dk)

#### Relevante hits

Rod, Morten Hulvej 2010: *"Forebyggelsens momenter: En antropologisk analyse af evidens og etik i tiltag rettet mod unges brug af alkohol"* Ph.d. afhandling.

**Internationalt regi  
PubMed/Medline**

<b>Søgestreng</b>	<b>Relevante hits</b>
ethic[All Fields] AND public[All Fields] AND health[Title/Abstra ct]	<p>Mardues, MS and Ferreira, CM 2010: "Contagion: some notes on the epistemology and the ethics of public health" in: <i>"Acta Med Port"</i> 23(3):533-536.</p> <p>Kenny, NP, Sherwin, SB and Baylis, FE 2010: "Re-visioning public health ethics: a relational perspective" In: <i>"Canadian Journal of Public Health"</i> 101(1):9-11.</p> <p>Gostin, Lawrence O. 2004: "Law and ethics in public health" In: <i>"Australian Journal of Public Health"</i> 28(1):7-12.</p> <p>Rosmini, F. 2002: "Disease prevention and health promotion. Distinct and complementary strategies" in: <i>"Annali dell'Istituto Superiore de Sanità"</i> 38(2):163-167.</p> <p>Blättner, B. 1999: "Promoting health instead of health education" in: <i>"Gesundheitswissen"</i> 61(1):20-25.</p> <p>Gori GB. 1998: "Epidemiology and public health: is a new paradigm needed or a new ethic?" in: <i>"Clinical Journal of Epidemiology"</i> 51(8):637-41.</p> <p>Kass, NE 2001: "An ethics framework for public health" in: <i>"American Journal of Public Health"</i> 91(11):1776-1782.</p>
ethic[All Fields] AND healthcare[Title/Ab stract]	<p>Buchanan, DR 2006: "A new ethic for health promotion: Reflections on a philosophy of health education for the 21<sup>st</sup> century" in: <i>"Health Education Behaviour"</i> 33(3):290-304.</p> <p>Allegrante, JP 2006: "In search of a new ethic for health promotion" in: <i>"Health Educational Behaviour"</i> 33(3):305-307.</p>
ethic[All Fields] AND prevention[Title/A bstract]	[Udelukkende gengangere]
ethic[All Fields] AND health promotion[Title/Ab stract]	[Udelukkende gengangere]
ethic[All Fields] AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND	[Udelukkende gengangere]

<p>"health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields]) AND system[Title/Abstra ct]</p>	
---	--

**WHO**

<b>Relevante hits</b>	<b>Kædesøgning fra nøgleteksters litteraturlister</b>
<p>WHO 1986: <i>"Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion"</i> World Health Organization.</p> <p>WHO 2009: <i>"Research Ethics Committees: Basic concepts for capacity-building"</i> WHO Document Production Services.</p> <p>World Health Organization 2005: <i>"Life science research: opportunities and risks for public health; Mapping the issues"</i> World Health Organization.</p> <p>Cash, Richard et al (edit.) 2009: <i>"Casebook on Ethical Issues in International Health Research"</i> World Health Organization.</p> <p>Ruger, JP 2006: "Ethics and governance of global health inequalities" in: <i>"Journal of Epidemiology and Community Health"</i> 60:998-1003.</p> <p>Krebs, John 2008: <i>"The importance of public-health ethics"</i> World Health Organization, special theme – Ethics and public health.</p> <p>WHO 1998: <i>"Ethics of medicine and health"</i> World Health Organization</p> <p>WHO 2008: <i>"Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health"</i> World Health Organization.</p>	<p>Krebs KT et al (edit) 2007: <i>"Public health: Ethical issues; Nuffield Council on Bioethics"</i> Cambridge Publishers.</p>

### **Kritik af søgestrategi**

Det var mange gange på et tidligt tidspunkt i søgningen, og meget gentagelse ved læsning af publikationerne. Flere af publikationerne henviser i teksten og i litteraturlisten til hinanden.



## Bilag 5: Vægtning af data

Data er vægtet i forhold til Danmarks Statistiks Statistiske Tiårsoversigter (Bjørnsen, Fisker og Dal (red.) 1979, Bjørnsen, Christensen og Fisker (red.) 1983, Bjørnsen et al (red.) 1987, Bjørnsen et al (red.) 1992, Johansen, Rasmussen og Stil (red.) 2000, Mackie og Nielsen (red.) 2008, Mackie og Nielsen (red.) 2011).

Variable	Udregning	Kommando
Køn	Population i samlet befolkningen = r Population i survey = f̂  1978: $K_r = 2.577.000/5.097.000 = 50,6 \%$ 1978: $K_{\hat{r}} = 479/928 = 51,6 \%$ 1978: $M_r = 2.520.000/5.097.000 = 49,4 \%$ 1978: $M_{\hat{r}} = 449/928 = 48,4 \%$  1982: $K_r = 2.595.330/5.119.155 = 50,7 \%$ 1982: $K_{\hat{r}} = 1845/3785 = 48,7 \%$ 1982: $M_r = 2.523.825/5.119.155 = 49,3 \%$ 1982: $M_{\hat{r}} = 1940/3785 = 51,3 \%$  1986: $K_r = 2.595.710/5.116.273 = 50,7 \%$ 1986: $K_{\hat{r}} = 756/1504 = 50,3 \%$ 1986: $M_r = 2.520.563/5.116.273 = 49,2 \%$ 1986: $M_{\hat{r}} = 748/1504 = 49,7 \%$  1991: $K_r = 2.610.078/5.146.469 = 50,7 \%$ 1991: $K_{\hat{r}} = 1017/2027 = 50,2 \%$ 1991: $M_r = 2.536.391/5.146.469 = 49,3 \%$ 1991: $M_{\hat{r}} = 1010/2027 = 49,8 \%$  1999: $K_r = 2.688.156/5.313.577 = 50,6 \%$ 1999: $K_{\hat{r}} = 3482/6784 = 51,3 \%$ 1999: $M_r = 2.625.421/5.313.577 = 49,4 \%$ 1999: $M_{\hat{r}} = 3302/6784 = 48,7 \%$  2007: $K_r = 2.750.422/5.447.084 = 50,5 \%$ 2007: $K_{\hat{r}} = 5.447/10.637 = 51,7 \%$ 2007: $M_r = 2.696.662/5.447.084 = 49,5 \%$ 2007: $M_{\hat{r}} = 5139/10.637 = 48,3 \%$  2010: $K_r = 2.791.452/5.534.738 = 50,4 \%$ 2010: $K_{\hat{r}} = 7865/14.286 = 55,1 \%$ 2010: $M_r = 2.743.286/5.534.738 = 49,6 \%$ 2010: $M_{\hat{r}} = 6421/14286 = 44,9 \%$	I output > filer > new > syntax  IF Årstal=1978 AND sex=0 weight=0.980 . IF Årstal=1978 AND sex=1 Weight=1.012 .  IF Årstal=1982 AND sex=0 weight=1.041 . IF Årstal=1982 AND sex=1 Weight= 0.961 .  IF Årstal=1986 AND sex=0 weight=1.008 . IF Årstal=1986 AND sex=1 Weight= 0.999 .  IF Årstal=1991 AND sex=0 weight=1.010 . IF Årstal=1991 AND sex=1 Weight= 0.999 .  IF Årstal=1999 AND sex=0 weight=0.986 . IF Årstal=1999 AND sex=1 Weight= 1.014 .  IF Årstal=2007 AND sex=0 weight=0.981 . IF Årstal=2007 AND sex=1 Weight= 1.025 .  IF Årstal=2010 AND sex=0 weight=0.914 . IF Årstal=2010 AND sex=1 Weight= 1.105 .
Alderko- horter	Population i samlet befolkningen = r Population i survey = f̂	

<p>1978 25-34 år: <math>r = 804.159/2.518.584 = 31,9 \%</math>  1978 25-34 år: <math>\hat{r} = 277/928 = 29,8 \%</math>  1978 35-44 år: <math>r = 607.857/2.518.584 = 24,1 \%</math>  1978 35-44 år: <math>\hat{r} = 203/928 = 21,9 \%</math>  1978 45-54 år: <math>r = 558.476/2.518.584 = 22,2 \%</math>  1978 45-54 år: <math>\hat{r} = 255/928 = 25,3 \%</math>  1978 55-64 år: <math>r = 548.092/2.518.584 = 21,8 \%</math>  1978 55-64 år: <math>\hat{r} = 213/928 = 23,0 \%</math></p> <p>1982 25-34 år: <math>r = 764.547/2.567.351 = 29,8 \%</math>  1982 25-34 år: <math>\hat{r} = 968/3.785 = 25,6 \%</math>  1982 35-44 år: <math>r = 715.510/2.567.451 = 27,9 \%</math>  1982 35-44 år: <math>\hat{r} = 980/3.785 = 25,9 \%</math>  1982 45-54 år: <math>r = 543.615/2.567.351 = 21,2 \%</math>  1982 45-54 år: <math>\hat{r} = 965/3.785 = 25,5 \%</math>  1982 55-64 år: <math>r = 543.679/2.567.351 = 21,2 \%</math>  1982 55-64 år: <math>\hat{r} = 872/3.785 = 23,0 \%</math></p> <p>1986 25-34 år: <math>r = 743.520/2.615.409 = 28,4 \%</math>  1986 25-34 år: <math>\hat{r} = 358/1.504 = 23,8 \%</math>  1986 35-44 år: <math>r = 785.166/2.615.409 = 30,0 \%</math>  1986 35-44 år: <math>\hat{r} = 386/1.504 = 25,7 \%</math>  1986 45-54 år: <math>r = 562.296/2.615.409 = 21,5 \%</math>  1986 45-54 år: <math>\hat{r} = 378/1.504 = 25,1 \%</math>  1986 55-64 år: <math>r = 524.427/2.615.409 = 20,1 \%</math>  1986 55-64 år: <math>\hat{r} = 382/1.504 = 25,4 \%</math></p> <p>1991 25-34 år: <math>r = 778.832/3.156.760 = 24,7 \%</math>  1991 25-34 år: <math>\hat{r} = 407/2.027 = 20,1 \%</math>  1991 35-44 år: <math>r = 770.879/3.156.760 = 24,4 \%</math>  1991 35-44 år: <math>\hat{r} = 407/2.027 = 20,1 \%</math>  1991 45-54 år: <math>r = 664.489/3.156.760 = 21,0 \%</math>  1991 45-54 år: <math>\hat{r} = 406/2.027 = 20,0 \%</math>  1991 55-64 år: <math>r = 498.604/3.156.760 = 15,8 \%</math></p>	<p>IF Årstal=1978 AND Alderkohorter =30 weight=1.070 .  IF Årstal=1978 AND Alderkohorter =40 weight=1.100 .  IF Årstal=1978 AND Alderkohorter =50 weight=0.877 .  IF Årstal=1978 AND Alderkohorter =60 weight=0.948 .</p> <p>IF Årstal=1982 AND Alderkohorter =30 weight=1.164 .  IF Årstal=1982 AND Alderkohorter =40 weight=1.077 .  IF Årstal=1982 AND Alderkohorter =50 weight=0.831 .  IF Årstal=1982 AND Alderkohorter =60 weight=0.922 .</p> <p>IF Årstal=1986 AND Alderkohorter =30 weight=1.193 .  IF Årstal=1986 AND Alderkohorter =40 weight=1.167 .  IF Årstal=1986 AND Alderkohorter =50 weight=0.857 .  IF Årstal=1986 AND Alderkohorter =60 weight=0.791 .</p> <p>IF Årstal=1991 AND Alderkohorter =30 weight=1.229 .  IF Årstal=1991 AND Alderkohorter =40 weight=1.214 .  IF Årstal=1991 AND Alderkohorter =50 weight=1.050 .  IF Årstal=1991 AND Alderkohorter</p>
--	--



