



LARS IVERSEN

KAMPEN FOR LIV

Fem danske forebyggelsessucceser

SIFs Forlag

KAMPEN FOR LIV

Fem danske forebyggelsessucceser

Kampen for liv

Fem danske forebyggelsessucceser

Lars Iversen

Copyright © 2017

Lars Iversen

og Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Grafisk design: Stig Krøger

Omslagsfoto: Knud Henrichsen/Scanpix

Fotos: s. 13: HGF Holm/Medicinsk Museion, s. 16: Københavns Museum og Steinwart.dk, s. 75: Knud Henrichsen/Scanpix, s. 84: Volvocars.com, s. 86: Rådet for Sikker Trafik s. 98: ISPID, s. 121: Instituto de Oncología Ángel H. Roffo de la Universidad de Buenos Aires.

Trykt hos Rosendahl

ISBN: 978-87-7899-386-1

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-387-8

1. udgave, 1. oplag

SIFs Forlag

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A, 2. sal

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

INDHOLD

FORORD	5
INTRODUKTION	7
1. DEN OFFENTLIGE HYGIEJNE I KØBENHAVN Kampen for rent vand og kloakering fra 1850 til 1900	11
2. DANMARK PÅ KUR Afgiftsforhøjelsen på stærk spiritus i 1917	37
3. FÆRRE DRÆBTE I TRAFIKKEN Trafiksikkerheden i faste rammer	67
4. VUGGEDØD Et epidemiologisk gennembrud	95
5. TOBAKSEPIDEMIEN En sundhedskatastrofe – men også en forebyggelsessucces	115
REFLEKSIONER OVER FOREBYGGELSE	157
NOTER	169
LITTERATUR	197

FORORD

Det er nu mere end 20 år siden, at Lars Iversen optrådte som en skarp, hård og retfærdig opponenter ved mit ph.d.-forsvar. Jeg bestod lige med nød og næppe.

Lars var allerede på det tidspunkt kendt i vide kredse for sin indsats for forebyggelse og folkesundhed og havde, som jeg selv, i en periode en særlig forskningsinteresse i alkohol. Han skiftede karriere et par gange – fra sociolog til kontorchef i Sundhedsstyrelsen og til professor på Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, men bevarede hele vejen et fokus på forebyggelsen. Han har i sin karriere påvist såvel usunde forhold hos fabriksarbejdere som vigtigheden af at forebygge de allervigtigste faktorer, såsom tobak og alkohol, ligesom han har været en meget vigtig aktør i opbygningen af den første folkesundhedsvidenskabsuddannelse i Danmark.

Det er derfor med stor glæde, at jeg uden tøven sagde ”ja tak, meget gerne”, da Lars henvendte sig og spurgte, om Statens Institut for Folkesundhed mon ville udgive hans bog om fem danske succeser i forebyggelsen. Som den opmærksomme læser vil erfare, er disse rigtig gode eksempler på, hvordan vi tager mange forskellige initiativer til at undgå en række risikofaktorer for forskellige sygdomme – ofte med et klart fokus (fx spædbørnsdød og lungekræft) og andre gange, og uden helt at vide det, med et andet og mindre tilsigtet fokus (fx kartoffelproduktion og værtshusslagsmål).

Forebyggelsessucceserne i Danmark har en ganske lang historie, mere end 150 år, og det lykkes her for Lars at påvise, at strukturelle forebyggelsestiltag er nogle af dem, som virker bedst. Med historiske briller kan man sige, at der her er tale om eksempler fra A til Z, om end vi, der arbejder med folkesundhed og forebyggelse i Danmark, vel ved,

at historien ikke er slut endnu. Der mangler mere end tre bogstaver i dét alfabet.

Jeg håber således, at de gode eksempler, Lars fremhæver i bogen, kan være til inspiration for os alle, men måske især for landets politikere til at tage initiativ til at løfte forebyggelsesindsatsen op på et højere niveau, hvor den strukturelle forebyggelse kommer endnu mere i fokus.

Morten Grønbæk, direktør,
Statens Institut for Folkesundhed

INTRODUKTION

Vi tænker ikke over det. Vi betragter det som en selvfølge. Kun når det går galt, bliver det klart, hvilken betydning forebyggelse har for os i det daglige.

