



LUND UNIVERSITY

Folkhälsouppllysning genom tiderna

Sandberg, Helena

1999

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Sandberg, H. (1999). *Folkhälsouppllysning genom tiderna*. (Working paper). Avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

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

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

LUNDS UNIVERSITET

Folkhälsouppllysning genom tiderna

Helena Sandberg

2000-01-01

Helena Sandberg Doktorand vid Avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap, Sociologiska institutionen, Lunds universitet. Paper framlagt vid det högre allmänna seminariet i Medie- och kommunikationsvetenskap, Lund den 13 september 1999

Hälsokommunikation i ett historiskt perspektiv

av Helena Sandberg

Det svenska folket ”vinner” allt fler levnadsår och mår allt bättre. Att vi lever längre har alltså inte endast inneburit att fler år lagts till livet, utan också att liv, livskvalité, lagts till åren (Folkhälsoinstitutet, 1994). Med folkhälsan är det faktiskt prima, skriver Berg (1999) i artikeln *Folkhälsan tiger inte still*. Att svenska folkets hälsa är god är en sanning med modifikation. Förvisso kan man lyfta fram otaliga exempel på medicinska, hygieniska och tekniska framsteg som under de sista trehundra åren lett till en hälsoförbättring för gemene man – utrotandet av sjukdomar som smittkoppor och tbc; införandet av rinnande vatten, vattenklosetter och avlopp i bostäderna, upptäckten av bakterier, antibiotika, vitaminer, blodets AB0- och Rh-system; förbättrad kost, folktandvården m.m. – fattigsjukdomarna är utrotade, men välfärdssjukdomarna har gjort sitt intåg. Klyftorna mellan de resursstarka och de resurssvaga växer kontinuerligt med en ojämnt fördelad hälsa som en av flera konsekvenser. Internationellt sett ligger Sverige mycket bra till. Endast Japan och Islands befolkning har en längre genomsnittsalder än Sverige, och jämfört med många länder har Sverige en framskjuten position när det gäller att vårda medborgarnas hälsa och förebygga ohälsa.

Upplysningsidealen fick starkt fäste i Sverige på 1700-talet och därmed drömmen om att skapa ett bättre samhälle genom kunskapsspridning. Den informerade och upplysta människan förväntades fatta kloka beslut och agera rationellt. Ohälsa, sjukdom och osunt leverne skulle fördrivas med folkhälsoupplysning. Föreliggande paper syftar till att beskriva och diskutera hur folkhälsoupplysningen har sett ut genom tiderna från 1700-talet och fram till modern tid.

Papret är indelat i två delar, där den första delen fokuserar historiska fakta kring folkhälsoupplysningens utveckling, och den andra delen fokuserar hälsoupplysningen i modern tid, med särskild tonvikt på administrationen och byråkratiseringen av upplysningen samt en kritisk diskussion av dess teoribildning. Papret har inriktats på att besvara nedanstående frågor:

- När uppstod folkhälsoupplysningen i Sverige, och när övergick hälsa från att vara en privatsak till att bli en statlig angelägenhet?
- Vem/vilka aktörer har under olika epoker kommunicerat om hälsa/ohälsa och vad kännetecknar dessas budskap?
- Vilken teoribildning, vilka kommunikationsmodeller och strategier har man tillämpat och tillämpar man idag för att bedriva hälsoupplysning?

Papret inleds med en begreppsdiskussion, där folkhälsa, hälsa och ohälsa granskas och diskuteras. Därpå följer ett kapitel om hälsoupplýsningens framväxt och dess initiativtagare, folkets intresse för hälsa samt vad som kännetecknade den första hälsoupplýsningen och vilka vägar man valde att föra ut sina budskap. Det andra kapitlet behandlar olika teman eller budskap i hälsoupplýsningen: natur, moral och renlighet.

Del två inleds med folkhälsoarbetets organisering, från sockenstämmor och hälsopoliser via Medicinalstyrelsen till dagens Folkhälsoinstitut. I kapitel fyra diskuteras begreppen *health promotion* och *health education* samt *health communication*. Därefter följer en kritisk genomgång av hälsokommunikationens teoribildning och en diskussion om reklamens och marknadsföringens inverkan på hälsokommunikationen. Papret avslutas med ett avsnitt om behovet av alternativa synsätt inom hälsoupplýsningen.

Del I

Några grundläggande begrepp

Om man ska beskriva fenomenet folkhälsouppplýsning, eller med den något modernare termen hälsoinformation/kommunikation, kan det vara på sin plats att man först försöker definiera eller åtminstone konkretisera de grundläggande ting som detta utgår från, nämligen föreställningar om vad hälsa, ohälsa och folkhälsa är för något.

Folkhälsa

Vad kan vi inledningsvis säga om begreppet folkhälsa? Exempelvis kan man konstatera att begreppet folkhälsa är laddat med både positiva och negativa värden. Det positiva är bland annat associationer till rättvisa, jämlikhet och faderlig omsorg. Begreppet är dock inte entydigt och oproblematisk, utan sammankopplas även med vissa negativa konnotationer: t.ex. kontroll, samhällsplikt, värdesättning av människor och i extrema fall, diskriminering. Folkhälsa handlar om att det inte är "[...] individen själv, utan någon annan [som] vill att hon – betraktad som kollektiv – ska hålla sig frisk." (Johannisson, 1990:64)

Det är relevant att skilja på individuell hälsa och folkhälsa. Man kan svårligen bryta ut individerna ur deras befolkningsmässiga sociala eller kulturella sammanhang när man talar om deras hälsa, hävdar t.ex.. Vågerö (1994), docent i medicinsk sociologi. Om tysken och svenskens genomsnittliga livslängd skiljer sig åt beror det snarare på sociala och strukturella faktorer än på individuella beskaenheter hos tyskar respektive svenskar. *Folkhälsan är ett slags uttryck för de biologiskt och socialt definierade risker som medborgarna utsätts för, risker som är väl integrerade i vår kultur, och därmed svårföränderliga.* Vågerö tar upp kostvanor och trafik som exempel på dylika risker (1994). Risker, riskkalkyler och riskuppfattningar ingår i diskussionen om folkhälsa, en närmre diskussion om risker ryms dock inte inom ramen för detta paper.

Folkets hälsa, folkhälsan är ett fenomen som började så smått att väcka officiellt intresse under senare hälften av 1700-talet då Sverige befann sig i en bryt-

ningstid — det moderna samhällets begynnande framväxt. Framtill dess hade hälsan varit en strikt *individuell* angelägenhet och en angelägenhet för ytterst få i samhället, främst aristokratin. Folkets hälsa, vilket i ett senare skede kom att inkludera även allmogen, kom dock med tiden allt mer att övergå från en individuell till att bli en *statlig* fråga, och som därefter överlämnades till den framväxande läkarkåren (Qvarsell, 1994). Enligt Johannisson (1990) fanns dock tanken om att staten har ett ansvar för medborgarnas hälsa, t.o.m. mer än individen, redan under 1650-talet. Argumenten eller motiven för staten att främja medborgarnas hälsa och sundhet var såväl befolkningspolitiska och ekonomiska som patriarkaliska. Hälso- och sjukvård blev också viktiga medel för utövande av makt och moralisk och social kontroll, något som i synnerhet Foucault uppmärksammat i flera av sina skrifter (se t.ex. Foucault, 1989/1963; 1987/1974, 1991).

I slutet av 1800-talet (ca 1870) blomnade statens intresse för folkhälsan upp ordentligt, och sedan dess har den varit ett kärt område för statliga åtgärder och reformer – en ny politisk arena (Johannisson, 1990, Palmblad & Eriksson, 1995). De styrande insåg nämligen under 1800-talets senare hälft att landets främsta resurs var befolkningen, dess arbetskraft och soldatunderlag. Ju fler medborgare, desto större nationell rikedom, resonerade man.

Den s.k. befolkningsfrågan hade dels en *kvantitativ*, dels en *kvalitativ* aspekt. Man förstod att det behövdes inte bara många arbetare, utan de skulle dessutom vara av rätt virke, dvs: fysiskt starka, själsligt balanserade och moraliskt sunda (Frykman & Löfgren, 1985; Ekenstam, 1993).

En stor befolkningsökning medförde under 1800-talet ökad nöd och fattigdom med ohälsa och död som följd. Emigration och sjunkande födelsetal i början av vårt sekel väckte nytt liv i befolkningsfrågan och ledde bland annat till flera statliga utredningar och den så omtalade publikationen *Kris i befolkningsfrågan* (1934) av makarna Myrdal, vilken kom att fungera som en väckarklocka även för allmänheten.

Befolkningens hälsa blev emellertid intressant därför att staten var beroende av den. Folkhälsan utgjorde en förutsättning för industrialiseringen. Det var alltså huvudsakligen inte av humanitära skäl som folkets välmående fokuserades, utan snarare kapitalistiska eller nationalekonomiska intressen – en rädsla för minskad profit till följd av arbetskraftens försämring. Man insåg således tidigt att genom att använda statliga medel till preventivt hälsoarbete, i synnerhet upplysning, i strävan att förebygga folkets ohälsa, så skulle staten i slutändan spara stora delar av sina resurser (Lupton, 1995).

Den förebyggande hälsovården har alltid lagt speciell tyngd vid samhällsnyttan. De bästa exemplen på att man satt samhällsnyttan framför den enskildes intressen finner man i 1900-talets mycket kontroversiella lagstiftning om sterilisering, kastrering, behandling av sinnessjuka och hemlösa – sociala problem som man trodde sig kunna lösa med medicinens hjälp, i den sociala ingenjörskonstens namn (för en utförlig diskussion se t.ex. Frykman & Löfgren, 1985; Hirdman, 1989; Johannisson, 1990; Qvarsell, 1994; Lupton, 1995; Palmblad & Eriksson, 1995; Johannisson, 1997). Samhällsekonomiska argument väger fortfarande tungt och motiverar givetvis även dagens folkhälsoupplysning.

Begreppet folkhälsa är i sig en modern företeelse. Det institutionaliserades 1938 samtidigt med tillkomsten av Statens institut för folkhälsan och blev därmed också en betydelsefull ingrediens i folkhemsbyggandet och drömmen om den livsdugliga samhällskroppen (Johannisson, 1990; 1997). Folkhälsa är ett begrepp som används för att beteckna *det allmänna hälsotillståndet inom en geografiskt avgränsad befolkning* (Karlsson, 1995:7). Folkhälsoproblem är de som berör många människor

eller förekommer frekventare inom vissa grupper än andra, och som ökar markant i omfattning. Till våra främsta folkhälsoproblem idag hör: missbruk av alkohol och droger, övervikt, cancer, allergier m.m. (Folkhälsoinstitutet, 1994).

Hälsa och ohälsa

Det finns ett otal definitioner på hälsa och ohälsa: expertdefinitioner såväl som folkliga definitioner, teoretiska liksom praktiska, objektiva eller subjektiva, dynamiska eller statiska, men också konkreta alternativt abstrakta definitioner (Willman, 1996).