	<p>1991 55-64 år: <math>\hat{r} = 405/2.027 = 20,0 \%</math>  1991 65-74 år: <math>r = 443.956/3.156.760 = 14,1 \%</math>  1991 65-74 år: <math>\hat{r} = 402/2.027 = 19,8 \%</math></p> <p>1999 25-34 år: <math>r = 806.903/2.917.822 = 27,7 \%</math>  1999 25-34 år: <math>\hat{r} = 338/6784 = 5,0 \%</math>  1999 35-44 år: <math>r = 765.321/2.917.822 = 26,2 \%</math>  1999 35-44 år: <math>\hat{r} = 2028/6784 = 29,9 \%</math>  1999 45-54 år: <math>r = 775.812/2.917.822 = 26,6 \%</math>  1999 45-54 år: <math>\hat{r} = 2817/6784 = 41,5 \%</math>  1999 55-64 år: <math>r = 569.786/2.917.822 = 19,5 \%</math>  1999 55-64 år: <math>\hat{r} = 1601/6784 = 23,6 \%</math></p> <p>2007 25-34 år: <math>r = 701.200/2.979.110 = 23,5 \%</math>  2007 25-34 år: <math>\hat{r} = 1.968/10.637 = 18,5 \%</math>  2007 35-44 år: <math>r = 814.206/2.979.110 = 27,3 \%</math>  2007 35-44 år: <math>\hat{r} = 2.936/10.637 = 27,6 \%</math>  2007 45-54 år: <math>r = 736.039/2.979.110 = 24,7 \%</math>  2007 45-54 år: <math>\hat{r} = 2.795/10.637 = 26,3 \%</math>  2007 55-64 år: <math>r = 727.665/2.979.110 = 24,4 \%</math>  2007 55-64 år: <math>\hat{r} = 2.938/10.637 = 27,6 \%</math></p> <p>2010 25-34 år: <math>r = 664.339/2.935.098 = 22,6 \%</math>  2010 25-34 år: <math>\hat{r} = 1.983/14.285 = 13,9 \%</math>  2010 35-44 år: <math>r = 801.966/2.935.098 = 27,3 \%</math>  2010 35-44 år: <math>\hat{r} = 3.646/14.285 = 25,5 \%</math>  2010 45-54 år: <math>r = 746.132/2.935.098 = 25,4 \%</math>  2010 45-54 år: <math>\hat{r} = 4.119/14.285 = 28,8 \%</math>  2010 55-64 år: <math>r = 722.661/2.935.098 = 24,6 \%</math>  2010 55-64 år: <math>\hat{r} = 4.537/14.285 = 31,8 \%</math></p>	<p>=60 weight=0.790 .  IF Årstal=1991 AND  Alderkohorter  =70 weight=0.712 .</p> <p>IF Årstal=1999 AND  Alderkohorter  =30 weight=5.540 .  IF Årstal=1999 AND  Alderkohorter  =40 weight=0.876 .  IF Årstal=1999 AND  Alderkohorter  =50 weight=0.641 .  IF Årstal=1999 AND  Alderkohorter  =60 weight=0.826 .</p> <p>IF Årstal=2007 AND  Alderkohorter  =30 weight=1.270 .  IF Årstal=2007 AND  Alderkohorter  =40 weight=0.989 .  IF Årstal=2007 AND  Alderkohorter  =50 weight=0.939 .  IF Årstal=2007 AND  Alderkohorter  =60 weight=0.884 .</p> <p>IF Årstal=2010 AND  Alderkohorter  =30 weight=1.626 .  IF Årstal=2010 AND  Alderkohorter  =40 weight=1.071 .  IF Årstal=2010 AND  Alderkohorter  =50 weight=0.882 .  IF Årstal=2010 AND  Alderkohorter  =60 weight=0.774 .</p>
erhvudd samlet	<p>Population i samlet befolkningen = r  Population i survey = <math>\hat{r}</math></p> <p>1978: Data for 1978 findes ikke i Danmarks  Statistik's statistiske tiårsoversigter. Derfor  anvendes samme vægtning som for 1982.</p>	<p>IF Årstal=1978 AND  erhvuddsamlet  =1 weight=0.727 .  IF Årstal=1978 AND</p>

	<p>1982 +udd: <math>r = 1.596.822/3.156.532 = 50,6</math> %  1982 +udd: <math>\hat{r} = 2.633/3.785 = 69,6</math> %  1982 -udd: <math>r = 1.559.710/3.156.532 = 49,4</math> %  1982 -udd: <math>\hat{r} = 1.152/3.785 = 30,4</math> %</p> <p>1986 +udd: <math>r = 1.632.826/3.214.046 = 50,8</math> %  1986 +udd: <math>\hat{r} = 1.088/1.504 = 72,3</math> %  1986 -udd: <math>r = 1.581.220/3.214.046 = 49,2</math> %  1986 -udd : <math>\hat{r} = 416/1.504 = 27,7</math> %</p> <p>1991 +udd: <math>r = 1.627.000/3.342.000 = 48,6</math> %  1991 +udd: <math>\hat{r} = 1.440/2.027 = 71,0</math> %  1991 -udd: <math>r = 1.715.000/3.342.000 = 51,3</math> %  1991 -udd: <math>\hat{r} = 587/2.027 = 29</math> %</p> <p>1999 +udd: <math>r = 1.679.000/2.535.000 = 66,2</math> %  1999 +udd: <math>\hat{r} = 5.431/6.528 = 83,2</math> %  1999 -udd: <math>r = 856.000/2.535.000 = 33,8</math> %  1999 -udd: <math>\hat{r} = 1.097/6.528 = 16,8</math> %</p> <p>2007: Data ikke tilgængeligt i spørgeskemaundersøgelsen</p> <p>2010 +udd: <math>r = 1.972.000/2.654.000 = 74,3</math> %  2010 +udd: <math>\hat{r} = 11.271/12.496 = 90,2</math> %  2010 -udd: <math>r = 682.000/2.654.000 = 25,7</math> %  2010 -udd: <math>\hat{r} = 1.225/12.496 = 9,8</math> %</p>	<p>erhvuddsamlet =0 weight=1.625 .</p> <p>IF Årstal=1982 AND erhvuddsamlet =1 weight=0.727 .  IF Årstal=1982 AND erhvuddsamlet =0 weight=1.625 .</p> <p>IF Årstal=1986 AND erhvuddsamlet =1 weight=0.703 .  IF Årstal=1986 AND erhvuddsamlet =0 weight=1.776 .</p> <p>IF Årstal=1991 AND erhvuddsamlet =1 weight=0.807 .  IF Årstal=1991 AND erhvuddsamlet =0 weight=1.769 .</p> <p>IF Årstal=1999 AND erhvuddsamlet =1 weight=0.796 .  IF Årstal=1999 AND erhvuddsamlet =0 weight=2.012 .</p> <p>IF Årstal=2010 AND erhvuddsamlet =1 weight=0.814 .  IF Årstal=2010 AND erhvuddsamlet =0 weight=2.622 .</p>
etnicitet	<p>Population i samlet befolkningen = r  Population i survey = <math>\hat{r}</math></p> <p>1978: Data ikke tilgængelig i spørgeskemaundersøgelsen</p> <p>1982 anden: <math>r = 131.469/5.119.155 = 2,6</math> %<sup>112</sup></p>	<p>IF Årstal=1982 AND etnicitet =0 weight=0.553 .</p>

<sup>112</sup> 1982 og 1986 opgørelserne indeholder kun data for indvandrere, mens de resterende opgørelser indeholder data fra både indvandrere og efterkommere. I næstfølgende opgørelse (1991) udgøres samlede opgørelser over population med anden etnisk baggrund af 71 % af