Vi drikker vandet direkte fra hanen og ”trækker i snoren” uden tanke for det videre forløb. Vi tager automatisk sikkerhedssele på i bilen – også på bagsædet. Vi lægger vores spædbørn til at sove på ryggen. Og vi tager det for givet, at man ikke kan ryge hvor som helst og da slet ikke på sygehuse, i tog, fly eller på restauranter.

Forebyggelse er alligevel ikke nogen selvfølge og kommer ikke af sig selv. Tværtimod. Forebyggelse handler om at skabe forandringer i vores miljø, sociale strukturer, økonomi og adfærd. At gennemføre forandringer møder ofte modstand, og forebyggelse har derfor til alle tider været forbundet med uenigheder og konflikter mellem mange aktører med forskellige motiver, politiske holdninger og økonomiske interesser. Undertiden har det taget årtier at gennemføre sundhedsmæssigt velbegrundede forebyggelsestiltag, som vi i dag betragter som helt uundværlige. Når de til gengæld er indført og har vist deres værdi, er det trods alt de færreste, der vil arbejde for at rulle dem tilbage – med fare for epidemier i forbindelse med urent drikkevand og dårlig kloakering, flere trafikdræbte og tilskadekomne ved at fjerne hastighedsgrænser eller flere lungekræftpatienter ved at tillade cigaretreklamer og rygning overalt i det offentlige rum.

Historien rummer heller ikke mange – om nogen overhovedet – eksempler på, at modstandere efterfølgende har brystet sig af at have kæmpet imod succesfulde forebyggelsesindsatser. Forhistorien for nutidens forebyggelse bliver glemt. Forebyggelse bliver derfor historieløs.

Når der foreslås nye forebyggende indsatser – som for eksempel forbud mod rygning på erhvervsskoler, øgede afgifter på alkohol og sukker, skærpet kontrol med kemikalier i kosmetik, sund mad til skoleelever eller gratis offentlig tandpleje for unge op til 25 år – starter den sundhedspolitiske debat nærmest forfra hver gang.

Modstandere lægger vægt på argumenter om det personlige ansvar for egen sundhed, forældreansvaret for børns sundhed, borgernes frihed til at træffe egne valg, frivillighed og oplysning og ikke forbud som vejen frem, og endelig at forebyggelse kan påvirke virksomhedernes og statens økonomi negativt.

Tilhængere af forebyggelse argumenterer med, at forebyggelse ikke bare kan overlades til den enkelte. Samfundet har også et ansvar. Og nogle gange er det berettiget at tilsidesætte hensynet til den personlige frihed og gennemføre forebyggelse gennem lovgivning og forbud. Et andet yndet argument er, at forebyggelse betaler sig. Forebyggelse på arbejdspladserne kan øge produktiviteten og mindske sygefraværet. Forebyggelse kan også spare en række offentlige udgifter og nedsætte presset på sundhedssektoren.

Disse argumenter er på ingen måde nye. De er blevet fremført igen og igen, også når vi går tilbage i historien. Nogle gange er argumenterne valide, andre gange er de uden bund i virkeligheden. Ingen af dem har almen gyldighed, og deres relevans kan ikke måles på det abstrakte, historieløse plan. Argumenterne må altid vurderes ud fra de konkrete omstændigheder og karakteren af det sundhedsproblem, som forebyggelsen er rettet mod.

Denne bog bygger på fem konkrete forebyggelsescases, der handler om rent vand og kloakering i København fra 1850 til 1900, afgiftsforhøjelsen på stærk spiritus under første verdenskrig, trafikulykker siden 1950'erne, vuggedød i 1990'erne og endelig tobaksepidemien siden 1950'erne. Casene har alle været en succes, fordi de uomtvisteligt har reddet mange liv. De er spektakulære – nogle af dem er endda dramatiske – og fascinerende, fordi de er så forskellige og alligevel har mange fælles træk. Nogle er historiske, andre er nutidige. Et par af dem har jeg selv haft berøring med gennem mit arbejdsliv, blandt an-

det i Sundhedsstyrelsen og det tidligere Ribe Amts sundhedsforvaltning. De fem cases er ikke repræsentative for alle typer forebyggelse i Danmark. Andre cases kunne også have været valgt – for eksempel bekæmpelsen af difteri og tuberkulose, fødevarekontrollen, screening for brystkræft, eliminering af erhvervssygdomme som silikose og asbestose, den kommunale tandpleje for børn og unge eller velfærdsstatens sociale sikkerhedsnet.