Medicinska antropologer, som synat begreppsparet hälsa/ohälsa närmre, menar att ohälsa är ett begrepp med flera dimensioner. Forskare har försökt att skilja på olika aspekter av ohälsa, och socialantropologen Sachs är en av dem som ingående diskuterar begreppet (1983, 1987, 1992, 1994). I sin diskussion utgår hon från den engelska terminologin där man skiljer på *illness* och *disease*. Det förre förklaras med det som en människa upplever som ohälsa. Personliga känslor av obehag som inverkar på individens sociala funktion. *Illness* handlar alltså om *subjektiva* uttryck för olika slags otrevliga förmimmelser, som inte nödvändigtvis syns, men känns. *Disease* däremot är *objektivt* observerbar ohälsa som kategoriseras, förklaras och behandlas i medicinska termer av en läkare då han ställer en diagnos. *Illness* kan förekomma utan att *disease* går att finna (läkaren kan inte ställa en säker diagnos), och *disease* kan finnas utan att *illness* föreligger (Sachs, 1983).

Hälsa och ohälsa är inte fasta definitiva begrepp, utan deras innebörd ändras *dels* över tiden, *dels* beroende på kulturell kontext. Ohälsa på 1700-talet och 1800-talet var inte samma ohälsa som idag – nostalgi, nervtrötthet, onani och hysteri var kultursjukdomar typiska för sin tid, men anses inte vara sjukdomar idag – och hälsa för den unge individen har en annan innebörd än för den åldrande. Olika livsideal, normer, värderingar och föreställningar om det goda livet medför att innebörden i hälsobegreppet förändras i såväl individers tänkande, språk som självdiagnostik.

Hälsa och ohälsa kan inte vara neutrala begrepp; de har alltid ett kulturellt innehåll (Palmlblad & Eriksson, 1995; Mellemegaard, 1998). I t.ex. Västvärlden är vi oerhört fixerade vid hälsa och man talar ofta om en kropps(medveten) kultur (Sachs, 1994; Beardsworth & Keil, 1997; Johansson, 1997). En politiskt korrekt kropp är hos såväl män som kvinnor: slank, stark och i fysisk form. Hälsan är något som förvärvas, snarare än nedärvs, och ohälsa likställs med ett personligt misslyckande med att äta rätt kost och motionera tillräckligt mycket. Ohälsa får innebörden slapphet, okontrollerbarhet, hedonism, förfall och ansvarslöshet (Lupton, 1995). Den som förlorar hälsan får skylla sig själv. Hälsa eller ohälsa är individens eget val.

Hälsa kan betraktas som både *mål* och *medel*. I det första fallet handlar det om en *upplevelseaspekt* – att uppleva välbefinnande – i det senare fallet åsyftas *görandeaspekten* – att ha förmågan att effektivt fullgöra sina roller på jobbet, privat, bland vänner och i familjen (Eriksson, 1994).

Hälsa definieras i vissa fall *negativt*: ”En människa har hälsan [...] om och endast om hon helt saknar sjukdomar” (Nordenfelt, 1994:111). En pleonasm och i sig intetsägande definition. Hälsa kan också definieras *positivt* dvs. hälsa beskrivs utan att man går omvägen via sjukdom. Enligt det senare synsättet betraktas hälsa eller ohälsa som något som har stor inverkan på människans handlingsförmåga i ett socialt sammanhang. Nordenfelts (1994) positiva definition av hälsa lyder på följande sätt: ”[...] en person har full hälsa endast om hon eller han kan förverkliga

sina vitala mål under standardomständigheter.” (1994:113). Därmed går Nordenfelt ett steg längre än såväl Parson (1951) och Kalman (1975) (bägge cit. i Eriksson, 1994) som båda är mer inriktade på individens förmåga att hantera vardagliga utmaningar och inte särskilt betydelsefulla mål.

Hälsa bör dock i rimlighetens namn vara ett betydelsefullt mål för alla, något eftersträvansvärt (Sachs, 1992; Nordenfelt, 1994), vilket också har styrkts många gånger i värdebedömningar, där hälsa är ett av Rokeachs – värdeforskningens grand old man – tjugotal värden som hamnar överst i respondenternas prioriteringslista (se t.ex. Bennulf & Oscarsson, 1996; Hillve, 1996)

Den definition på hälsa som gång på gång återkommer i litteraturen är Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition från 1948 (se t.ex. Qvarsell, 1991:27; Sachs, 1992:42; Eriksson, 1994:321; Lupton, 1995:70):

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet/skada.)

Flertalet av dem som tar upp definitionen ställer sig samtidigt kritiska till den, då den anses vara för vid och orealistisk (Eriksson, 1994; Nordenfelt, 1994). När definitionen kom väckte den åtlöje i medicinska kretsar, skriver Qvarsell (1991).

Sachs (1992) menar att definitionen innehåller olämpliga indirekta värderingar. Exempelvis kan WHO:s definition tolkas som att världens ohälsa ska kunna botas med hjälp av vetenskapliga framsteg. WHO:s ambition om hälsa för alla människor kan leda till att sociala problem olyckligt nog definieras som hälsoproblem. Den främsta kritiken mot definitionen ovan från Sachs (1992) är dock att den rymmer begreppet ”socialt välbefinnande”, vilket medför att man måste ta ställning till den filosofiska problematiken kring vad mänsklig lycka innebär, något som medicinerna troligtvis inte är bäst lämpade för.

Behovet av filosofer inom det hälsofrämjandet arbetet poängteras av Nordenfelt (1994). Även om våra uppfattningar om sjukdom och ohälsa har påverkats i stor utsträckning av medicinen så har våra föreställningar om hälsa fortfarande en religiös, filosofisk innebörd. Hälsa är ett av de vaga ord som vi ofta återkommer till då vi talar om visionen om det *goda livet*. Många gånger får hälsa stå som synonym för lycka skönhet och harmoni (Qvarsell, 1991).

En frisk människa, en människa med god hälsa är dock inte det samma som en lycklig människa. En lycklig människa behöver inte heller per definition vara frisk. En människa kan må gott och vara lycklig, men samtidigt lida av en kronisk sjukdom. Ohälsa är lika lite synonymt med sjukdom, som hälsa är likvärdigt med att vara fri från sjukdom. Hälsa och ohälsa är med andra ord långt ifrån enkla och självklara begrepp. Hälsans och ohälsans betydelser och kroppsliga uttryck skapas i och av den specifika kultur människan lever i. Följande citat indikerar begreppens komplexitet:

”Det lär finnas ca 8000 diagnoser, dvs antal sätt att beskriva människors sjukdomsförlopp. [...] I diskussionen om hälsa söker vi ofta efter en definitiv definition, men om hälsa är lika komplex som sjukdom bör det finnas lika många ’hälsor’ som sjukdomar.” (Psykisk hälsa, underlagsrapport nr. 10, Nationella folkhälsokommittén, cit efter. Berg, 1999:25)

Allt för sällan, om någonsin, problematiseras hälsobegreppet, inte minst inom den verksamhet som gör anspråk på att försöka främja folkets hälsa (Palmlblad & Eriksson, 1995). Hälsa har blivit något som tas för givet, något som inte behöver förtydligas eller ges en definition. Istället får hälsa en common sense-betydelse,

som vi alla tyst instämmer i. ”Var plåga har sitt skri för sig, men hälsan tiger still”, som Erik Gustaf Geijer skrev i sin dikt Odalbonden (cit. efter Qvarsell, 1991:27).

Hälsoupplýsningens glansperiod

Qvarsell (1994) skriver att hälsoupplýsningen hade sin glansperiod under 1700-talet. Det var då som de första initiativen togs till att informera folket om vikten av god hälsa. Nedan presenteras dels de sjukdoms- och smittospridningsteorier som var gällande under detta sekel, dels folkets intresse för hälsan under den här eran, men också vad som kännetecknar den tidiga hälsoupplýsningen och hur den långsamt utvecklades.

Tidiga teorier om hälsa och ohälsa

Under större delen av 1700-talet dog vart tredje barn innan 10 års ålder. Medellivslängden för män var nästan 33 år, och för kvinnor uppgick den till 36 år. Folket levde med en vetskap om att de när som helst kunde drabbas av dysenteri, kolera, syfilis eller pest. Varje graviditet var ett hot mot livet. Den mest obetydliga sjukdom eller skada kunde leda till döden eller ge bestående men (Johannisson, 1990). Vid den här tiden fanns två förhärskande smittospridningsmodeller, vilka låg till grund för folkhälsoinsatser under flera sekel ända fram till upptäckten av mikrober (bakterier). De två modellerna eller teorierna var den s.k. miasmateorin och kontagionsmodellen (av eng. *contagion*) eller tanken om kontaktsmitta (Sundin, 1994).

Den första teorin förklarade ohälsa med uppkomsten av oren, dålig, illaluktande luft som antingen inandades eller trängde in genom huden. Att bli instängd i illaluktande lokaler ansågs därför särskilt hälsovådligt. Miasmateorin ligger också bakom fransmännens rikliga användning av parfym. Fransmännen trodde att de genom att bestänka sig med väldoftande ämnen skulle skydda sig från smitta. Parfymerenade den omgivande illaluktande luften (Lupton, 1995). Enligt den andra modellen uppstod ohälsa och sjukdom genom överföring av smittsamma substanser vid mänskliga kontakter (Sundin, 1994).

Den romersk-grekiska antika kroppsvätsketeorin var länge gällande och existerade parallellt med de andra två teorierna även en bit in i början på 1700-talet. Utifrån detta synsätt inverkade naturen i kombination med individens vätskekonstitution på hälsotillståndet. Kroppens fyra vätskor skulle vara i balans med de fyra elementen (jord, eld, luft och vatten) och de fyra egenskaperna värme, kyla, väta och torka. Såväl kost som klimat, men även fysisk träning, sömn, passion och regelbunden avföring inverkade och borde regleras och noggrant balanseras i en av individen uppställd hälsoekvation (Lupton, 1995, se även Mellemegaard, 1998).

Medborgarens intresse för hälsa

Även om man tillmätte väder och vind, kost och odörer stor betydelse så var ohälsa till syvende och sist beroende av guds vilja. Sjukdom var guds straff för människan synder. Sålunda överskuggades sjukdomsmodellerna av en folklig övernaturlig förklaringsmodell, vilken medförde ett fatalistiskt och passivt förhållningssätt, hos i synnerhet den lantliga befolkningen, vid sjukdom. Allmogen var okunnig om den egna kroppens konstitution och framställs i litteraturen som ointresserad av att lära sig att bevara hälsan.

Tron på magin, vättar och andra väsen var stor (se t.ex. Frykman & Löfgren; 1979:50 ff., *Det magiska landskapet*) liksom misstron mot den akademiska medicinen och läkarna. Landsbygdsbefolkningen hade större förtroende och tillit till den lokala kloka gumman och kvacksalvaren. De första provinsialläkarnas kamp mot sjukdom/ohälsa var därför lika mycket en kamp mot djupt rotade värden och traditioner som en kamp för sundheten.