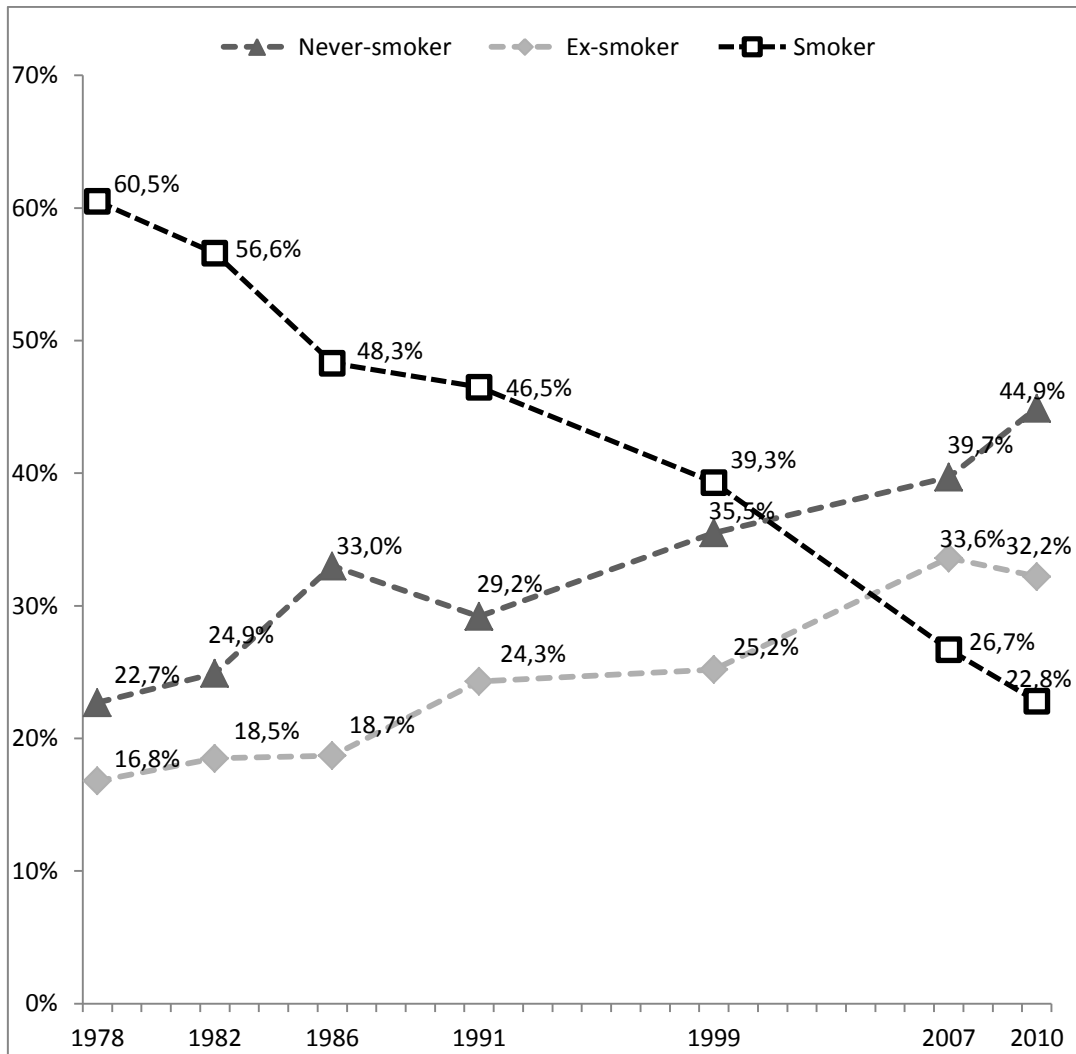
<p>1982 anden: <math>\hat{r} = 177/3.785 = 4,7 \%</math>  1982 dansk: <math>r = 4.987.686/5.119.155 = 97,4 \%</math>  1982 dansk: <math>\hat{r} = 3.608/3.785 = 95,3 \%</math></p> <p>1986 anden: <math>r = 150.867/5.116.273 = 2,9 \%</math>  1986 anden: <math>\hat{r} = 55/1.504 = 3,7 \%</math>  1986 dansk: <math>r = 4.965.406/5.116.273 = 97,1 \%</math>  1986 dansk: <math>\hat{r} = 1.449/1.504 = 96,3 \%</math></p> <p>1991 anden: <math>r = 226.202/5.146.469 = 4,4 \%</math>  1991 anden: <math>\hat{r} = 98/2.027 = 4,8 \%</math>  1991 dansk: <math>r = 4.920.267/5.146.469 = 95,6 \%</math>  1991 anden: <math>r = 1.929/2.027 = 95,2 \%</math></p> <p>1999 anden: <math>r = 363.422/5.313.577 = 6,8 \%</math>  1999 anden: <math>\hat{r} = 333/6.740 = 4,9 \%</math>  1999 dansk: <math>r = 4.950.155/5.313.577 = 93,2 \%</math>  1999 dansk: <math>\hat{r} = 6.407/6.740 = 95,1 \%</math></p> <p>2007: Data ikke tilgængelig i spørgeskemaundersøgelsen</p> <p>2010 anden: <math>r = 542.738/5.534.738 = 9,8 \%</math>  2010 anden: <math>\hat{r} = 1.480/14.285 = 10,4 \%</math>  2010 dansk: <math>r = 4.992.000/5.534.738 = 90,2 \%</math>  2010 dansk: <math>\hat{r} = 12.806/14.285 = 89,6 \%</math></p>	<p>IF Årstal=1982 AND etnicitet =1 weight=1.022 .</p> <p>IF Årstal=1986 AND etnicitet =0 weight=0.784 .  IF Årstal=1986 AND etnicitet =1 weight=1.008 .</p> <p>IF Årstal=1991 AND etnicitet =0 weight=0.917 .  IF Årstal=1991 AND etnicitet =1 weight=1.004 .</p> <p>IF Årstal=1999 AND etnicitet =0 weight=1.388 .  IF Årstal=1999 AND etnicitet =1 weight=0.980 .</p> <p>IF Årstal=2010 AND etnicitet =0 weight=0.942 .  IF Årstal=2010 AND etnicitet =1 weight=1.007 .</p> <p>EXECUTE .</p>
--	--

Herefter > Data > weight cases > weight cases by weight

indvandrere og 29 % af efterkommere. Derfor er de 29 % tilføjet til andelen af indvandrere i 1982 og 1986.

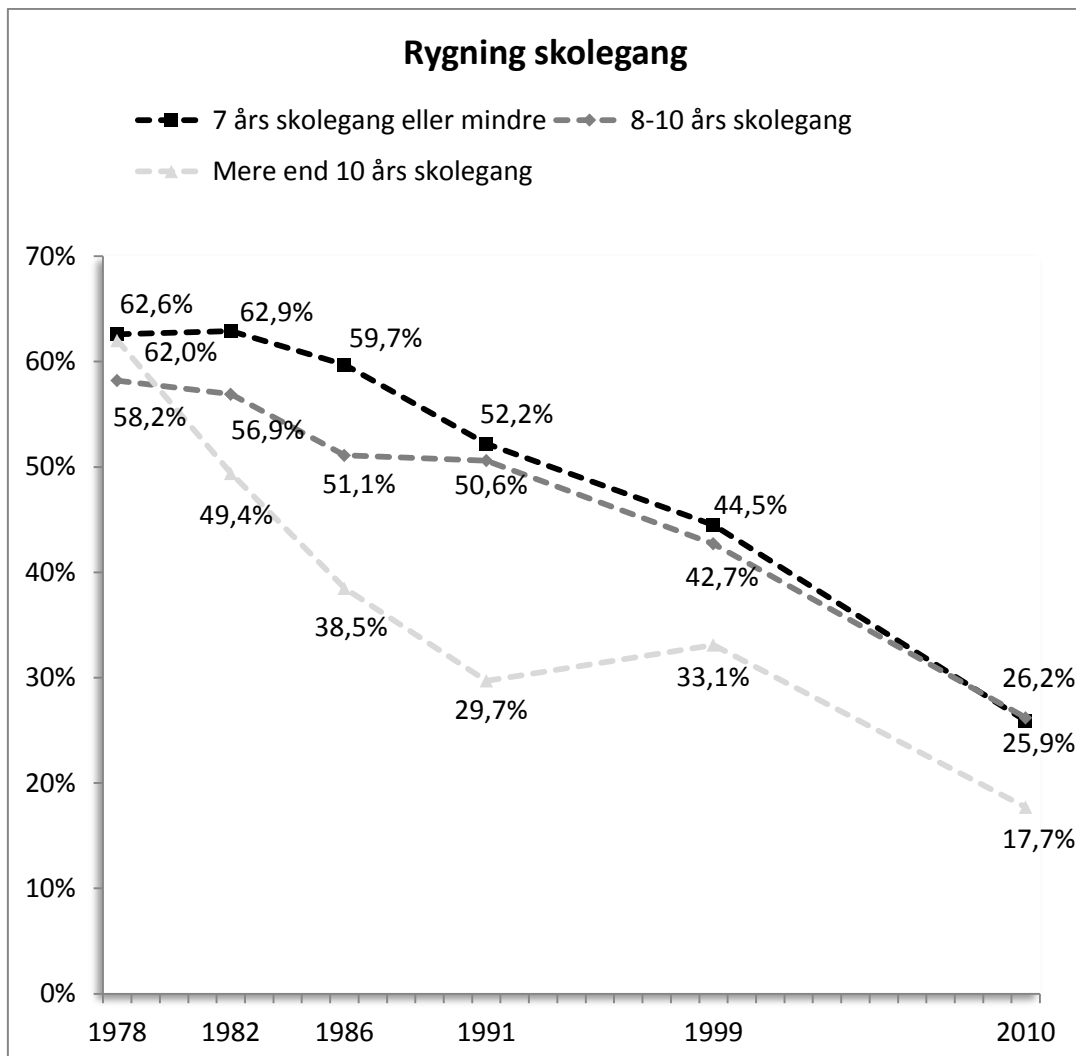


**Bilag 6: Alternativ rygevariabel**





### Bilag 7: Alternativ uddannelsesvariabel







## Bilag 8: Logistisk regression, dagligrygere, med confounder og interaktionsled

### Model 1: Ujusteret<sup>113</sup>

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			3079.494	6	.000			
1982	-.160	.075	4.598	1	.032	.852	.736	.986
1986	-.494	.085	33.971	1	.000	.610	.517	.721
1991	-.566	.081	49.312	1	.000	.568	.485	.665
1999	-.859	.072	143.706	1	.000	.424	.368	.488
2007	-1.577	.071	494.663	1	.000	.207	.180	.237
2010	-1.847	.070	686.887	1	.000	.158	.137	.181
Constant	.424	.067	39.953	1	.000	1.529		

### Model 2: Justeret for køn (mænd er baseline)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			3047.184	6	.000			
1982	-.165	.075	4.872	1	.027	.848	.732	.982
1986	-.496	.085	34.322	1	.000	.609	.516	.719
1991	-.569	.081	49.792	1	.000	.566	.483	.663
1999	-.860	.072	144.081	1	.000	.423	.368	.487
2007	-1.575	.071	492.361	1	.000	.207	.180	.238
2010	-1.844	.071	683.755	1	.000	.158	.138	.182
sex(1)	.160	.023	49.037	1	.000	1.173	1.122	1.226
Constant	.348	.068	26.125	1	.000	1.416		

<sup>113</sup> SPSS kommandoen for denne analyse er følgende: "Analyze > regression > binary logistic > Dependent: dagligrygning > Covariates: Årstal (categorical) > Reference Category > First > Change > Continue > Ok" Følgende kommandoer tager udgangspunkt heri.