Ideen med bogen er at lære af historien og bidrage til refleksioner over vor tids forebyggelse. Historien gentager sig aldrig på helt samme måde, og hver case har sine særtræk, men der er alligevel noget at lære om fællestræk. Gennem casebeskrivelserne kan vi få en varieret og ikke mindst nuanceret indsigt i de samfundsmæssige processer, der har drevet forebyggelsen frem, og vi kan få en forståelse for, hvilke forhold der har arbejdet for eller imod forebyggelse, og herunder ikke mindst hvorledes de forskellige aktører har tænkt og handlet i forhold til konkrete forebyggelsestiltag. Og det er viden og indsigt, som er værdifuld, når vi skal forholde os til vor tids forebyggelse.

Det er mit håb, at bogen kan blive til inspiration for de mange, der er optaget af eller arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme, hvad enten det er i det offentlige, organisationer, patientforeninger eller det private erhvervsliv. Bogen kan forhåbentlig også finde anvendelse inden for de forskellige sundheds- og socialfaglige uddannelser. Og skulle bogen give inspiration til sundhedspolitikere i kommuner, regioner og folketing, er alle mine forhåbninger mere end opfyldt.

Jeg har fået god hjælp til at finde materialer til de enkelte kapitler fra flere sider. Jeg vil især gerne takke Jesper Sølund, Rådet for Sikker Trafik, Johan Damgaard Jensen, Alkohol & Samfund, Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed, og Gerda Engholm, Kræftens Bekæmpelse. Jeg vil endvidere takke Morten Grønbæk, Statens Institut for Folkesundhed, Kåre Mølbak, Statens Seruminstitut, Ulrik Becker, Statens Institut for Folkesundhed, og Niels Them Kjær, Kræftens Bekæmpelse, der alle har taget sig tid til at kommentere de enkelte kapitler.

Jeg har gennem hele forløbet haft stor glæde af mit samarbejde med Stig Krøger, kommunikationskonsulent på Statens Institut for

Folkesundhed. Stig har givet mig et særdeles professionelt og inspirerende redaktionelt modspil. Endelig har Kirsten, min hustru, fulgt tilblivelsen af bogen med stor interesse og ikke mindst løbende og nænsomt bragt mine ambitioner med bogen i realistisk overensstemmelse med mine faktiske kompetencer til at skrive den.

Lars Iversen
September 2017

1 DEN OFFENTLIGE HYGIEJNE I KØBENHAVN

Kampen for rent vand og kloakering fra 1850 til 1900

”Hvad uheldige Forhold angaaer staae vi altsaa i flere henseender lige med de større engelske byer, og i nogle Forhold f. Ex. Overfyldning, endog over dem; men hvad de heldige Forhold angaaer er dette desværre ikke Tilfældet. Vi have hverken Kloaker eller en saadan Vandforsyning, Ventilation, Gaderensning, offentlig og huuslige Reenlighed overhovedet, som den der findes på de fleste Steder i London og andre større byer; og vi have heller ikke Englændernes Energi og praktiske Sands. Vi tør derfor heller ikke haabe, at Choleraen, naar den kommer, skal skaane saa mange Steder hos os, som den har skaanet i England; og vi tør endnu mindre håbe, at den slet ikke skal komme, nu da meget er værre end det var for flere Aar siden”.¹

Læge og medlem af den Overordentlige Sundhedskommission Emil Hornemann i november 1850 om faren for en kommende koleraepidemi i København

”Kjære Andersen! Som jeg iaften slentrede min sædvanlige Gang hen til vor Gaard i Amaliegaden [...] tænkte jeg saameget paa Dem; derved kom jeg ogsaa til at tænke paa de mange Billeder, Soten her maler, og som De ikke seer. Jeg fik Lyst at sende Dem et Par Blade af en Billedbog uden Billeder, saaledes som selv det profane Øie kan see dem.