Borgarens inställning till kropp och hälsa var av ett helt annat slag. I stan ville man må bra och njuta den tid man hade på jorden. De första läkarna kom nästan att betraktas som frälsare i borgarnas strävan efter att uppnå detta välmående. I brev, memoarer och liknande dokument finner man vittnesmål om en helt annan kroppsmedvetenhet, och man intresserar sig och månar om varandras hälsa, byter råd, hälsokurer, tips och rekommendationer för att främja frisk och frodighet (Johannisson, 1990, Mellemegaard, 1997).

Tidigt var det alltså samhällets övre skikt, adeln, men framför allt borgarna, som intresserade sig för hälsa och sundhet (Bergström, 1992). Detta var inget konstigt i sig. De var den kategori av människor som hade tid och råd att bekymra sig för sin hälsa och följa hälsoråden. Det var också den urbana eliten som var läskunnig och kunde ta del av den allra första folkhälsolitteraturen, vilken vände sig till en början till en begränsad bildad klick medborgare – inte gemene man. Hälsa blev på så vis ett indirekt tecken på borgerliga dygder i bourgeoisiens strävan att distansera sig från den resterande befolkningen, underklassens omoraliska och ansvarslösa livsstil, och adelns etikettsnobbism och överdådiga leverne (Mellemegaard, 1998).

Vi kan konstatera att den första hälsoupplýsningen var miltals ifrån dagens massmedierade massspridda information, då den nådde ytterst få.

Den första hälsoupplýsningens aktörer och kanaler

Den första folkhälsoupplýsningen bedrevs av enskilda aktörer (berömda läkare och akademiker i stort) som inte representerade någon organisation, utan såg det som sitt personliga kall och ansvar som bättre vetande varelser att sprida sin kunskap till de mindre kunniga.

De lärda männen, för det var uteslutande män under denna epok, reagerade starkt mot den övernaturliga och religiösa folktron. Deras tilltro stod till människans förmåga att kontrollera sitt eget livsöde efter eget behag. Alla förutsattes, något naivt, att ha samma förutsättningar till hälsa. Kunskap var det första steget på vägen mot rationellt tänkande och handlande. Folket behövde dock ledas till upplýsning, och ett paternalistiskt angreppssätt gjorde sig tidigt gällande i hälsoupplýsningen (jfr. diskussionen om *governmentality* och the *ideology of statism* i Lupton, 1995; se även Foucault, 1991). Detta gick tillbaka på den djupt rotade patriarkala traditionen vars idéer kom till uttryck i såväl den sociala hierarkin som i religionen, i överensstämmelse med Luthers hustavla (Sundin, 1994).

Enligt den patriarkala traditionen är vissa individer mer lämpade än andra vad gäller att avgöra vad det goda livet ska innehålla och innebära. Dessa individer har både en skyldighet och en rättighet att tillämpa sina överlägsna kunskaper, till och med mot den enskilde individens vilja, om nöden så kräver. Att främja någon annans hälsa utan att denne individ har samtyckt medför dock alltid ett etiskt risktagande (Nordenfelt, 1994). Även om det finns något slags välmående drag i detta förhållningssätt så har folket naturligt nog vid flera tillfällen visat öppen fiendtlighet och starkt motstånd vid genomförande av förändringar, regleringar och nya krav från statsmakternas sida (ett sådant exempel är protester och uppkomsten av veri-

tabla motståndsrörelser i samband med den obligatoriska vaccinationen mot smittkoppor), och gör så till viss del även idag.

Sverige har blivit känt som ett exempel på ”extremt” paternalistisk anda. Det är dock graden, inte tendensen i sig (den finns representerad i flera andra länder), som är unik, och som så småningom kom att utgöra grunden till den sociala ingenjörskonsten och 1900-talets folkhemsbyggande (Sundin, 1994; Palmblad & Eriksson, 1995).

De naturvetenskapliga lagarna, idealen och metoderna sattes under 1700-talet i fokus och fick status av absoluta sanningar (Qvarsell, 1994). I upplysningens namn skrevs det böcker, pamfletter, tidskrifter och små häften om läran om det sunda levnadssättet. Upplysarna insisterade på att det gick att påverka hälsan och just därför var det var mans skyldighet att också intressera sig för den. Det fanns inte så många läkare vid den här tiden. De få som fanns bodde i städerna, främst huvudstaden, och en stor del av befolkningen var hänvisad till att klara sig själv. De första läkarböckerna handlade därför kanske inte så mycket om att leva sunt som att bota sjukdomar, och hade därmed en handbokskaraktär (Mellemgaard, 1998).

Den första hälsoupplysningen som vände sig till de breda befolkningslagren på landsbygden var de s.k. hus- eller lantapoteken, en tidig föregångare till våra dagars FASS-katalog, en slags lista med anvisningar om bruk av läkemedel. Den tidens hälsoupplysare insåg lyckligtvis till sist att allmogen hade svårt att ta till sig hälsoinformation som bara fanns tillgänglig i den akademiska litteraturen. Under tidigt 1800-tal försökte man genom att göra almanackor, kalendrar och inte minst Bondepraktikan (den hos folket mest frekvent förekommande litterära formen med undantag av bibeln och psalmboken) mer naturvetenskapliga, tränga ut folketro, magi och fördomar om medicin och hälsa. Tanken var att på så vis finna lämpliga kanaler för att nå ut med förenklade hälsobudskap till den breda folkhopen.

Hälsoreglerna var beroende av individens temperament, väder och vind, kroppsbyggnad, kön, ålder samt samhällsklass. Under 1800-talet uppstod därför ett behov av hälsoupplysningslitteratur riktad till olika målgrupper. De råd och rekommendationer som fanns var helt enkelt för allmänna. På så vis uppstod en ny sorts hälsolitteratur anpassad för olika befolkningsgrupper. Spädbarn och ungdomar var grupper som fick särskild uppmärksamhet (se t.ex. Ekenstam, 1993).

Den tidiga hälsoupplysningens mål var att civilisera befolkningen. Hälsan var på så vis inte ett mål i sig, utan ett medel för att uppnå något större – goda medborgare (se Elias, 1989/1939; Palmblad & Eriksson, 1995).

Skolan fick tidigt en central roll

Katekesens dialogform (fråga-svar) blev så småningom en förebild för att nå ut med hälsofrämjande budskap till landsortsbefolkningen, och särskilda sundhetskatekeser utarbetades för att användas i skolorna (Mellemgaard, 1998). Barnen uppmanades att återge vad de lärt sig om kost och dryck, arbete, vila, vädring, lämpliga kläder och hygien, när de kom hem. På så vis skulle informationen, enligt en traditionell tvåstegsmodell, nå en större krets.

Skolan fick tidigt en nyckelroll i hälsoupplysningen och har fram till våra dagar en central roll i reformeringen av medborgarnas livsstil i en sundare riktning. Olsson (1997) omtalar skolan som ett hälsopolitiskt centrum, och vi är många som minns skolårens hälsokontroller, mätningar, vägningar, och fluorsköljningar. Även om man har slutat att tala om skolbarn som A- respektive B-barn (se t.ex. Johan-

nisson, 1997) renlighetsbadade man skolbarn i Sveriges huvudstad så sent som för 30 år sen i socialhygienens anda (Berg, 1999).

Skollärare, klockare och präster kom att få en betydande hälsofostrande roll under 1800-talet. Att involvera prästerna som hälsoupplysare och läkare var ett sätt att bli av med kvacksalvarna, och Sverige var det enda landet i Europa som införde undervisning i medicin för teologistuderande (Mellemgaard, 1998). En viktig faktor för att nå framgång i upplysningsarbetet var nödvändigheten av att ta död på tilltron till den magiska världen. Detta kunde endast ske genom kyrkans medverkande och med hjälp av religiösa argument. Hälsa framställdes för allmogen som en religiös plikt, inte en borgerlig sådan. Att slå an på statens behov av friska medborgare var en uppmaning som sannolikt var verkningslös hos bönderna.

De tidiga hälsobudskapen

Råden i den tidiga hälsoupplysningen var många och varierande och kunde i vissa fall bidra till att skapa mer förvirring än klarhet. En hälsoprincip, som rådde under 1700-talet, för att bli ”levande och frisk” var att följa de naturliga drifterna. Argumenten uppmuntrade dock samtidigt till ”njutningssjuka” eller hedonism, vilket ansågs direkt olämpligt. Njutning och framför allt excesser i olika former var omedelbart skadligt för hälsan. Överdrifter är alltid av ondo, menade experterna. Det fanns också de som menade att hälsan är som bäst när människan bryr sig allra minst om den.

Johan Tode, medicinare, hovmedikus, professor och rektor vid Köpenhamns universitet vid sekelskiftet 1700-1800 lär ha ställt frågan om de allmänt spridda råden inte var till mer skada än gagn: ”Lever man ikke langt lykkeligere naar man slet ikke bryder sig om Diæten?” (Tode, 1782:217ff, cit. efter Mellemgaard, 1998). Tode menade att de många hälsoreglerna och hälsobudskapen snarare skapade rädsla och oro hos befolkningen och förvirrade det glada sinnelaget, som är en så viktig förutsättning för hälsa.

Även om variationen i hälsoupplysningens råd och budskap var stor fanns vissa återkommande teman. Natur, moral och renlighet var tre sådana dominerande teman i de första århundradens hälsobudskap. Dessa diskuteras mer utförligt nedan.

Natur i hälsoupplysningen

Naturen som ideal har varit ett återkommande tema inom hälsoupplysningen både för att associera till, men också identifiera det hälsosamma. Samtidigt så var naturen inget entydigt och lättolkat ideal. Det var inte självklart att fastställa vad som var naturligt och onaturligt. Naturen medförde ju även död och ödeläggelse, och kunde därför uppfattas som både något negativt och positivt.

Länge betraktades barnet, bonden och den förgångna livsstilen som tre exempel på eller symboler för det sunda och naturliga (oförstörda) livet (Mellemgaard, 1998). Såväl barnet som bonden ansågs vara okonstlade och oförställda. Barnet hade i sin renhet och oskuldssfullhet ännu inte hunnit påverkas av de tillgjorda och affekterade sederna och bruken, och bonden brydde sig helt enkelt inte om dem. Allmogekulturen har därför även i modern tid haft ett romantiskt skimmer kring sig, såsom representant för det äkta och autentiska, något att längta tillbaka till.

I slutet av 1800-talet uppstod ett antal alternativa hälsosystem baserade på bl.a. kost, gymnastik, rätt sorts underkläder, vatten luft och sol. Massgymnastiken (idrottsrörelsen) och den vegetariska rörelsen såg dagens ljus. Uppfattningen om vad som bäst främjade en god hälsa var delade, men det fanns ett gemensamt motstånd mot medicinens utveckling och läkarnas monopol på att förebygga hälsa. Gemensam nämnare var också tilltron till kroppens *naturliga motståndskraft* och *naturens hälsobringade potential* (Qvarsell, 1991 och 1994; Johannisson, 1997; Mellemgaard, 1998). Än i våra dagar har naturen en självklar plats i hälsopreventionens kampanjretorik, men även i hälsodiskursen i stort. De alternativa hälsosystemen, medicinerna (s.k. hälsokost) och behandlingsformerna får allt större spridning och erkännande.