**Model 3: Justeret for køn og alder (mænd og 60-årige er baseline)**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			2894.700	6	.000			
1982	-.165	.075	4.852	1	.028	.848	.733	.982
1986	-.496	.085	34.202	1	.000	.609	.516	.719
1991	-.564	.081	48.806	1	.000	.569	.485	.666
1999	-.857	.072	142.585	1	.000	.424	.369	.489
2007	-1.568	.071	482.588	1	.000	.209	.181	.240
2010	-1.830	.071	668.585	1	.000	.160	.140	.184
sex(1)	.161	.023	49.559	1	.000	1.174	1.123	1.228
Alderkohorter	-.001	.001	.916	1	.339	.999	.998	1.001
Constant	.383	.077	24.481	1	.000	1.467		

**Model 4: Justeret for køn, alder og erhvervskompetencegivende uddannelse (mænd, 60-årige og "har uddannelse" er baseline)**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1783.291	5	.000			
1982	-.109	.075	2.090	1	.148	.897	.773	1.040
1986	-.426	.085	24.813	1	.000	.653	.552	.772
1991	-.478	.082	34.276	1	.000	.620	.528	.728
1999	-.725	.073	98.604	1	.000	.484	.420	.559
2010	-	.073	498.411	1	.000	.196	.170	.227
	1.627							
sex(1)	.242	.027	78.421	1	.000	1.273	1.207	1.343
Alderkohorter	-.006	.001	28.973	1	.000	.994	.992	.996
erhvuuddsamlet(1)	-.485	.035	190.797	1	.000	.616	.575	.660
Constant	.853	.088	94.634	1	.000	2.346		

**Opsamling, model 1-4**

Year	Unadjusted		Adjusted, gender		Adjusted, gender and age		Adjusted, gender, age and education	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>1978</b>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
<b>1982</b>	.852	(.736-.986)	.848	(.732-.982)	.848	(.733-.982)	.897	(.773-1.040)
<b>1986</b>	.610	(.517-.721)	.609	(.516-.719)	.609	(.516-.719)	.653	(.552-.772)
<b>1991</b>	.568	(.485-.665)	.566	(.483-.663)	.569	(.485-.666)	.620	(.528-.728)
<b>1999</b>	.424	(.368-.488)	.423	(.368-.487)	.424	(.369-.489)	.484	(.420-.559)
<b>2007</b>	.207	(.180-.237)	.207	(.180-.238)	.209	(.181-.240)	-	-
<b>2010</b>	.158	(.137-.181)	.158	(.138-.182)	.160	(.140-.184)	.196	(.170-.227)

Køn og erhvervskompetencegivende uddannelse viser sig at være confoundere. Derfor laves i det efterfølgende interaktionsled for disse to variable

**Interaktionsled ud fra model 4: Årstal\* køn<sup>114</sup> (mænd er baseline)**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			882.341	5	.000			
1982	-.090	.104	.748	1	.387	.914	.746	1.121
1986	-.320	.118	7.297	1	.007	.726	.576	.916
1991	-.403	.113	12.851	1	.000	.668	.536	.833
1999	-.532	.100	28.372	1	.000	.587	.483	.714
2010	-1.487	.099	226.908	1	.000	.226	.186	.274
sex(1)	.567	.137	17.159	1	.000	1.764	1.348	2.307
erhvuddsamlet(1)	-.475	.035	186.233	1	.000	.622	.581	.666
sex * Årstal			34.035	5	.000			
sex(1) by 1982	-.070	.152	.212	1	.645	.932	.692	1.256
sex(1) by 1986	-.249	.172	2.099	1	.147	.780	.557	1.092
sex(1) by 1991	-.241	.164	2.173	1	.140	.786	.570	1.083
sex(1) by 1999	-.462	.146	9.984	1	.002	.630	.473	.839
sex(1) by 2010	-.431	.144	8.911	1	.003	.650	.490	.862
Constant	.435	.094	21.299	1	.000	1.545		

<sup>114</sup> SPSS kommando: "Analyze > regression > binary logistic > Dependent: dagligrygning > Covariates: Årstal (categorical), sex (categorical)[0 = kvinder, 1 = mænd], alderkohorter, erhvervsuddannelsesamlet (categorical)[0 = har ikke udd., 1 = Har udd.] > Reference Category > First > Change > Continue > Ctrl Alt Årstal\*sex > Continue" Følgende kommandoer tager udgangspunkt heri.

## Interaktionsled ud fra model 4: Årstal\* alder (60-årige er baseline)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			222.811	5	.000			
1982	.405	.154	6.884	1	.009	1.499	1.108	2.029
1986	-.255	.228	1.242	1	.265	.775	.495	1.213
1991	-.120	.178	.449	1	.503	.887	.625	1.259
1999	-.661	.164	16.234	1	.000	.517	.375	.712
2010	-	.106	170.006	1	.000	.250	.203	.307
	1.388							
sex(1)	.241	.027	78.088	1	.000	1.273	1.206	1.343
erhvuddsamlet(1)	-.488	.035	193.187	1	.000	.614	.573	.657
Alderkohorter *			35.363	5	.000			
Årstal								
Alderkohorter by 1982	-.012	.003	14.858	1	.000	.988	.983	.994
Alderkohorter by 1986	-.004	.005	.705	1	.401	.996	.987	1.005
Alderkohorter by 1991	-.008	.003	6.106	1	.013	.992	.986	.998
Alderkohorter by 1999	-.002	.003	.360	1	.548	.998	.992	1.004
Alderkohorter by 2010	-.005	.001	13.765	1	.000	.995	.992	.997
Constant	.596	.072	68.822	1	.000	1.815		

**Interaktionsled ud fra model 4: Årstal\*uddannelse ("har uddannelse" er baseline)**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			277.257	5	.000			
1982	-.058	.121	.231	1	.631	.943	.744	1.197
1986	-.197	.145	1.854	1	.173	.821	.618	1.090
1991	-.262	.134	3.814	1	.051	.769	.591	1.001
1999	-.508	.122	17.470	1	.000	.601	.474	.763
2010	-	.123	123.792	1	.000	.253	.199	.322
	1.374							
sex(1)	.229	.027	70.354	1	.000	1.257	1.191	1.326
erhvuddsamlet(1)	-.128	.137	.877	1	.349	.879	.672	1.151
erhvuddsamlet *			19.257	5	.002			
Årstal								
erhvuddsamlet(1)	-.130	.155	.701	1	.403	.878	.649	1.190
by 1982								
erhvuddsamlet(1)	-.386	.180	4.613	1	.032	.680	.478	.967
by 1986								
erhvuddsamlet(1)	-.407	.169	5.801	1	.016	.666	.478	.927
by 1991								
erhvuddsamlet(1)	-.389	.153	6.505	1	.011	.678	.502	.914
by 1999								
erhvuddsamlet(1)	-.470	.153	9.366	1	.002	.625	.463	.845
by 2010								
Constant	.386	.106	13.339	1	.000	1.471		

**Stratificeret logistisk regression: kvinder****Kvinder model 1: Ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1340.482	6	.000			
1982	-.150	.103	2.121	1	.145	.861	.703	1.053
1986	-.407	.117	12.020	1	.001	.666	.529	.838
1991	-.475	.112	18.098	1	.000	.622	.500	.774
1999	-.696	.098	50.139	1	.000	.498	.411	.604
2007	-1.373	.097	200.495	1	.000	.253	.210	.306
2010	-1.685	.096	305.168	1	.000	.185	.154	.224
Constant	.205	.092	4.995	1	.025	1.228		

**Kvinder model 2: Justeret for alder**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1269.570	6	.000			
1982	-.149	.103	2.098	1	.147	.861	.704	1.054
1986	-.405	.117	11.867	1	.001	.667	.530	.840
1991	-.460	.112	16.917	1	.000	.631	.507	.786
1999	-.686	.098	48.575	1	.000	.504	.415	.611
2007	-1.352	.097	192.510	1	.000	.259	.214	.313
2010	-1.661	.097	295.020	1	.000	.190	.157	.230
Alderkohorter	-.003	.001	4.968	1	.026	.997	.995	1.000
Constant	.319	.105	9.218	1	.002	1.376		

**Kvinder model 3: Justeret for alder og erhvervskompetencegivende uddannelse**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			729.136	5	.000			
1982	-.086	.104	.687	1	.407	.917	.748	1.125
1986	-.310	.119	6.830	1	.009	.734	.581	.925
1991	-.351	.113	9.639	1	.002	.704	.564	.879
1999	-.497	.101	24.337	1	.000	.609	.500	.741
2010	-	.100	196.331	1	.000	.245	.201	.298
	1.408							
Alderkohorter			33.813	1	.000	.991	.988	.994
erhvuddsamlet(1)	-.477	.047	100.985	1	.000	.621	.565	.681
Constant	.828	.120	47.910	1	.000	2.290		



**Stratificeret logistisk regression: mænd****Mænd model 1: Ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1720.621	6	.000			
1982	-.202	.110	3.356	1	.067	.817	.659	1.014
1986	-.606	.124	23.977	1	.000	.546	.428	.695
1991	-.684	.118	33.607	1	.000	.505	.401	.636
1999	-1.045	.106	97.421	1	.000	.352	.286	.433
2007	-1.805	.105	293.942	1	.000	.164	.134	.202
2010	-2.025	.105	375.400	1	.000	.132	.108	.162
Constant	.670	.100	45.114	1	.000	1.954		