Moralen gör sitt intåg

Den medicinska kunskapen utgjorde också ett moraliskt system. Reglerna för ett sunt leverne sammanföll väl med de i samhället och för tidsepoken korrekta sättet att leva. Sjukdom och ohälsa kopplades tidigt till ansvarslöshet. Hälsa kopplades till en måttfull och balanserad livsstil. Tidigt fokuserades därför faran med att äta och dricka i överflöd och flera av hälsorekommendationerna handlade om behovet av moderat konsumtion.

Det är inte bruk utan missbruk som är farligt, hävdades det då liksom nu. Man talade om magens tyranni, då aptiten tar makten över förnuft och anständighet. Många har fått betala en god måltid med livet, menade den danske hälsoprofeten Tode (1991/1778–1781:565, ref. efter Mellemgaard, 1998). Excesser och förkonstlade seder ansågs länge vara orsaken till sjukdomar.

Hälsoupplýsningen under 1800-talet skiljde sig egentligen inte från seklet innan, med det undantaget att 1800-talets publikationer och hälsobudskap blev allt mer och mer moraliserande (Qvarsell, 1994). Brott mot naturlagarna ansågs inte längre vara orsak till sjukdom. Däremot var avsteg från de moraliska föreskrifterna starkt kopplat till sjukdom och ohälsa i alla dess former. Det är därför inte förvånande, skriver Palmblad och Eriksson (1995), att etikettsböckerna och sundhetsupplýsningsskrifterna var näst intill identiska, både vad gäller formen och de teman som behandlades i innehållet. Ekenstams avhandling *Kroppens idéhistoria* (1993) bygger helt på detta faktum.

En konsekvens av moraliserandet blir att hälsa i ännu högre grad betraktas som individens personliga ansvar och de normativa inslagen i hälsokommunikationen blir mycket tydliga (Palmblad & Eriksson, 1995). Därmed införs också en klar skulddimension i hälsan. Enbart individen själv kan bära skulden till eventuell ohälsa.

En grund till det omfattande moraliserandet kring ohälsa låg troligen i den snabba spridningen av syfilis under 1800-talet. Många av den tidens patienter led av någon slags könssjukdom (Qvarsell, 1991). Disciplinering av kärleksakten, sexualitetens och lustens farlighet samt självbefläckelsens (onanins) sjukdomsbild var väletablerade teman i den oskarianska hälsoupplýsningen och vett- och etikettboksfloran (Frykman & Löfgren, 1979; Johannisson, 1990; Ekenstam, 1993; Mellemgaard, 1998). Det bedrevs till och med särskilda ”kampanjer mot masturbation” under 1800-talet och 1900-talets första decennier (se t.ex. Ekenstam, 1993). Sexualiteten länkade oss till naturen och till djuren och ansågs därför utgöra ett konstant hot mot ett kultiverat och civiliserat liv, ja samhällsordningen i sin helhet.

Renlighetsideal leder till socialhygienismens genombrott

Renlighet var ett gammalt tema som fick ny kraft kring 1850. Renlighetstemat fick dessutom extra sprängkraft i samband med bakteriologins genombrott under 1800-talets sista årtionde. Fokus hade vid det här laget flyttats från bondens renhetsbestyr till stadsarbetarens orenhet och framför allt industrialiseringens och urbaniseringens baksida. Bakteriologin medförde insikten om att sjukdom inte bara fanns lokalt i kroppen, utan också mellan kropparna, i själva samhället. Därmed introducerades ett nytt synsätt. Man började tala om *riskan* för sjukdom. Med detta fick övervakningen och kontrollen av samhällskroppen en ny dimension. Det gällde att identifiera det avvikande, hotande och upptäcka sjukdom i tid för att kunna sätta in åtgärder (Johannisson, 1997).

Hygienism handlade inte bara om strävan efter fysisk, kroppslig renhet utan även moralisk renhet. Statsmakterna satte likhetstecken mellan smuts och oordning, något som till varje pris skulle fördrivas. Hygien blev en ideologi som spreds till att inbegripa samtliga områden för mänskligt handlande (på alla nivåer), även de som medicinen tidigare inte intresserat sig för (fenomenet omtalas i litteraturen som *medikaliseringen* av det sociala livet).

Hemmet kom att bli socialhygienismens politiska kärna och det blev självklart kvinnan, husmodern, som blev statens främste tjänare. Det var modern som ansvarade för barnen och hela familjens fostran, hygien, kost, hälsa etc. Samtidigt som kvinnornas traditionella sätt att sköta hem och familj underkändes var det alltså till kvinnorna man vände sig i upplysningen, och många av de organisationer som man använde sig av för informations-spridning var helt kvinnliga (t.ex. husmoderssällskap, kooperativa förbund), byggde på kvinnligt medlemskap (t.ex. Röda korset) eller inrättade för kvinnor (t.ex. mödra-/barnvårdscentraler) (Hirdman, 1989).

Hygienismen banade väg för biologismen, socialdarwinismen och den så kontroversiella arvs- och rashygienen (eugeniken). Rashygienen var en rörelse som fick starkt fäste i Sverige, inte minst inom läkarkåren och bland svenska vetenskapsmän, under 1900-talets första decennier. Dess strävan var inte så mycket att skapa en hälsosam människa som en *ny* människa (Qvarsell, 1994; Johannisson, 1997).

Liksom lantbrukaren hade en noggrann standard för sina djur skulle människan uppfylla särskilda villkor eller normer vad gäller såväl utseende som kynne. Utopin var att svensken skulle vara/bli en renrasig, ljus, harmonisk, vacker, stark, självständig, intelligent och glad människa. Detta under förutsättning att de goda anlagen, de utan anmärkning (fanns hos A-människorna), tilläts fritt fortplanta sig samtidigt som de dåliga och undermåliga generna sorterades bort eller förhindrades från att föras vidare till kommande generationer i den svenska folkstammen (Frykman & Löfgren, 1985, Hirdman, 1989).

Lider således en person av sinnesslöhet, ärftlig sinnessjukdom, psykopati eller genuin epilepsi, ärftlig organisk nervsjukdom eller sådan kroppslig sjukdom eller missbildning, som kan riskeras vara ärftlig, eller är en person, som lider av sådan sjukdom, bärare av arvsanlag av angivet slag eller visar han en intellektuell eller moralisk undermålighet av konstitutionell art, måste det allmänt antagas vara ur arvshygieniska synpunkter mindre fördelaktigt, att han fortplantar sig och i synnerhet att han fortplantar sig utan begränsning. (SOU, 1936:59, s. 45)

Sterilisering av annat än medicinska skäl kan näppeligen utnyttjas annat än i de fall av förekomna mindervärdiga individer, som enligt ärftlighetslagarna oavbrutet alstras såsom avfallsprodukter från alla socialgrupper och som hava en tydlig benägenhet att fortplanta sig inbördes och således bilda familjer och grupper, starkt belastade av ärftlig undermålighet... (SOU, 1936:59, s. 47)

Det fanns vissa grupper som ansågs särskilt benägna att uppvisa brister i hygien. Behovet av folkhälsoinsatser gentemot dem var därför synnerligen angelägna. De betraktades som olägenheter. De spred smitta och störde ordningen i samhället. Det rörde sig om fattiga, folk från arbetarklassen och invandrare (Lupton, 1995), dvs. samma grupper som idag betraktas som problematiska och i särskilda behov av ingrepp från myndigheternas sida. Därtill kom de sinnesslöa, prostituerade, kriminella, och på annat sätt sjuka eller avvikande individerna.

Råden för hur människan ska leva och förebygga hälsan har likväl varit likartade genom de sista århundradena. De har förblivit förvånansvärt opåverkade av de vetenskapliga framsteg som de facto skett inom hälsa- och sjukvårdsområdet (Qvarsell, 1994).

Del II

Folkhälsoarbetets organisation och administration

De enskilda aktörernas initiativ från Carl von Linné via Nils Rosén von Rosenstein till Adolf Lichstenstein, samtliga mycket väl kända och erkända företrädare för den medicinska vetenskapen (se t.ex. Ekenstam, 1993; Mellemsgaard, 1998), räckte med tiden inte längre till. Det krävdes en mer organiserad form av folkhälsoupplysning, och en hälsobyråkrati med lagar, nämnder, förordningar och myndigheter växte som en följd därav fram i Sverige under 1800-talet. Det tidigare reaktiva hälsoarbetet kom också att ersättas av ett proaktivt tänkande och agerande. Det preventiva folkhälsoarbetet såg i och med det dagens ljus, något som behandlas nedan.

Preventionens utveckling

Under de väl omtalade och omskrivna pestepidemierna i Sverige försökte man för första gången att i större skala förhindra spridning av sjukdom och död. Isolering, karantän (från italienskans 40 dagar, vilket var den tid som ansågs nödvändig att isolera den sjuka, se Lupton, 1995), förbud mot marknader och andra större möten och sammankomster, bränning av de sjukas ägodelar och snabba begravningar var de åtgärder som stod till buds. I och med dessa, med den tidens mått, massiva insatser hade idén om statens ansvar för medborgarnas hälsa fötts i Sverige.

Folkhälsoarbetet såg dagens ljus i mitten av 1700-talet. Vi fick samtidigt vårt första sjukhus (1752). Den första systematiska folkräkningen genomfördes 1749, vilken visade det mycket bedrövliga resultatet att ungefär två miljoner människor befolkade Sverige-Finland. Sjukdom dödade 50 000 värdefulla liv per år (Johannisson, 1990). Denna folkräkningen kom att bli något av en vändpunkt i folkhälsoarbetets historia. Medicinalstyrelsens föregångare (sedermera Socialstyrelsens), *Collegium medicorum*, bildat redan år 1663 av en handfull stockholmsläkare, fick till uppgift att kommentera de befolkningsstatistiska uppgifterna och ge förslag på vilka insatser som behövdes för att öka folkmängden och därmed även arbetskraften i landet (Berg, 1999). Nya barn måste födas, redan födda måste räddas från dödens klor, och vuxna tvingas till överlevnad. Åtskilliga liv hade redan i onödan gått förlorade. Spädbarnsvård och sjukvård var otillräckligt, *prevention* var ett måste.

Sockenstämmor och hälsopoliser

På landet administrerades folkets hälsa och sedlighet via sockenstämmor och kyrkoråd. I städerna utfärdades vid åren kring sekelskiftet 1700-1800 hygieniska föreskrifter, som vid överträdelse kunde leda till böter. Lokala sundhetsnämnder inrättades också i städerna, men dessa var huvudsakligen aktiva vid akuta epidemiutbrott. År 1874 kom den första nationella hälsovårdsstadgan, vilket innebar att varje stad skulle inrätta en egen hälsovårdsnämnd och föra register över sanitära angelägenheter. Det tillsattes även särskilda hälsopoliser vilka hade tillsynsansvar över städernas hygieniska och sanitära förhållanden (Sundin, 1994; se även Lupton, 1995).

Den moderna folkhälso- och sjukvårdsväxten växte fram i industrialiseringens fotspår. Sjukdomar kom allt mer att kopplas samman med miljövillkor och boendeförhållanden. Hälsoproblemen kom därmed att i högre utsträckning betraktas som ingenjörernas och inte medicinarnas område (Lupton, 1995). Den sociala ingenjörskonsten kan härledas till dessa 1800-talets ingenjörer som förväntades med tekniska innovationer bygga bort socialt relaterade hälsoproblem under industrisamhällets utveckling (Sundin, 1994; för en utförlig diskussion om de sociala ingenjörerna och folkhembygget se Hirdman, 1989).

Ett nytt ämbetsverk inrättades 1912, Kungliga Socialstyrelsen, vars uppgift var att hantera just de sociala frågorna, undanröja, förebygga och mildra sociala missförhållanden. Nykterhetsvård, barnavård, bostadsfrågor och upplysning var ärenden eller ansvarsområden som hamnade på styrelsens bord. Femtio år senare slogs styrelsen samman med Kungliga Medicinalstyrelsen, vilken växt fram ur 1600-talets Collegium Medicorum. Medicinalstyrelsens dittills främsta åligganden var av tillsynskaraktär – övervakning av utbildning och examination av läkare, kontroll av apotekarverksamheten, bevakning av folksjukdomar, kontroll av epidemier, samt tillsyn över den allmänna hälso- och sjukvården i riket, från hälsobrunnar till soldaternas välmående (Socialstyrelsen, 1999). Först 1938 inrättades en särskild informations-/upplysningsavdelning inom Medicinalstyrelsen (Hirdman, 1989).

Lort-Sverige

Folkhälsoarbetet utvecklades långsamt fram till strax innan andra världskriget och 1938 är av flera skäl det *moderna* folkhälsoarbetets födelseår (Berg, 1999). Statens institut för Folkhälsan grundades detta år, och Ludvig ”Lubbe” Nordströms klassiska reseskildring *Lort-Sverige* (1938), där de hygieniska missförhållandena som rådde i Sverige vid den tidpunkten ingående beskrivs, publicerades samma år. Boken och de därpå följande radioprogrammen väckte stor reaktion. De usla förhållanden som rådde på landsbygden var ”[...] en skamfläck på ett hygienivrande land!” (Frykman & Löfgren, 1985:47).

Under 30-40-talet var Axel Höijer, Medicinalstyrelsens generaldirektör, en av de främsta arkitekterna inom svensk hälsopolitik. Grundläggande för Medicinalstyrelsens hälsofrämjande arbete var hygienfrågan, och hälsoupplysningens viktigaste mål var att sprida hygienens förhållningsregler till samtliga medborgare, något som krävde omfattande och offensiva informationsinsatser. Alla tänkbara kanaler skulle nyttjas för detta ändamål.

Det var propagandans storhetstid och tilltron till massmediala kampanjer var enorm, något som i stor utsträckning präglade den här tidens hälsoinformation. Samtliga massmedier som stod till buds användes (filmen, radion och pressen), folkrörelsen och arbetarrörelsen var mycket viktiga aktörer och kanaler för spridningen av hälsobudskap, och slutligen all personal inom sjuk- och hälsovård för-

väntades att aktivt och entusiastiskt delta i upplysningsarbetet. För att lyckas höja den allmänna folkhälsolivån krävdes dock ett andra styrmedel. Upplysningsarbetet kombinerades sålunda med ekonomiska och socialpolitiska *reformer*. Palmblad och Eriksson (1995) beskriver detta hälsofrämjande arbete som baserat på en dubbel strategi. Något som man idag i stor utsträckning har gått ifrån, menar de.

Välfärdsstaten

Under de kommande decennierna ägnades hälsoupplysning och hälsoutbildning stor uppmärksamhet. Statsmakternas engagemang i folkhälsofrågan liksom reformivern var betydelsefull under såväl hela efterkrigstiden (folkhemmets uppbyggnad) som 60-talets framväxt av välfärdsstaten. Den främsta aktören på hälsoområdet under 60- och 70-talet var Socialstyrelsen som dels aktivt bedrev hälsokampanjer, dels ansvarade för den allmänna tillsynen och kontrollen av folkhälsan (Eriksson, 1994).

Utbudet av samhällsinformation inom den offentliga sektorn ökade betydligt under den här tiden. Utmärkande för informationen var att marknadsföringstänkande allt mer kom att integreras i informationsinsatserna. Den omfattande kampanjen i samband med övergången till högertrafik 1967 kom att betraktas som en förebild för hur samhälllig marknadsföring, s.k. social marketing, skulle gå till (Palmblad & Eriksson, 1995). Att försöka frambringa någon slags samhällsförändring sågs som näst intill omöjligt utan en informationskampanj. Tilltron till massmediernas påverkanspotential var sålunda fortfarande ansevärd.

I samband med välfärdsstatens utveckling kom det signaler om befolkningens försämrade kostvanor. Det fanns behov av att få folket att äta mindre fett och socker, mer bröd, spannmålsprodukter och frukt och grönt. Socialstyrelsen lanserade därför i början av 70-talet flera kampanjer på temat kost och motion. Den absolut mest omtalade kampanjen är den s.k. Brödkampanjen 1976 och 1977. Kampanjen var ett samarbetsprojekt med näringslivet. Satsningen ansågs då vara enormt framgångsrik och budskapet ”Socialstyrelsen vill att vi äter 6–8 skivor bröd om dagen”, fick stor spridning. I efterhand har kampanjen dock kritiserats och setts som ett varnande exempel på storebrorsmentalitet och paternalistisk anda. Ett annat viktigt tema i folkhälsoupplysningen under 70-talet var alkohol, framför allt dess skadliga verkningar på foster.

Hela 80-talets folkhälsoupplysning dominerades av Hiv/AIDS-epidemin och den skräck denna nya riskfaktor spred (Eriksson, 1994). Åtskilliga massmediala kampanjer och informationsinsatser har sedan dess genomförts på detta tema (Folkhälsoinstitutet, 1994; Palm, 1994 och 1995; Jarlbro, 1995; Lindblad 1995, Jarlbro & Palm, 1997; Folkhälsoinstitutet, 1999a). Andra hälsoområden inom vilka kampanjer har bedrivits under såväl 80- som 90-tal är naturligt nog: tobak, alkohol och narkotika. Användningen av droger tycks vara ett bestående folkhälsoproblem och är därför ständigt aktuellt och ett högprioriterat område för myndigheternas ingripanden och informationsinsatser.

Millenniet går mot sitt slut

Under 80-talet fick hälsoupplysningen en renässans på grund av att förtroendet för sjukvården uppenbarligen hade minskat, skriver Qvarsell (1994). Förvisso tyder opinionsundersökningars resultat på en viss nedgång i förtroendet för sjukvården från 1986 till 1990 (därefter har förtroendet på nytt ökat), men Sjukvården

ligger generellt och över tiden mycket högt i folkets rangordning av samhällsinstitutioner (Weibull & Holmberg, 1996).

Den svenska regeringen tillsatte likväl 1988 en Folkhälsogrupp bestående av representanter för statliga myndigheter, kommuner och medicinska experter. Gruppens uppgift blev att ta ett samlat grepp på folkhälsoarbetet inför framtiden. Gruppen konstaterade att de många hälsokampanjernas budskap hade nått sin målgrupp, men målsättningen om en jämlik hälsa hade gått i stöpet då det visade sig att det var främst medel- och överklass som fått en förbättrad hälsa. När man under tidigt 1900-tal drev en dubbelsidig strategi för folkhälsoarbetet gick förbättrad hälsa och minskade sociala skillnader hand i hand. De åtgärder som man har försökt att genomdriva de senaste decennierna har dock inte haft denna dubbla verkan. Förvisso har man nått en hel del individer med information, men långt ifrån alla (Palmlad & Eriksson, 1995). En av de främsta uppgifterna och största utmaningarna för 2000-talets hälsokommunikatörer blir att försöka minska dessa sociala hälsoklyftor.

Riksdagen tog 1991 beslut om att inrätta en ny hälsomyndighet, och 1992 bildades Folkhälsoinstitutet (FHI). Institutets uppgift är att förebygga sjukdomar och annan ohälsa samt främja god hälsa för alla, men särskilt för s.k. utsatta grupper, det vill sägs grupper som löper de största riskerna för ohälsa. Folkhälsoinstitutet skall stödja regionalt folkhälsoarbete, sammanställa och sprida kunskap och erfarenheter samt utveckla olika metoder för hälsoinformation och interventionsutvärderingar av de insatser som genomförs (Karlsson, 1995). Folkhälsoinstitutet skall också följa folkhälsans utveckling och vidta de åtgärder som utvecklingen kräver.

Institutets verksamhet är indelad i olika program och funktioner. Programmen är: Alkohol och Narkotika, Allergi, Hiv/STD och Aborter, Skador samt Tobak. En av funktionerna är främjande av Kost och Fysisk aktivitet. De grupper man ser som särskilt viktiga är kvinnor, barn och ungdomar, äldre samt invandrare (Olsson, 1995; Folkhälsoinstitutet, 1999b). Socialstyrelsen som tidigare varit en central aktör för att påverka befolkningens hälsa har numer rollen som tillsynsmyndighet över FHI. Socialstyrelsen har dock behållit ansvaret för regelbunden övervakning och rapportering av folkhälsan.

Decentralisering och demokrati

De centrala myndigheterna har undan för undan fört ned en del av ansvaret för genomförandet av olika informationsinsatser på lokala instanser (t.ex. kommuner och landsting) och organisationer (t.ex. Noaks ark, Hivpositiva gruppen Väst, lokala RFSL-organisationer). Tendensen nu är att de centrala myndigheternas opinionsbildande roll avtar samtidigt som deras expertroll understryks.

Enligt Folkhälsogruppen bygger ett framgångsrikt folkhälsoarbete på folkligt deltagande och demokratiska beslutsprocesser. Man måste idag på nytt försöka knyta an till folkrörelsen, föreningsliv och lokalt engagemang. Det går inte att likt den tidiga normativa hälsopropagandan fortsätta bedriva folkhälsouppllysning i ett förmanande paternalistiskt uppifrån- och nedperspektiv, med risken att man tappar allmänhetens förtroende och intresse. För att man på sikt ska vinna legitimitet krävs det att hälsouppllysning sker i en dialogform, allt enligt Folkhälsogruppens riktlinjer (1989:17 ref i Palmlad & Eriksson, 1995).

I den anglosachsiska litteraturen talar man om en ny folkhälsorörelse som växt fram under 1980-talet där *empowerment*, bemyndigande, och *community*, lokala gemenskaper, är nyckelbegrepp (Lupton, 1995). Medborgarnas aktiva deltagande i

olika *community intervention/participation* eller *development* program ska främja deras hälsa, men också stimulera till ett mer aktivt politiskt handlande. Förhoppningen är också att förändringar får större genomslagskraft och har större chans att bli permanenta om de individer som omfattas av dem får vara med redan i såväl initierings- som planeringsstadiet (se t.ex. Karlsson, 1995, Jarlbro, 1999).