**Mænd model 2: Justeret for alder**

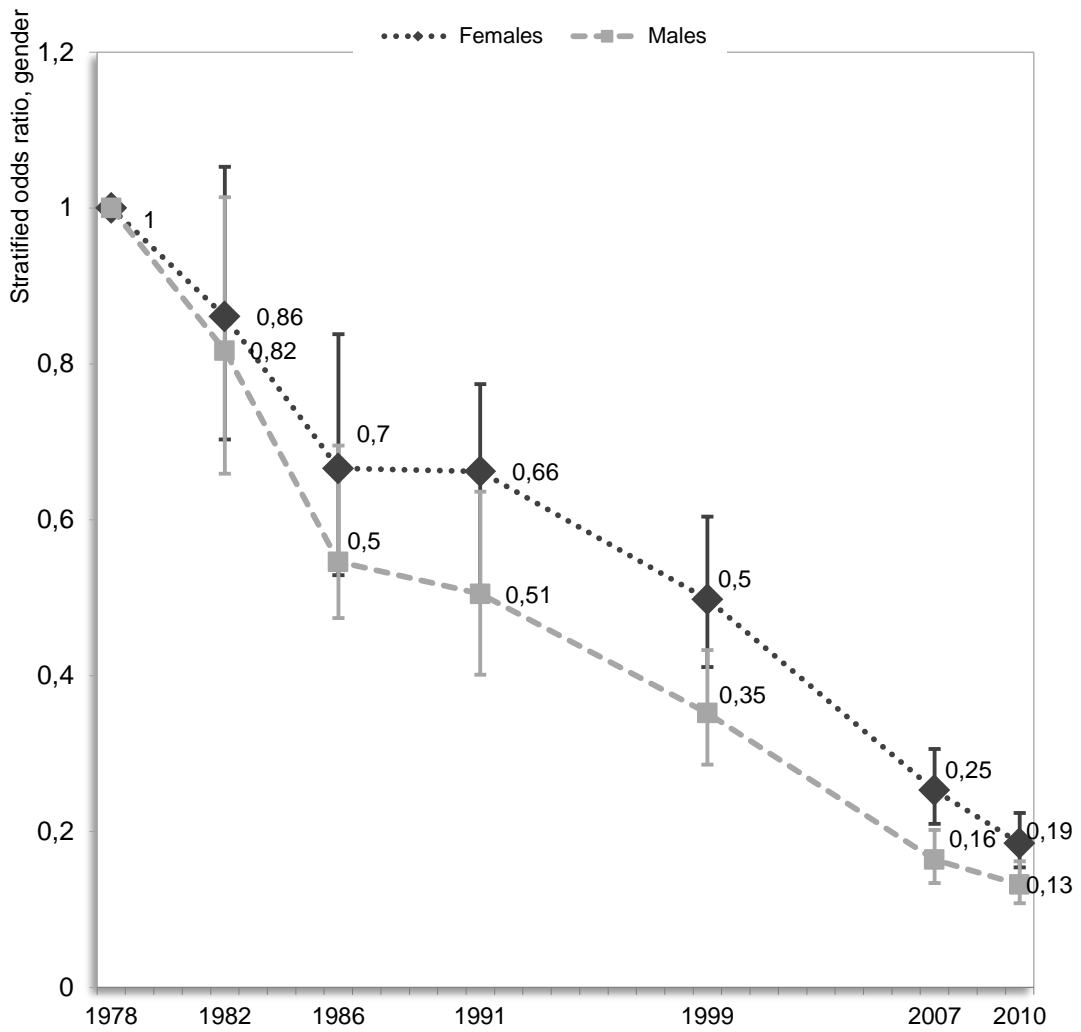
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>			1642.377	6	.000			
Årstal								
1982	-.202	.110	3.382	1	.066	.817	.658	1.013
1986	-.607	.124	24.094	1	.000	.545	.428	.694
1991	-.691	.118	34.242	1	.000	.501	.397	.631
1999	-1.051	.106	98.278	1	.000	.350	.284	.430
2007	-1.818	.106	294.318	1	.000	.162	.132	.200
2010	-2.027	.105	372.426	1	.000	.132	.107	.162
Alderkohorter	.001	.001	1.171	1	.279	1.001	.999	1.004
Constant	.611	.114	28.882	1	.000	1.842		

**Mænd model 3: Justeret for alder og erhvervskompetencegivende uddannelse**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1083.095	5	.000			
1982	-.152	.111	1.865	1	.172	.859	.691	1.068
1986	-.561	.125	20.187	1	.000	.571	.447	.729
1991	-.625	.119	27.376	1	.000	.535	.424	.677
1999	-.973	.108	81.919	1	.000	.378	.306	.467
2010	-	.108	302.789	1	.000	.154	.125	.190
	1.871							
Alderkohorter			2.556	1	.110	.998	.994	1.001
erhvuddsamlet(1)	-.553	.053	108.317	1	.000	.575	.518	.638
Constant	1.170	.129	81.862	1	.000	3.222		

**Opsamling stratificeret logistisk regression, køn**

Year		Unadjusted		Adjusted, age		Adjusted, age and education	
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>1978</b>	<i>Females</i>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
	<i>Males</i>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
<b>1982</b>	<i>Females</i>	.861	(.703-1.053)	.861	(.704-1.054)	.917	(.748-1.125)
	<i>Males</i>	.817	(.659-1.014)	.817	(.658-1.013)	.859	(.691-1.068)
<b>1986</b>	<i>Females</i>	.666	(.529-.838)	.667	(.530-.840)	.734	(.581-.925)
	<i>Males</i>	.546	(.428-.695)	.545	(.428-.694)	.571	(.447-.729)
<b>1991</b>	<i>Females</i>	.622	(.500-.774)	.631	(.507-.786)	.704	(.564-.879)
	<i>Males</i>	.505	(.401-.636)	.501	(.397-.631)	.513	(.424-.677)
<b>1999</b>	<i>Females</i>	.498	(.411-.604)	.504	(.415-.611)	.609	(.500-.741)
	<i>Males</i>	.352	(.286-.433)	.350	(.284-.430)	.378	(.306-.467)
<b>2007</b>	<i>Females</i>	.253	(.210-.306)	.259	(.214-.313)	-	-
	<i>Males</i>	.164	(.134-.202)	.162	(.132-.200)	-	-
<b>2010</b>	<i>Females</i>	.185	(.154-.224)	.190	(.157-.230)	.245	(.201-.298)
	<i>Males</i>	.132	(.108-.162)	.132	(.107-.162)	.154	(.125-.190)



**Stratificeret logistisk regression: Med erhvervskompetencegivende uddannelse**

**Med uddannelse model 1: Ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1855.710	5	.000			
1982	-.185	.096	3.719	1	.054	.831	.689	1.003
1986	-.588	.107	30.404	1	.000	.555	.450	.684
1991	-.671	.103	42.819	1	.000	.511	.418	.625
1999	-.911	.092	98.055	1	.000	.402	.336	.482
2010	-1.862	.091	419.186	1	.000	.155	.130	.186
Constant	.385	.088	19.369	1	.000	1.470		

**Med uddannelse model 2: Justeret for køn**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1810.097	5	.000			
1982	-.187	.096	3.804	1	.051	.829	.687	1.001
1986	-.584	.107	29.861	1	.000	.558	.452	.688
1991	-.669	.103	42.527	1	.000	.512	.419	.626
1999	-.899	.092	95.349	1	.000	.407	.340	.487
2010	-1.845	.091	410.744	1	.000	.158	.132	.189
sex(1)	.194	.030	40.722	1	.000	1.214	1.144	1.289
Constant	.277	.089	9.609	1	.002	1.319		

**Med uddannelse model 3: Justeret for køn og alder**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			1638.854	5	.000			
1982	-.184	.096	3.671	1	.055	.832	.689	1.004
1986	-.577	.107	29.192	1	.000	.561	.455	.692
1991	-.652	.103	40.105	1	.000	.521	.426	.637
1999	-.884	.092	91.373	1	.000	.413	.345	.495
2010	-1.814	.092	389.589	1	.000	.163	.136	.195
sex(1)	.200	.031	42.726	1	.000	1.221	1.150	1.297
Alderkohorter	-.002	.001	3.857	1	.050	.998	.995	1.000
Constant	.375	.102	13.383	1	.000	1.454		

**Stratificeret logistisk regression: Uden erhvervskompetencegivende uddannelse**

**Uden uddannelse model 1: Ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			272.465	5	.000			
1982	-.057	.121	.223	1	.637	.944	.745	1.198
1986	-.188	.144	1.703	1	.192	.828	.624	1.099
1991	-.260	.134	3.757	1	.053	.771	.593	1.003
1999	-.488	.121	16.121	1	.000	.614	.484	.779
2010	-1.359	.123	121.488	1	.000	.257	.202	.327
Constant	.469	.105	19.904	1	.000	1.599		