Styrmedel för social förändring

Att förändra folks livsstil och i ett längre perspektiv påverka deras hälsa är tänkt att ske på frivillig basis. Information och kommunikation i alla dess former har därför blivit strategin för social styrning. Målsättningen att frambringa normativ styrning har dock hamnat i konflikt med idealet om individens fria val, och folket har irriterats över de olika former av ”förmynderi” och ”storebrorsmentalitet” som tilltagit de senare åren. Krav på med (själv)bestämmande och möjlighet att påverka har ställts samtidigt som det fria valet inte tilläts att råda inom folkhälsoområdet. Hälsouppllysning innebär dock nödvändigtvis någon form av normöverföring, skriver Palmblad och Eriksson (1995). Det kommer man aldrig ifrån.

Social styrning handlar om att försöka genomdriva ett visst förlopp i samhället, något som kräver inte bara makt utan också verktyg. Det finns i princip endast tre sådana verktyg som samhället har till sitt förfogande: *administrativa* styrmedel (regleringar, lagar), ekonomiska styrmedel (prispolitik och skattepolitik), ses här som en egen kategori men tillhör de administrativa styrmedlen; *informativa* styrmedel (kallas också normativa av Palmblad & Eriksson (1995)), dvs. de som ska frambringa förändring med information, upplysning och utbildning genom att påverka en specifik grupps kunskap, attityder, värden och föreställningar. Den sista kategorin är *tekniska* styrmedel, dvs. innovationer, produktutveckling eller andra strukturella åtgärder.

Vanligtvis kombineras dessa styrmedel i olika former i förändringsarbetet, t.ex. låter man administrativa styrmedel samverka med informativa. Vi får, som Palmblad och Eriksson skriver, en optimalt sammanlagd effekt av ”piskan, pengarna och predikan” (1995:24).

Det som kännetecknar informativa styrmedel är att de inte fungerar i sig själva som tvingande. De frambringar därmed inte en förändring, en ny situation. Informativa styrmedel rymmer dock en valmöjlighet där den föreslagna åtgärden kan gillas eller ogillas. Gränserna för dessa styrmedel är diffusa och det är inte självklart att medborgaren särskiljer de informativa styrmedlen från allmän samhällsinformation. De faller därför många gånger inom ett område som medborgarna har en massa åsikter om, men som de inte tvunget tar till sig och följer. Välmenande råd och rekommendationer kan snarare bli till officiellt åtlöje och skapa oönskade bumerang-effekter, helt annorlunda än de tänkta. (Palmblad & Eriksson, 1995). De informativa styrmedlenas svagheter och begränsningar har allt mer uppmärksamats på sistone. Likväl fortsätter man att genomföra informationskampanjer för miljontals kronor (Folkhälsoinstitutet, 1999a). Förvisso är informativa styrmedel de mest kostnadseffektiva, men inte desto mindre måste man då och då ställa frågan om det är värt alla pengarna? (se t.ex. Jarlbro, 1995)

Hälsofrämjande arbete – strategier och teoribildning

Vi har nu nått papprets sista kapitel. Här granskar vi den teoribildning som det hälsofrämjande arbetet vilar på.

Nedan kommer begreppen health promotion, health education och health communication först att diskuteras. Därefter behandlas vad som kännetecknar 1900-talets hälsofrämjande arbete, framför allt hälsoupplýsningen, samt vilka teorier och strategier den utgår från. Marknadsföringens och reklamens inverkan på hälsokommunikationen tas också upp. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om alternativa perspektiv inom hälsoupplýsningen.

Health promotion, health education och health communication

Det område inom vilket hälsoupplýsning faller kallas, sedan 80-talet, i anglosaxisk litteratur för *health promotion*. Tidigare användes benämningen *health education*, men den förra benämningen ersatte den senare på grund av att health education ansågs kopplat till en allt för individualistisk syn på hälsa, där man inte tar hänsyn till miljömässiga eller strukturella faktorer. Terminologin implicerade också antagandet om en passiv individ i behov av information för att komma över sin kunskapsbrist (Lupton, 1995).

Hos Eriksson (1994) finner man följande definition på health education: ”Varje kombination av inlärningsaktiviteter som syftar till att underlätta frivilliga aktiviteter som befrämjar hälsa.” (Green & Kreuter, 1991:17, cit i Eriksson, 1994). Betoningen ligger som synes på att individen måste lära sig agera rationellt.

Health promotion skulle på svenska kunna översättas till hälsofrämjande arbete, vilket uppenbarligen är ett vidare begrepp än health education/hälsoupplýsning, och definieras som en ”kombination av utbildningens och övriga miljöers stöd för aktiviteter som befrämjar hälsa” (Eriksson, 194:328). I denna definition är det de ”stödande miljöerna” som är av betydelse. En omgivning kan vara utformad så att den underlättar eller försvårar ett visst hälsofrämjande beteende. Individens möjlighet att utveckla ett visst önskat beteende är i sin tur beroende av miljöns/kontextens materiella, sociala och kulturella föreställningar, något som måste vägas in i allt hälsofrämjande arbete.

I samband med begreppsskiftet började man tala om en *ny* folkhälsorörelse, vars syfte i dess mest radikala mening var att genom hälsofrämjande arbete bemyndiga och aktivera medborgare på gräsrotsnivå (jfr. ovan community intervention program) och på så vis frambringa större samhälleliga förändringar (Lupton, 1995). I själva verket tyder allt på att det bara rör sig om ett nytt namn på samma gamla fenomen. Folkhälsoarbetet har nämligen inte förändrats i så stor omfattning de sista 150 åren. Människor har sedan preventionens genombrott uppmuntrats till en hälsosam livsstil, och uppmanats att följa, på mer eller mindre frivillig basis, de hälsoråd och rekommendationer som myndigheterna gett. Informationsspridning har betraktats som främsta lösningen på alla ohälsoproblem.

När man talar om hälsofrämjande arbete syftar man många gånger på hälsokampanjer, dvs. någon slags informations- eller kommunikationsinsats. Användandet av termen *health communication* har blivit allt vanligare de sista decennierna. Termen kommer från USA där man sedan en tid tillbaka ser hälsoinformation (kommunikation) som ett eget verksamhetsfält. Health communication omfattar de verksamheter som försöker sprida information om hälsa och sjukdom till befolkningen i sin helhet eller till avgränsade grupper inom befolkningen.

Ibland särskiljer man information från kommunikation, i det att man menar att information handlar om en envägsprocess i en asymmetrisk relation mellan sändare och mottagare. Kommunikation däremot innefattar en tvåvägsprocess, i en symmetrisk (jämlig eller demokratisk) relation mellan dem som kommunicerar (se t.ex. Jarlbro, 1999). De två begreppen är inte utbytbara rakt av, även om man i litteraturen och i många andra sammanhang sällan tydliggör skillnaden.

Liksom Jarlbro (1999) föredrar jag att använda begreppet *hälsokommunikation* oavsett om det handlar om informationsöverföring i en asymmetrisk relation eller en kommunikationsprocess i ett lokalt dialogprojekt. Vad man dock bör vara medveten om är det faktum att större delen av den statliga eller offentliga hälso-kommunikationen, som planeras, studeras, omtalas, analyseras, rapporteras osv. sker i en asymmetrisk relation där myndigheten sprider information (hälso-budskap) i formen av massmediala kampanjer (se t.ex. Folkhälsoinstitutet, 1999a), till en publik som förväntas att agera i enlighet med budskapets utformning. Denna kommunikationsform har på flera håll varit föremål för diskussion och ifrågasättande och Folkhälsoinstitutet har, som främste folkhälsokommunikatör i landet, varit i blåsväder mer än en gång (Berg, 1999; Rydén, 1999).

Teoribildning influerad av processkolan

Det finns de som menar att det råder en slags existentiell kris inom det hälsofrämjande området. Det saknas en enhetlig teoretisk grund, ett paradigm att luta sig mot, vilket i sin tur medför att det inte finns underlag för området att bilda en egen disciplin (Lupton, 1995). Kunskapen är fragmenterad och saknar systematik, skriver Eriksson (1994). Han menar dock att hälsoinformation (hälsokommunikation), som är en central del av det hälsofrämjande arbetet, inte bara är en egen disciplin – ”en vetenskap” – det är också ett hantverk och en konst.

Hälsofrämjande arbete är ett tvärvetenskapligt område. Den absolut dominerande teoribildningen som används för att förklara, men också frambringe beteende, är hämtad från det socialpsykologiska paradigmet.

Även om man talar om teori i litteraturen på området, så begränsas teorianvändningen till att förklara sambandet mellan attityder och beteende, där man antar ett traditionellt orsak- och verkanförhållande (S-R), istället för att försöka skapa en mer övergripande epistemologi (Lupton, 1995). Vad som också utmärker en stor del av forskningslitteraturen på området är att man inte särskiljer teorier från modeller, och utveckling av modeller är hittills den enda ”teoriutveckling” som har skett på området, hävdar Lupton.

Det figurerar ett stort antal modeller, som vanligtvis återges med cirklar, boxar och pilar i litteraturen, varav många återkommer frekvent, men under olika namn, och med olika begrepp eller etiketter för i princip samma fenomen och processer. Denna glidning i terminologin för likartade ting får till följd att det är svårt att få fram fundamentala skillnader (jfr. skillnaden information och kommunikation). Exakta definitioner inom hälsofrämjande-/hälsokommunikationsområdet förblir därför sällsynta.

Modellerna i sig är huvudsakligen hämtade från den amerikanska masskommunikationsforskningen från 50- och 60-talet eller från den socialpsykologiska attityd- och beteendeforskningen, och har som primärt mål att frambringa beteendeförändringar. Lupton (1995) är kritisk till dessa modeller eftersom de har bl.a. vad hon kallar ett rationalitetsfokus och utgår från att tankar utvecklas linjärt till beteenden, m.a.o. att hälsobudskapen har en linjär och mätbar effekt på mottagaren.

Det har länge funnits en övertygelse om att faktakunskap leder till attityd- och beteendeförändringar, och kunskap är en av de termer som ofta återkommer när man talar om hälsokommunikation, liksom i dess modeller och teorier. Kunskap är nyckeln till beteendeförändring. Upplysningsidealen är därför lika närvarande idag som under 1700-talet. Människan är dock inte den rationella varelse som hon uppmålas som, och sålunda handlar hon långt ifrån alltid utifrån den information eller kunskap hon har tillgång till.

Kunskap betraktas enligt synsättet ovan som något neutralt och objektivt, en slags vara eller produkt, och det förutsätts att ju mer du har av varan desto bättre. Att mer kunskap kan leda till en känsla av otrygghet eller ge upphov till rädsla och tvivel, talar man inte lika ofta om. Individens brist på kunskap betraktas istället som något negativt. Det kan också vara en anledning till att en avsändare misslyckas med sin kommunikationsinsats. Resultat av informationsinsatser kan också helt eller delvis utebli på grund av att:

[...] de människor man riktar sig till, eller många av dem, inte är kapabla att ta ställning och fatta förnuftiga beslut för egen del även om de skulle kunna mobilisera de materiella medel som krävs (Carlsson & Arvidsson, 1994:25)

Misslyckanden kan också ha att göra med andra egenskaper hos allmänheten som frekvent beskrivs som apatisk, informationsfattig, i behov av övertalning, missanpassad, motsträvig, obstinat eller bara svår att nå (*hard to reach*) (Freimuth & Metzger, 1990, ref. i Lupton, 1995). Enbart terminologin (se även citatet ovan) tyder på anammandet av en envägskommunikationsmodell, därtill tyder det på ett auktoritärt och paternalistiskt förhållningssätt hos kommunikatören. Människan eller den tänkte mottagaren är helt enkelt inte förnuftig nog för att självmant skaffa sig en god hälsa. Sällan ifrågasätts i alla fall den valda kommunikationsmodellen eller övertalningsmetoden.

Misslyckade kampanjer kan också mycket väl skyllas på att man inte satsat tillräckligt mycket med pengar på kampanjutformningen, att affischer inte varit tillräckligt lockande eller att teve-spots inte varit tillräckligt underhållande. Reklambyråerna får allt mer att säga till om i samhällsinformationen och på byråerna saknar man många gånger den vetenskapliga kompetensen för att genomföra en icke-kommersiell kampanj, skriver Jarlbro (1999), som också menar att framgång uteblir därför att kampanjer initieras och genomförs för att politiker vill visa på handlingskraft, utan att orsaken till kampanjen är ordentligt utredd och analyserad. Hälsokampanjer har på så vis blivit ett viktigt politiskt verktyg och maktmedel.

Även om författare till hälsokommunikationslitteratur lägger stor vikt vid teori-tillämpning (se t.ex. Backer, Rogers & Sopory, 1992; Maibach & Parrott, 1995; Jarlbro, 1999) så är de teorier man utgår ifrån inte särskilt varierande och majoriteten kommer från en och samma skolbildning – den funktionalistiska processkolan (se t.ex. Fiske 1990). Vanligt förekommande i litteraturen är t.ex. Katz och Lazarsfelds teori Two-step flow of information, McGuires Information processing theory, Banduras Social learning theory, Ajzen och Fishbeins Theory of reasoned action, McComb och Shaws teori om Agenda-setting samt Rogers Diffusion of innovations theory.

Marknadsföring och reklam i hälsokommunikationen

Redan så tidigt som i slutet på 1930-talet i samband med Svenska reklamförbundets konferens 1938, på temat folkhälsa och reklam, försökte reklambranschens folk och medicinare diskutera sig fram till hur man skulle kunna dra nytta av re-

klamen i folkhälsoupplýsningen på ett produktivt sätt. Direkt information var i sig bra, men ”indirekt information” som långsamt suggererar mottagaren till att agera i enlighet med de korrekta levnadsprinciperna vore än mer eftersträvansvärt, resonerade man då (Palmlad & Eriksson, 1995). I dag talar man helst inte om hälsokampanjer som propaganda och inte heller om hälsokommunikation som manipulation. Det är inte rumsrent. Det är inte heller överensstämmande med vår syn på hälsokommunikation, vars syfte är möjligen att övertala, men inte att manipulera mottagaren. Det finns en etisk medvetenhet och diskussion idag som under seklets början lyste med sin frånvaro. Viktigt nu är snarare att erbjuda individen handlingsalternativ, som hon på frivillig basis kan bedöma och förhoppningsvis anamma.

Allt eftersom reklamakare och kommunikationskonsulter, under 60- och 70-talet har fått inflytande över samhällsinformationsinsatserna har kampanjernas utformning förändrats. Upplýsningens kunskapsstäta, vetenskapsbaserade och föreskrivande framtoning har ersatts av en mer intim reklamässig stil, där mottagaren tilltalas i en personlig och talspråkmässig ton med ”Du”. Den traditionella informationen får mindre utrymme liksom de praktiska råden. Bildmaterialet, som mycket väl (allt för ofta tyvärr) kan ha endast en svag koppling till budskapets innehåll, får en allt mer framträdande plats i kampanjerna. Det är med andra ord reklamens ideal som tar över, och det är i ”företagandets värld man letar efter, och ibland tror sig finna, det effektiva styrandets kläder” (Palmlad & Eriksson, 1995:48).

Lupton (1995) ser marknadsförarnas perspektiv inom hälsokommunikationen som något nytt fenomen, men social/samhällelig marknadsföring s.k. *social marketing* har funnits som ett alternativ i samband med icke kommersiell marknadsföring eller massdistribuerad information under ett par decennier, och perspektivet såg dagens ljus redan på 50-talet (Kotler, 1982; Solomon, 1989). Den samhälleliga marknadsföringen handlar om att sälja in idéer, rätt attityder eller värden istället för kommersiella produkter till en tänkt målgrupp. Ofta vill man med den samhälleliga marknadsföringen förhindra oönskade beteenden hos allmänheten, t.ex. förhindra nedskräpning eller rattonykterhet. Tanken är alltså att man använder de traditionella kommersiella strategierna på samhällsproblem. Enligt detta synsätt blir hälsa en vara, och individen blir en konsument.

Lupton framställer den sociala marknadsföringen som betydligt mer nyanserad än processkolans syn på massmedierade samhällskampanjer. Hälsofrämjaren måste enligt detta synsätt, skriver Lupton (1995) förstå och ha empati för konsumentens uppfattningar, motivation, beteende och inte minst behov, för att kunna bedriva en effektiv hälsokommunikation. Samhällelig marknadsföring framställs därför ofta som en mer *bottom up* än *top down* strategi.

Oavsett om man kallar sin kommunikationsstrategi för social marknadsföring eller något annat är det ett absolut måste att kommunikatören försöker förstå och lära känna den tänkte mottagaren. Att beskriva angreppssättet som något speciellt för social marknadsföring är direkt inkorrekt eftersom det är ett sen lång tid väl etablerat tänkande, åtminstone hos Sveriges utbildade kommunikationsstrateger.

Syftet med social marknadsföring är egentligen inte enligt dess grundprinciper så mycket att förstå konsumenten, och uppfylla dess behov, som att skapa nya behov. Den traditionella marknadsretoriken (och det kommersiella språket) lever kvar även i den icke-kommersiella marknadsföringen. Kunden sägs alltid ha rätt, likväl ses konsumenten (mottagaren) som en individ som kan formas enligt kommunikatorens intentioner. Kunden har sålunda inte alltid rätt, utan hon är bara okunnig.

Det finns de som menar att teorin är manipulativ p.g.a. dess koppling till reklam och kommersiella produkter. Den beskrivs också som för simplistisk i sin syn på allvarliga samhällsproblem (jfr. Jarlbro, 1999) Generellt beskrivs emellertid social marknadsföring i positiva ordalag. Få höjer kritiska röster (Eriksson, 1994). Snarare talar man om den framgång hälsouppllysningen nått med hjälp av just reklamens tekniker. Eriksson (1994) tar bland annat upp att kommunikationseffekterna fördjupas stegvis och att tekniken ger snabb återkoppling.

En grundläggande filosofisk skillnad mellan kommersiella reklamkampanjer och icke-kommersiella dito är, enligt Lupton (1995) den makt initiativtagarna bakom kampanjen tillskriver den tänkte mottagaren. Enligt det kommersiella perspektivet är det konsumenten som har makten, makten att fritt välja att köpa eller förkasta. Konsumenten är sålunda auktoritär i förhållande till producenten. Vid samhälleliga hälsokampanjer framstår knappast den tänkte mottagaren som auktoritär, snarare maktlös, ett tomt kärl att fylla med nyttigt innehåll.

Livsstilsfaktorer hamnar i fokus

Marknadsföringsprinciperna märks tydligt i hälsokommunikationen, inte minst i den betoning på livsstilar som man kommit att arbeta med, och som är så typisk för traditionellt marknadsföringsarbete (Palmlblad & Eriksson, 1995). På det stora hela har individernas totala livsstil allt mer hamnat i fokus även för folkhälsoarbetet (Lupton, 1995). Man talar allt mer om livsstilssjukdomar och livsstilsrelaterad ohälsa. Samtidigt menar Wall (1994) att det troligen finns en övertro till att man kan förlänga livet genom att ändra livsstil. Åldrandet i sig tävlar nämligen samtidigt med andra sjukdomsrisker.

Det som kännetecknar livsstilsmarknadsföringen är att den inriktar sig mer på att fånga uppmärksamhet än på att sprida relevant information. Om man ska förändra folks beteende måste man först förändra deras attityder påstås det i viss socialpsykologisk litteratur. Att förändra människors attityder är oerhört svårt, och att förändra dem en och en i taget är omöjligt eftersom attityder inte är isolerade frikopplade enheter utan hänger samman i ett interrelaterat system av föreställningar (se Palms (1994) diskussion om det mentala utgångsläget och individens föreställningsvärld). Detta är anledningen till att man alltmer slår an på livsstilar och livsideal, en slags paketlösning, i hälsokommunikationen. Sålunda får attitydprofiler, både positiva och negativa, fungera som exempel för det eftersträvarvärda eller förkastliga (Palmlblad & Eriksson, 1995).

En konsekvens härav är att hälsokommunikationen (uppllysningen) vars syfte förvisso är att främja hälsa, istället medvetet överför föreställningar om skönhet, fulhet, ungdom och åldrande, framgång och misslyckande. Genom att använda sig av för målgruppen kända förebilder försöker man frambringa ett medvetet eller omedvetet modelleringsbeteende. Exempelvis finansierar Folkhälsoinstitutet till viss del tävlingen Fröken Sverige, för att få "Missarna" att sprida antitobaksinformation ute i landets skolor. Detta har ifrågasatts från flera håll. Berg (1999) drar paralleller till 30-talets A-barntävlingar, andra ifrågasätter vad dessa folkhälsoinsatser ger för signaler till unga tonårsflickor ifråga om kropp, vikt och utseende.

Lupton (1995) är generellt kritisk till hälsokampanjernas rutinmässiga reproduktion av könsstereotyper, som vi känner igen från reklamens värld. Den passiva, vackra, sårbara och sexuellt tillgängliga kvinnan, respektive den aktive, äventyrlige, styrande, professionelle mannen.

Enligt detta sätt att bedriva hälsouppllysning är det inte längre det uppenbara innehållet i budskapet som drar gränsen för vad som är och inte är hälsokommu-

nikation, utan avsändarnas intentioner med insatsen. På så vis skiljer sig de centralt utformade folkhälsokampanjerna sig föga från de kommersiella reklamkampanjerna (Lupton, 1995). Hälsa blir inte längre ett medvetet val för mottagaren, utan en osynlig konsekvens, skriver Palmberg och Eriksson (1995).