**Uden uddannelse model 2: Justeret for køn**

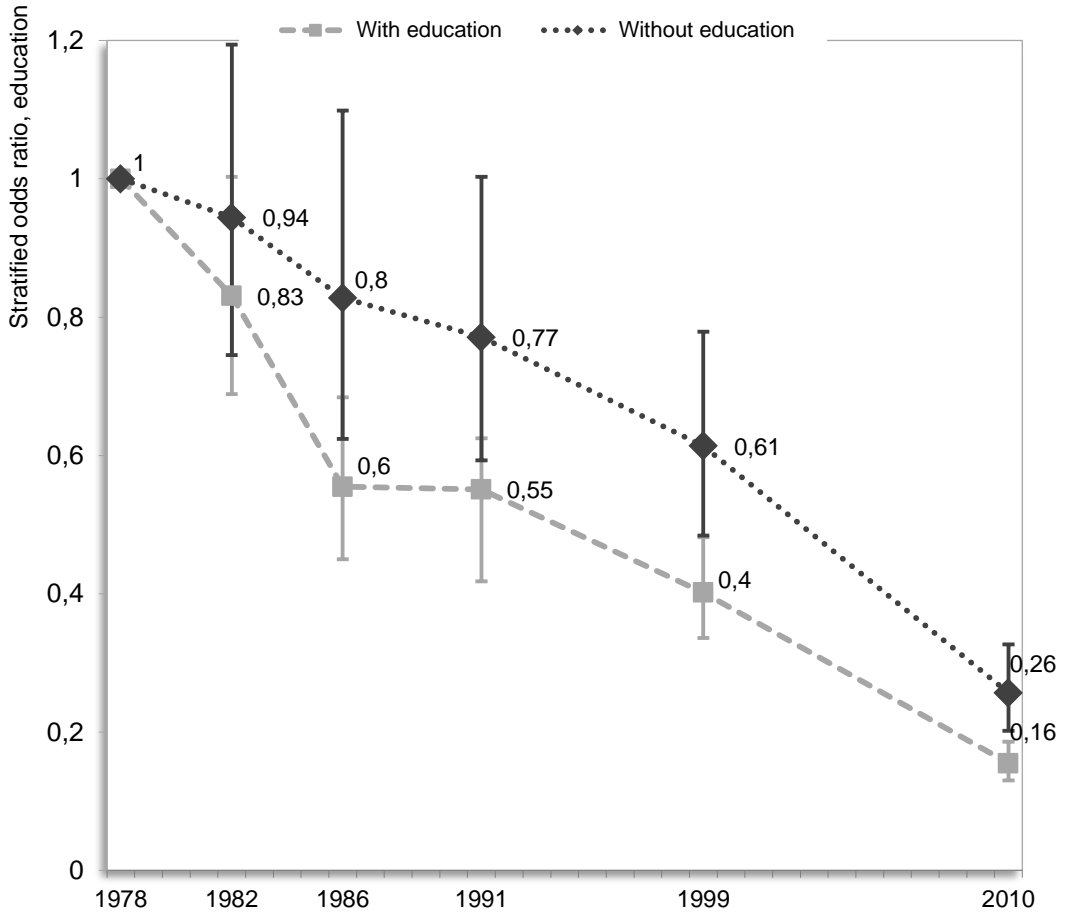
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			279.769	5	.000			
1982	-.059	.122	.236	1	.627	.943	.743	1.196
1986	-.203	.145	1.952	1	.162	.817	.615	1.085
1991	-.264	.135	3.859	1	.049	.768	.590	.999
1999	-.523	.122	18.325	1	.000	.593	.467	.753
2010	-1.387	.124	125.312	1	.000	.250	.196	.319
sex(1)	.367	.061	35.847	1	.000	1.443	1.280	1.627
Constant	.338	.108	9.832	1	.002	1.402		

## Uden uddannelse model 3: Justeret for køn og alder

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			164.289	5	.000			
1982	-.052	.122	.180	1	.671	.949	.747	1.206
1986	-.204	.146	1.953	1	.162	.816	.613	1.085
1991	-.165	.136	1.463	1	.226	.848	.650	1.108
1999	-.502	.123	16.790	1	.000	.605	.476	.769
2010	-1.120	.128	76.347	1	.000	.326	.254	.419
sex(1)	.335	.062	29.222	1	.000	1.398	1.238	1.578
Alderkohorter	-.020	.002	62.979	1	.000	.980	.976	.985
Constant	1.290	.162	63.409	1	.000	3.633		

## Opsamling stratificeret logistisk regression, erhvervskompetencegivende uddannelse

Year		Unadjusted		Adjusted, gender		Adjusted, gender and age	
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>1978</b>	<i>With</i>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
	<i>Without</i>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
<b>1982</b>	<i>With</i>	.831	(.689-1.003)	.892	(.687-1.001)	.832	(.689-1.004)
	<i>Without</i>	.944	(.745-1.198)	.943	(.743-1.196)	.949	(.747-1.206)
<b>1986</b>	<i>With</i>	.555	(.450-.684)	.558	(.452-.688)	.561	(.455-.692)
	<i>Without</i>	.828	(.624-1.099)	.817	(.615-1.085)	.816	(.613-1.085)
<b>1991</b>	<i>With</i>	.551	(.418-.625)	.512	(.412-.626)	.521	(.426-.637)
	<i>Without</i>	.771	(.593-1.003)	.768	(.590-.999)	.848	(.650-1.108)
<b>1999</b>	<i>With</i>	.402	(.336-.482)	.407	(.340-.487)	.413	(.345-.495)
	<i>Without</i>	.614	(.484-.779)	.593	(.467-.753)	.605	(.476-.769)
<b>2010</b>	<i>With</i>	.155	(.130-.186)	.158	(.132-.189)	.163	(.136-.195)
	<i>Without</i>	.257	(.202-.327)	.250	(.196-.319)	.326	(.254-.419)





**Antal cigaretter i gennemsnit pr. dag**

Forbehold ved denne variabel grundet for høje signifikansniveauer

**Model 1: 1-14 cigaretter dagligt i gennemsnit, ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			80.233	6	.000			
1982	.089	.096	.869	1	.351	1.093	.934	1.280
1986	-.245	.115	4.551	1	.033	.783	.648	.945
1991	-.020	.108	.034	1	.854	.980	.821	1.171
1999	-.089	.116	.590	1	.442	.914	.755	1.107
2007	-.052	.094	.307	1	.579	.949	.812	1.109
2010	.328	.093	12.381	1	.000	1.388	1.191	1.618
Constant	-.291	.085	11.613	1	.001	.748		

**Model 2: 1-14 cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			79.366	6	.000			
1982	.099	.096	1.063	1	.303	1.104	.943	1.293
1986	-.246	.115	4.553	1	.033	.782	.647	.945
1991	-.019	.108	.031	1	.861	.981	.821	1.172
1999	-.104	.117	.788	1	.375	.901	.744	1.092
2007	-.076	.095	.643	1	.423	.927	.793	1.083
2010	.313	.093	11.219	1	.001	1.368	1.173	1.595
sex(1)	-.328	.040	67.797	1	.000	.720	.675	.769
Constant	-.119	.088	1.824	1	.177	.888		

**Model 3: 1-14 cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn og alder**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			79.141	6	.000			
1982	.102	.096	1.114	1	.291	1.107	.945	1.297
1986	-.257	.116	4.955	1	.026	.773	.639	.935
1991	-.082	.109	.572	1	.449	.921	.770	1.101
1999	-.158	.117	1.823	1	.177	.854	.704	1.035
2007	-.193	.096	4.047	1	.044	.824	.704	.965
2010	.224	.094	5.644	1	.018	1.251	1.071	1.461
sex(1)	-.346	.040	74.271	1	.000	.708	.663	.756
Alderkohorter	.013	.002	69.755	1	.000	1.013	1.010	1.015
Constant	-.672	.110	37.078	1	.000	.511		

**Model 4: 1-14 cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn, alder og uddannelse**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			29.903	5	.000			
1982	.097	.097	.992	1	.319	1.102	.939	1.292
1986	-.271	.116	5.410	1	.020	.763	.630	.924
1991	-.110	.110	1.000	1	.317	.896	.748	1.073
1999	-.215	.120	3.192	1	.074	.807	.662	.983
2010	.074	.098	.563	1	.453	1.076	.916	1.265
sex(1)	-.416	.048	76.127	1	.000	.660	.610	.714
Alderkohorter	.017	.002	83.692	1	.000	1.017	1.014	1.021
erhvuddsamlet(1)	.244	.056	18.762	1	.000	1.276	1.163	1.400
Constant	-	.128	60.815	1	.000	.368		
	1.000							

**Model 1: 15+ cigaretter dagligt i gennemsnit, ujusteret**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			80.233	6	.000			
1982	-.089	.096	.869	1	.351	.915	.781	1.071
1986	.245	.115	4.551	1	.033	1.278	1.058	1.543
1991	.020	.108	.034	1	.854	1.020	.854	1.218
1999	.089	.116	.590	1	.442	1.094	.903	1.325
2007	.052	.094	.307	1	.579	1.054	.902	1.231
2010	-.328	.093	12.381	1	.000	.721	.618	.840
Constant	.291	.085	11.613	1	.001	1.337		

**Model 2: 15 + cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			79.366	6	.000			
1982	-.099	.096	1.063	1	.303	.906	.773	1.061
1986	.246	.115	4.553	1	.033	1.279	1.058	1.546
1991	.019	.108	.031	1	.861	1.019	.853	1.218
1999	.104	.117	.788	1	.375	1.109	.915	1.344
2007	.076	.095	.643	1	.423	1.079	.923	1.261
2010	-.313	.093	11.219	1	.001	.731	.627	.853
sex(1)	.328	.040	67.797	1	.000	1.388	1.300	1.483
Constant	.119	.088	1.824	1	.177	1.126		

**Model 3: 15+ cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn og alder**

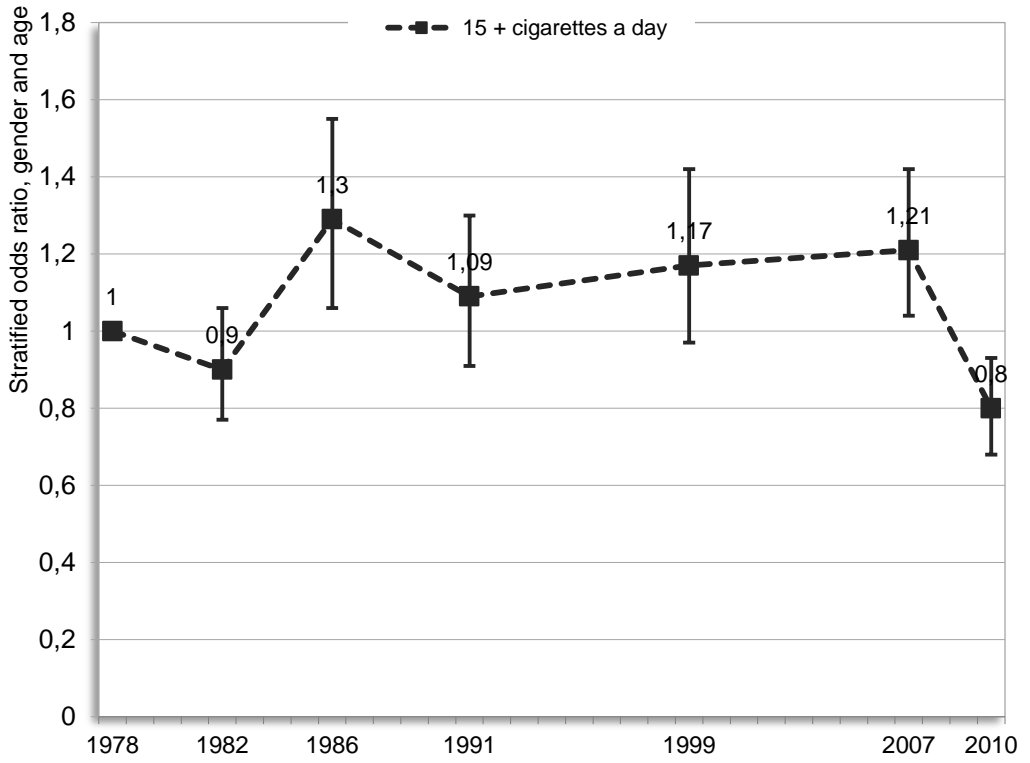
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			79.141	6	.000			
1982	-.102	.096	1.114	1	.291	.903	.771	1.058
1986	.257	.116	4.955	1	.026	1.293	1.069	1.564
1991	.082	.109	.572	1	.449	1.086	.908	1.299
1999	.158	.117	1.823	1	.177	1.172	.966	1.421
2007	.193	.096	4.047	1	.044	1.213	1.036	1.421
2010	-.224	.094	5.644	1	.018	.799	.685	.933
sex(1)	.346	.040	74.271	1	.000	1.413	1.323	1.509
Alderkohorter	-.013	.002	69.755	1	.000	.987	.985	.990
Constant	.672	.110	37.078	1	.000	1.958		