Behov av alternativa perspektiv

På senare år har man blivit allt mer medveten om kommunikationens begränsningar och vikten av att ha realistiska förväntningar och mål med sin kommunikation. Man har dessutom uppmärksammat den centrala roll som sociala, kulturella och miljömässiga faktorer (t.ex. kön, etnicitet, socioekonomisk status, normer) har vad gäller påverkan på människors hälsorelaterade attityder och beteenden. Människan lever inte i ett vakuum utan i en mycket komplex sociokulturell värld, där individens subjektivitet ständigt konstrueras och rekonstrueras. De sociokulturella faktorerna upplevs dock snarare som problem eller hinder för en lyckad kommunikation än möjligheter (Lupton, 1995). Lösningen är att bättre lära känna dem man kommunicerar med, fördjupa kunskapen om och ta hänsyn till de rådande föreställningar, normer och attityder som finns i gruppen för att förbättra utsikten om en framgångsrik kommunikation. Vikten av att analysera utgångsläget samt den tänkta målgruppen kan därför inte nog understrykas (Palm, 1994).

Lupton (1995) förespråkar ett alternativt teoretiskt perspektiv till processkolan inom hälsokommunikationen, nämligen – det kulturteoretiska. Inriktningen finns hittills främst representerad i litteratur om hälsofrämjande arbete från USA och Australien. Några brittiska forskare (Lupton nämner tyvärr inga vid namn) har varit mer öppna för användandet av det kulturteoretiska perspektivet och dess undersökningsmetoder, och mer kritiska mot socialpsykologins kommunikationsmodeller. Anledningen därtill är det stora inflytandet från Birmingham och Cultural Studies skolan, vars idéer ganska nyligen nått även USA. Detta till trots fortsätter den traditionella processkolan att dominera även brittisk hälsokommunikation och folkhälsoarbete, konstaterar Lupton något besviket (1995).

Det kulturteoretiska angreppssättet erbjuder ett annat och kanske mer sofistikerat och komplext perspektiv på samhället, dess kulturprodukter och kommunikation. Angreppssättet har visat sig fruktbart i synnerhet vid studiet av reklamens symboliska natur och konsumtionsprodukters mening. Forskare tillhörande den kulturteoretiska skolan har också anlagt ett annat perspektiv än forskare från processkolan på mottagarna/publiken (se t.ex. McQuail, 1997). Utifrån det kulturteoretiska paradigmet betraktas publiken inte som en passiv, förändringsovillig, men dock manipulerbar enhetlig massa som kan förföras med tillräckligt smarta budskap, utan som aktiv, ifrågasättande och pluralistisk. Individerna skiljer sig åt på grund av deras flerfaldiga tillhörighet i olika subkulturer (vilket medför skapandet av en mångfald av identiteter hos en och samme person) och deras tolkande repertoar som vägleder dem vid responsen på olika medierade produkter och konsumtionsvaror. Individerna i publiken är samtidigt konsumenter. De är selektiva, kritiska och cyniska i sin syn på i synnerhet reklam.

Det är min fasta övertygelse att de två skolorna i sina mest renodlade former är omöjliga att kombinera inom området för hälsokommunikation, men processkolans perspektiv skulle sannolikt berikas om intryck togs från den kulturteoretiska skolan. Jag är inte beredd att förkasta processkolans teorier och modeller, men jag är benägen att hålla med Lupton om behovet av *nyttänkande* och framför allt en *kritisk* ansats inom området för hälsokommunikation.

Referenser

- Backer, T. E., Rogers, E. M. & Sopory, P. (1992) *Designing Health Communication Campaigns: What Works?* Newbury Park: Sage Publications.
- Beardsworth, A. & Keil, T. (1997) *Sociology on the Menu. An invitation to the Study of Food and Society*. London: Routledge.
- Bennulf, M. & Oscarsson, U. (1996) Värdelösa ungdomar. I G. Jarlbro (red.) *Ungdomars opinioner*. SOM-rapport nr 15. Göteborgs universitet. Göteborg: SOM-institutet.
- Berg, M. (1999) Folkhälsan tiger inte still. *Moderna tider*. Juli-augusti, 20–25.
- Bergström, U. (1992) När ett gott lakesåd var ett måste för varje kock. I U. Bergström (red.) *Så åt man förr*. Falkenberg: Alfabeta bokförlag.
- Carlsson, G. & Arvidsson, O. (red.) (1994) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ekenstam, C. (1993) *Kroppens idéhistoria. Disciplinering och karaktärsdanning i Sverige 1700-1950*. (Avhandling för doktorsexamen, Göteborgs universitet) Hedemora: Gidlunds Bokförlag.
- Elias, N. (1989) *Civilisationsteori. Del 1 Sedernas historia*. (B. Skogsberg övers.) Stockholm: Atlantis (Original publicerat 1939).
- Eriksson, C. (1994) Hälsan som budskap. I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fiske, J. (1990) *Introduction to communication studies* (2nd ed.) London: Routledge.
- Folkhälsogruppen. (1989) *Riktlinjer för folkhälsoarbetet och folkhälsogrupperns uppgifter*. Stockholm.
- Folkhälsoinstitutet. (1994) *Folkhälsosteg ett: Folkhälsoinstitutets verksamhet de två första åren*. Rapport nr. 34. Stockholm: Folkhälsoinstitutet
- Folkhälsoinstitutet (1999a) *Massmediakampanjer. Teoretiska utgångspunkter och exempel från Folkhälsoinstitutet 1992–98*. Rapport 1999:10. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Folkhälsoinstitutet. (1999b) <http://www.fhinst.se/omfhi/organ.htm>. Hemsidan. FHI, 103 52 Stockholm (99-09-06).
- Foucault, M. (1989) *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. (A. M. Sheridan, Trans.). London: Routledge (Original work published 1963).
- Foucault, M. (1987) *Övervakning och straff*. (C. G. Bjurström övers.). Lund: Studentlitteratur (Original publicerat 1974).

- Foucault, M. (1991) Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (eds.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 87–104). London: Harvester Wheatsheaf.
- Freimuth, V. & Metteger, W. (1990) Is there a hard-to-reach audience? *Public Health Reports*, 105 (3), 232–238.
- Frykman, J. & Löfgren, O. (1979) *Den kultiverade människan*. Malmö: Liber förlag.
- Frykman, J. & Löfgren, O. (1985) På väg – Bilder av kultur och klass. I J. Frykman & O. Löfgren (red.) *Modärna tider. Vision och vardag i folkhemmet* (s. 20–140). Malmö: Liber förlag.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991) *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Mountain view, CA: Mayfield Publishing Company.
- Hillve, P. (1996) Inget nytt under solen. I S. Holmberg & L. Weibull (red.) *Mitt i nittiotalet*. SOM-rapport nr 16. Göteborgs universitet. Göteborg: SOM-institutet.
- Hirdman, Y. (1989) *Att lägga livet tillrätta – studier i svensk folkhemspolitik*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Jarlbro, G. (1995) *Var det värt alla pengarna? Utvärdering av hur det särskilda bidraget för Hiv-förebyggande insatser använts*. FHI utvärderar: 4/1995. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Jarlbro, G. & Palm, L. (1997) *Säkrare sex. Hur budskapet formuleras, Hur det tolkas, Hur det fungerar*. Rapport 1997:41. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Jarlbro, G. (1999) *Hälsokommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Johannisson, K. (1990) *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och sambälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts.
- Johannisson, K. (1997) *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia, kultur*. Stockholm: Bokförlaget Pan Norstedts
- Johansson, T. (1997) *Den skulpterade kroppen. Gymkultur, friskvård och estetik*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Kalman, S. (1975) The social nature of the definition problem in health. *International Journal of Health Services*. 5, 625–642.
- Karlsson, K. (1995) *Folkhälsoarbete i samverkan*. Policyprogram för Malmöhus läns landsting. Lund: Malmöhus läns landsting.
- Kotler, P. (1982) *Marketing for Nonprofit Organizations* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Lindblad, I-B. (1995) *Hiv- och Aidskampanjer. En text- och mottagarstudie*. Medier och kommunikation, rapport nr. 3. Institutionen för medier och kommunikation. Umeå: Umeå universitet.
- Lupton, D. (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.
- Maibach, E. & Parrott, R. L. (eds.) (1995) *Designing Health Messages. Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications
- McQuail, D. (1997) *Audience Analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mellemgaard, S. (1998) *Kroppens natur. Sundhedsoplysning og naturidealer i 250 år*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Myrdal, A. & Myrdal G. (1934) *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Nordenfelt, L. (1994). Om hälsofrämjandets etik. Ett försök till systematik som bas för etisk analys. I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Nordström, L. (1938) *Lort-Sverige*. Stockholm: Kooperativa förbundets bokförlag.
- Olsson, U. (1997) *Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsoupplysningen i statens offentliga utredningar*. Uppsala Studies in Education: 72. (Avhandling för doktors-examen, Uppsala universitet). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Olszon, E. (1995) *Informatörer och aktörer inom området mat och hälsa*. Rapport 14/95. Uppsala: Statens livsmedelsverk.
- Palm, L. (1994) *Övertalningsstrategier. Att välja budskap efter utgångsläge*. Lund: Studentlitteratur.
- Palmblad, E. & Eriksson, B. E. (1995) *Kropp och Politik. Hälsoupplysning som samhälls-spegel från 30-tal till 90-tal*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe: Free Press.
- Rydén, D. (1999) Folkhälsoinstitutet i blåsväder igen. *Sydsvenska Dagbladet*, 99-05-08.
- Qvarsell, R. (1991) *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Qvarsell, R. (1994) Ett sunt folk i ett sunt samhälle. I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sachs, L. (1983) *Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Stockholm: Liber utbildning.

- Sachs, L. (1987) *Medicinsk antropologi*. Stockholm: Liber
- Sachs, L. (1992) *Vårdens etnografi. Om hälsa, sjukdom och vård i sitt kulturella sammanhang*. Malmö: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Sachs, L. (1994) Har begreppet stress något gemensamt med ”onda ögat”? I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Socialstyrelsen (1999) *Från Collegium medicorum till Socialstyrelsen*. <http://www.sos.se/sos/omsos/historik.htm#1700>. Uppdaterad 98-05-25. Ursprunglig källa: Hillborg, I. (1981) i Socialnyttis peipitanummer. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solomon, D. S. (1989) A Social Marketing Perspective on Communication Campaigns. I R. E. Rice & C. K. Atkin (eds.), *Public Communication Campaigns* (2nd ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- SOU, 1936:59*. Betänkande i Sexualfrågan. Angivet av Befolkningskommissionen. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sundin, J. (1994) Vägen mot ett längre liv. Socialhistoriska aspekter på prevention under 1800-talet. I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Tode, J. C. (1991) *Sundhetstidene 1778-1781*. Udgivet af Ø. Larsen og B. Lindskog. Oslo: Seksjon for medicinsk historie, Universitetet i Oslo.
- Tode, J. C. (1782) *Nye Sundhedstidende*. Köpenhamn.
- Vågerö, D. (1994) Ojämlighet, hälsa och prevention. I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.) *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid*. Stockholm: Natur och kultur.
- Willman, A. (1996) *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. FoU rapport 47 (Avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, Lärarhögskolan i Malmö, Studia psychologica et pedagogica, nr. 123) Stockholm: Vårdförbundet
- Weibull, L. & Holmberg, S. (1996) Föränderligt förtroende. I S. Holmberg & L. Weibull (red.) *Mitt i 90-talet*. SOM-rapport nr. 16. Göteborgs universitet. Göteborg: SOM-institutet.