**Model 4: 15+ cigaretter dagligt i gennemsnit, justeret for køn, alder og uddannelse**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	90% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Årstal			29.903	5	.000			
1982	-.097	.097	.992	1	.319	.908	.774	1.065
1986	.271	.116	5.410	1	.020	1.311	1.082	1.587
1991	.110	.110	1.000	1	.317	1.116	.932	1.337
1999	.215	.120	3.192	1	.074	1.240	1.017	1.510
2010	-.074	.098	.563	1	.453	.929	.790	1.092
sex(1)	.416	.048	76.127	1	.000	1.515	1.401	1.639
Alderkohorter	-.017	.002	83.692	1	.000	.983	.980	.986
erhvuddsamlet(1)	-.244	.056	18.762	1	.000	.784	.714	.860
Constant	1.000	.128	60.815	1	.000	2.717		

**Opsamling stratificeret logistisk regression, gennemsnitlig rygemængde**

Year/ Quan- tity	Unadjusted		Adjusted, gender		Adjusted, gender and age		Adjusted, gender, age and education	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>1978</b>								
<b>1-14</b>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
<b>15+</b>	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)	1	(ref.)
<b>1982</b>								
<b>1-14</b>	1.093	(.934- 1.280)	1.104	(.943- 1.293)	1.107	(.945- 1.297)	1.102	(.939- 1.292)
<b>15+</b>	.915	(.781- 1.071)	.906	(.773- 1.016)	.903	(.771- 1.058)	.908	(.774- 1.065)
<b>1986</b>								
<b>1-14</b>	.783	(.648- .945)	.782	(.647- .945)	.773	(.639- .935)	.763	(.630- .924)
<b>15+</b>	1.278	(1.058- 1.543)	1.279	(1.058- 1.546)	1.293	(1.069- 1.564)	1.311	(1.082- 1.587)
<b>1991</b>								
<b>1-14</b>	.980	(.821- 1.171)	.981	(.821- 1.172)	.921	(.770- 1.101)	.896	(.748- 1.073)
<b>15+</b>	1.020	(.854- 1.218)	1.019	(.853- 1.218)	1.086	(.908- 1.299)	1.116	(.932- 1.337)
<b>1999</b>								
<b>1-14</b>	.914	(.755- 1.107)	.901	(.744- 1.092)	.854	(.704- 1.035)	.807	(.662- .983)
<b>15+</b>	1.094	(.903- 1.325)	1.109	(.915- 1.344)	1.172	(.966- 1.421)	1.240	(1.017- 1.510)
<b>2007</b>								
<b>1-14</b>	.949	(.812- 1.109)	.927	(.793- 1.083)	.824	(.704- .965)	-	
<b>15+</b>	1.054	(.902- 1.231)	1.079	(.923- 1.261)	1.213	(1.036- 1.421)	-	
<b>2010</b>								
<b>1-14</b>	1.388	(1.191- 1.618)	1.368	(1.173- 1.595)	1.251	(1.071- 1.461)	1.076	(.916- 1.265)
<b>15+</b>	.721	(.618- .840)	.731	(.627- .853)	.799	(.685- .933)	.929	(.790- 1.092)



**Bilag 9: Stratificerede analyser, ønsker rygeforbud**

2007 som reference

<b>Rygestatus</b>	<b>Daglig-rygere</b>		<b>Ikke daglig-rygere</b>	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>Arbejdspladser</b>	1,756	(1,516-2,033)	1,410	(1,330-1,496)
<b>Hospitaler</b>	1,708	(1,526-1,912)	1,444	(1,355-1,538)
<b>Caféer og værtshuse</b>	2,760	(2,214-3,441)	1,691	(1,588-1,801)
<b>Restauranter</b>	3,467	(2,956-4,066)	2,036	(1,919-2,159)
<b>Butikcentre</b>	1,794	(1,605-2,004)	1,503	(1,410-1,603)
<b>Offentlige kontorer</b>	2,087	(1,866-2,336)	1,569	(1,475-1,669)
<b>Gennemsnit</b>	2,262	(1,947-2,632)	1,609	(1,513-1,711)

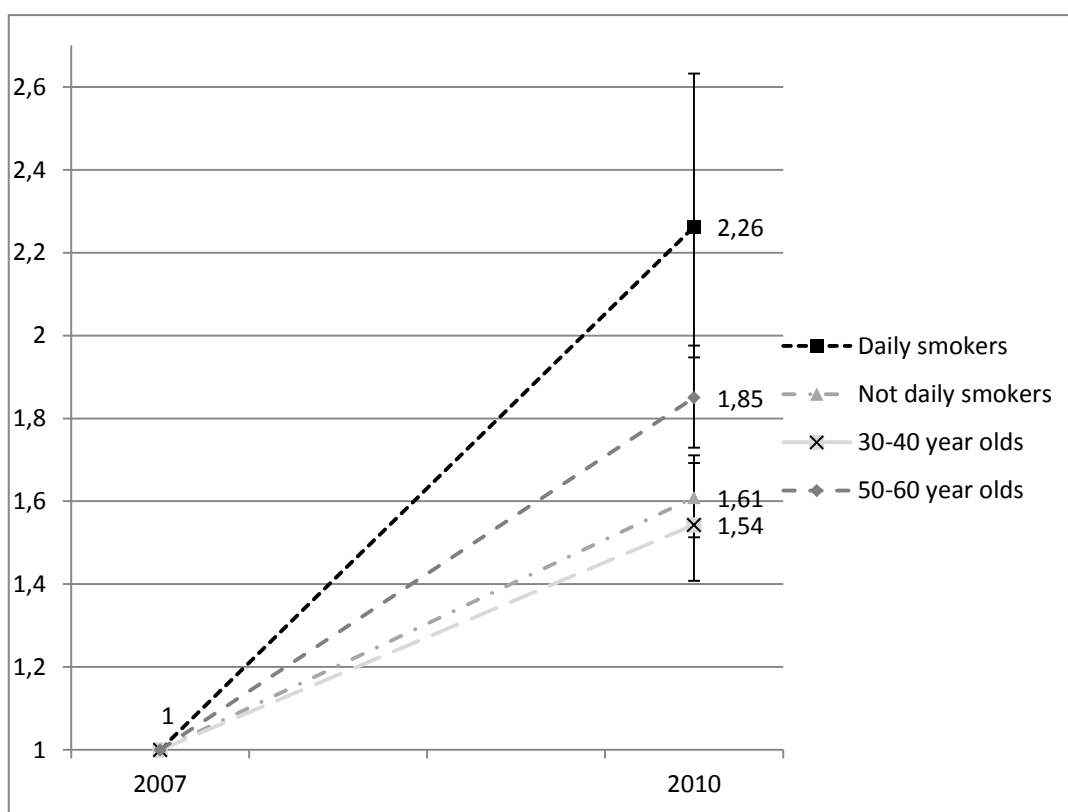
<b>Alder</b>	<b>30-40årige</b>		<b>50-60årige</b>	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>Arbejdspladser</b>	1,121	(1,024-1,228)	1,772	(1,659-1,892)
<b>Hospitaler</b>	1,418	(1,295-1,554)	1,630	(1,527-1,740)
<b>Caféer og værtshuse</b>	1,630	(1,478-1,797)	1,908	(1,774-2,052)
<b>Restauranter</b>	2,099	(1,920-2,295)	2,217	(2,075-2,368)
<b>Butikcentre</b>	1,505	(1,373-1,650)	1,683	(1,574-1,799)
<b>Offentlige kontorer</b>	1,487	(1,360-1,625)	1,893	(1,772-2,022)
<b>Gennemsnit</b>	1,543	(1,408-1,692)	1,851	(1,730-1,977)

<b>Køn</b>	<b>Kvinder</b>		<b>Mænd</b>	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
<b>Arbejdspladser</b>	1,563	(1,456-1,678)	1,461	(1,349-1,582)
<b>Hospitaler</b>	1,637	(1,525-1,757)	1,501	(1,385-1,625)
<b>Caféer og værtshuse</b>	1,987	(1,838-2,148)	1,625	(1,488-1,775)
<b>Restauranter</b>	2,377	(2,212-2,553)	1,990	(1,841-2,151)
<b>Butikcentre</b>	1,691	(1,570-1,821)	1,556	(1,439-1,683)
<b>Offentlige kontorer</b>	1,839	(1,711-1,976)	1,611	(1,491-1,741)
<b>Gennemsnit</b>	1,849	(1,719-1,989)	1,624	(1,499-1,760)

## Geografi

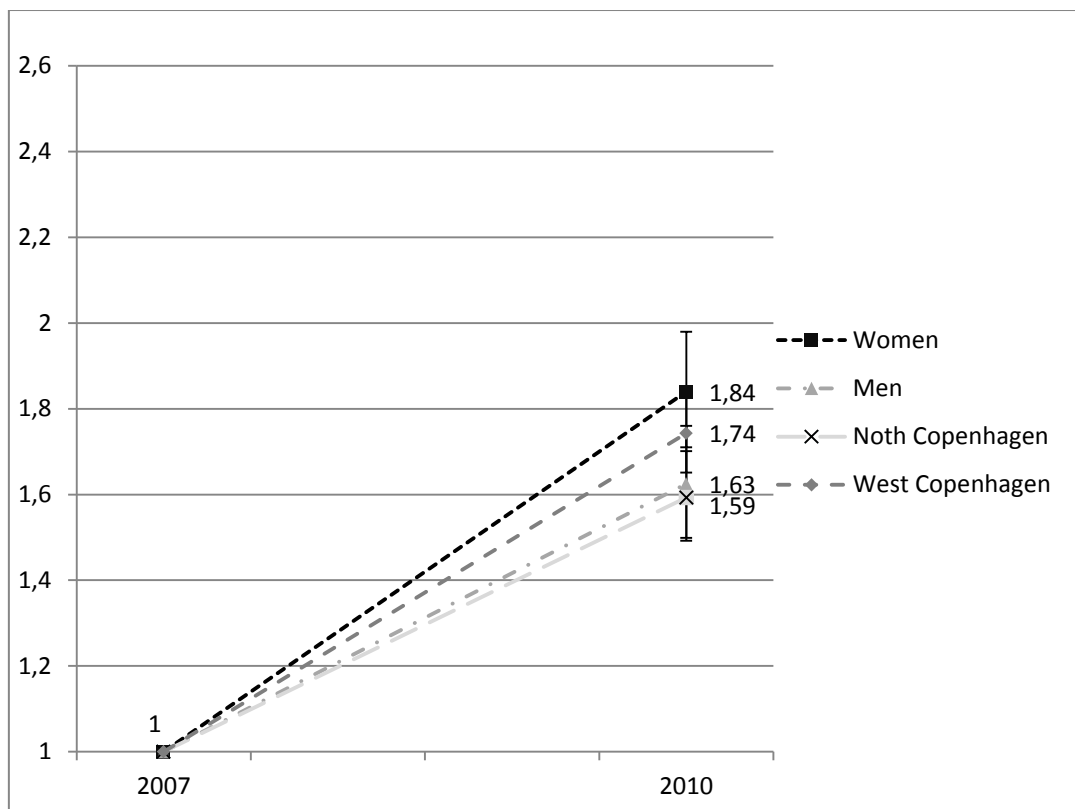
	Vestegnen		Nordsjælland	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Arbejdspladser	1,517	(1,439-1,559)	1,436	(1,347-1,530)
Hospitaler	1,573	(1,492-1,658)	1,499	(1,404-1,602)
Caféer og værtshuse	1,820	(1,717-1,929)	1,611	(1,505-1,725)
Restauranter	2,193	(2,080-2,311)	1,992	(1,869-2,123)
Butikcentre	1,624	(1,539-1,714)	1,503	(1,406-1,608)
Offentlige kontorer	1,729	(1,641-1,823)	1,516	(1,420-1,619)
Gennemsnit	1,743	(1,651-1,839)	1,593	(1,492-1,701)

## Ændring i tilslutning til rygeloven, stratificeret på alder og rygestatus





Ændring i holdning til rygeloven, stratificeret på køn og socialgruppe





## **Bilag 10: Spørgeskemaer**

[Vedlagt]

## SPIRIT PhD Series:

1	<b>Christina Fiig</b> A Feminist Public Sphere - An Analysis of the Habermasian Public Sphere in a Danish Gender Political Context	2004
2	<b>Björg Colding</b> Education and ethnic minorities in Denmark	2004
3	<b>Camilla Elg</b> Set og overset. Unge kvinder med indvandrerbaggrund i Danmark	2005
4	<b>Lærke K. Holm</b> Folketinget og Udlændingepolitikken – diskurser om naturaliserede, indvandrere og flygtninge 1973-2002	2006
5	<b>Trine Lund Thomsen</b> Immigrant Entrepreneurship as Gendered Social Positions - A study on motivations and strategies in a biographical perspective	2006
6	<b>Lars Andersen</b> Politik og forvaltning i arbejdsskadeforsikringen i Danmark 1898-1933	2006
7	<b>Helene Pristed Nielsen</b> Deliberative Democracy and Minority Inclusion in Australia and New Zealand	2006
8	<b>Berhanu Balcha</b> Restructuring State and Society: Ethnic Federalism in Ethiopia	2007
9	<b>Kirsten Hviid</b> "No Life"- om gadelivsstil, territorialitet og maskulinitet i et forstads kvarter	2007
10	<b>Anette Kanstrup Jensen</b> Development Theory and the Ethnicity Question - The Cases of Lao People's Democratic Republic and Thailand	2007
11	<b>Poul Duedahl</b> Fra overmenneske til UNESCO-menneske. En begrebshistorisk analyse af overgangen fra et biologisk til et kulturelt forankret menneskesyn i det 20. århundrede	2007
12	<b>Jens Eistrup</b> Enhed og inkongruens. En analyse af politiske selvbeskrivelser i Danmark og Frankrig i årene efter Første Verdenskrig - med særlig vægt på relationen mellem Folkeforbundets internationale	2007

normativitet og begreber om enhed, suverænitet og demokrati i den nationale politik

---

- |    |  |      |
|----|--|------|
| 13 | <b>Sune Q. Jensen</b><br>Fremmed, farlig og fræk. Unge mænd og etnisk/racial andenhed - mellem modstand og stilisering   | 2007 |
| 14 | <b>Louise N. Kallestrup</b><br>Trolddomsforfølgelser og trolddomstro: En komparation af det posttridentine Italien og det luthersk protestantiske Danmark i det 16. og 17. århundrede        | 2007 |
| 15 | <b>Corrie Lynn McDougall</b><br>Why Food Aid Persists and Food Security Recedes  | 2008 |
| 16 | <b>Torsten Rødel Berg</b><br>Lokal vandressourceforvaltning i Nepal: Socio-økonomisk forandring og institutionelle reaktioner  | 2008 |
| 17 | <b>Andrea Graw-Teebken</b><br>Nationaliserede grænserum. En undersøgelse af nationale diskurser i Østfrisland og Slesvig, 1815-1867  | 2008 |
| 18 | <b>Mette Frisk Jensen</b><br>Korruption og embedsetik - en undersøgelse af det danske styres syn på korruption og embedsetik blandt centraladministrationens embedsmænd i det 19. århundrede | 2008 |
| 19 | <b>Martin Bak Jørgensen</b><br>National and Transnational identities: Turkish identity in Denmark, Sweden and Germany  | 2009 |
| 20 | <b>Louise Takeda</b><br>Transforming Forestry on Haida Gwaii: The Politics of Collaboration and Contestation in the Struggle for Justice and Ecological Integrity                            | 2009 |
| 21 | <b>Lotte Bloksgaard</b><br>Arbejdsliv, forældreskab og køn – forhandlinger af løn og barsel i tre moderne virksomheder   | 2009 |
| 22 | <b>Ingeborg Nordbø</b><br>Living with tourism. The case of small-scale rural tourism businesses in Norway and Chile  | 2009 |
| 23 | <b>Karina M. Smed</b><br>Tourism & Identity - Accumulated tourist experience and travel career narratives in tourists' identity construction   | 2009 |

24	<b>Jeppé Plenge Trautner</b> Beliefs and the Politics of Modern Military Interventions. An analysis of how pre-conceptions about the nature of war and armed conflict shape the democracies' generation, use and direction of military force	2009
25	<b>Susi Meret</b> The Danish People's Party, the Italian Northern League and the Austrian Freedom Party in a Comparative Perspective: Party Ideology and Electoral Support	2010
26	<b>Helle Stenum</b> Migration management at the margins. Transnationalized and localized government of marginalized migrants in Denmark: Au pairs and destitute EU citizen	2011
27	<b>Lise Rolandsen Agustín</b> Gender Equality and Diversity at the Transnational Level. Challenges to European Union policy-making and women's collective mobilization	2011
28	<b>Daniel Gustafsson</b> A study of the operational strategies and organisational structures of traffickers operating the Danish and Swedish market for commercial sex	2011
29	<b>Peter Wilgaard Larsen</b> Partnerskab og Regional Erhvervsfremme i Danmark	2011
30	<b>Julia Zhukova Klausen</b> Transnational Living in Everyday Practices: A Study of Social and Discursive Aspects of Transnational Networking and its Role in Identity Construction	2011
31	<b>Jakob Ørnbjerg</b> Mod en ny tid? Studier over det aalborgensiske rådsaristokratis økonomiske, politiske, sociale og kulturelle udvikling 1600-1660	2011
32	<b>Abdulkadri Osman Farah</b> Diaspora Development, Space Formation and Mobilization: The Case of Somali Diaspora in Denmark and the UAE	2011
33	<b>Pennie F. Henriksen</b> Small Tourism Firms' Inter-organisational Relations and Knowledge Processes: The Role of Social Embeddedness in Networks. The case of the municipality of Viborg, Denmark.	2012
34	<b>Jørgen Mührmann-Lund</b> Borgerligt Regimente – Politiforvaltningen i købstæderne og på landet under den danske enevælde	2012

35	<b>Zelege Bekele Worku</b> Factors that affect adverse outcomes of pregnancy among women with ages 15 to 49 in Pretoria, South Africa	2012
36	<b>Helle Hjortnæs Kristensen</b> Regional Policy, Partnership and Institutional Change – exploring the interactions between policy developments at the European, national and regional levels with particular focus on the organizational principle of partnership.	2012
37	<b>Jacob Roesgaard Kirkegaard Larsen</b> Family Holiday Homescapes. Place, individual and social perspectives on the intra-family experience dynamics at the holiday home destination	2013
38	<b>Line Dahl Olesen</b> Regionalisering af kulturarven. En analyse af praksisbaserede Videns- og samarbejdsdynamikker i en kulturregional udviklingsproces	2013
39	<b>Bonn Juego</b> Capitalist Development in Contemporary Southeast Asia. Neoliberal Reproduction, Elite Interests, and Authoritarian Liberalism in the Philippines and Malaysia	2013
40	<b>Jesper Manniche</b> Territorial Knowledge Dynamics and alternative food: The case of Bornholm	2013
41	<b>Betina Verwohlt</b> Den rygende rEvolution. Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi	2013