Gymnastikhuset paa Glaciet ligefor Farvegaden er nu et Liighuus, hvor Tallet af Døde stundom voxer saaledes, at mange Kister maae staae udenfor paa Grønsværet, begloede af Nysgjærrige, som stedse samle sig der, og ikke sjældent hænder det, at et Liigfølge, som kommer for at hente en kjær Afdød til Jordelsen, maa vende om med uforrettet Sag, thi Liget kan umueligt findes blandt Mængden af disse [...] Det er mørk Aften, en Vogn, fuldpakket med Liig, kører hen imod Liighuset; Ildsøiler af Tivolis Fyrværkeri stige pludseligt i Veiret ligefor den, Liighestene steile, ville ikke frem, Ligene ryste, eller maaske dandse de, thi i en Kjælder ved Siden af er der Dands og en lystig Polka toner ud paa Gaden”.²

*Uddrag af brev af 22. juli 1853 til H. C. Andersen fra
vennen Adolph Drewsen, justitiarius i Københavns
Kriminal- og politiret*

Kolera er en smitsom infektionssygdom forårsaget af bakterien *Vibrio cholerae*. Bakterien spredes helt overvejende gennem forurennet vand og fødevarer, og store udbrud af kolera skyldes ofte drikkevand, som er forurennet med afføring fra mennesker. Person til person spiller kun en lille rolle som smittevej.³ Bakterien danner et kraftigt giftstof, koleratoksin, der får tarmslimhindernes celler til at udskille store mængder vand og salte. Sygdommen opstår 1-2 døgn efter smitte med pludseligt indsættende opkastning og vandig diarré, der kan medføre udtørring, kredsløbschok og død. Foruden væsketilførsel omfatter behandlingen antibiotika. I vore dage dør 1 % af de smittede, der kommer i behandling.⁴

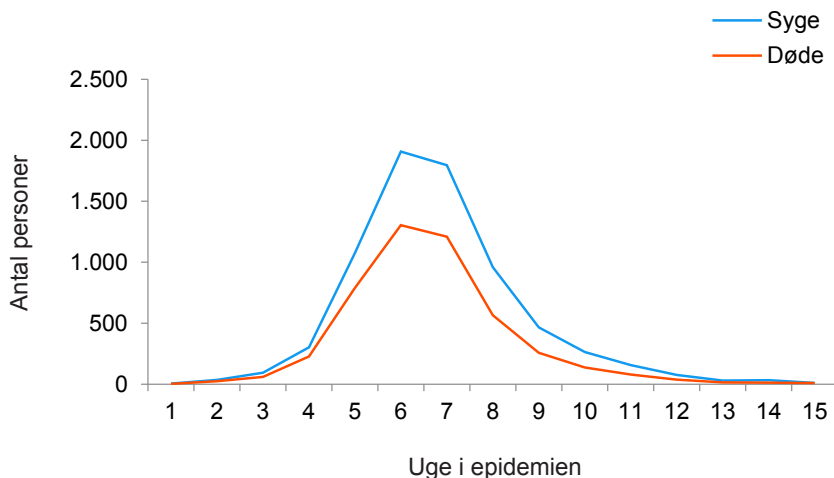
Koleraepidemien i København sommeren 1853

Voldsomme koleraepidemier har gentagne gange hærget flere kontinenter siden starten af 1800-tallet. Den første pandemi begyndte i 1816 i Bengalen og bredte sig til hele det indiske kontinent. Koleraen fulgte med pilgrimmene, der samledes omkring Gangesfloden og spredtes herefter med soldater og karavaner langs handelsruterne til Sydøstasien, Rusland, Kina og Iran. Efterfølgende var der seks koleraepidemier frem til 1926. London og Paris blev ramt i 1832.⁵ I 1892 blev Hamborg ramt. Koleraen optrådte foreløbigt for sidste gang i Europa i 1973 i Syditalien. Sygdommen udgør stadig en væsentlig trussel i Afrika, Sydamerika, Asien og Oceanien.⁶

Den 12. juni 1853 ramte koleraen København. En 19-årig tømrer måtte gå hjem fra arbejde med opkast og diarré. Tilstanden forværredes, og han blev indlagt på Søetatens Hospital i Nyboder, hvor andre patienter blev smittet.⁷ Efter 12 dages indlæggelse konstaterede man, at han som den første københavnere var ramt af kolera. Den 24. juni erklærede Sundhedskollegiet, at København var ramt af den asiatiske kolera.⁸

I de følgende fire måneder hærgede sygdommen hovedstaden. Sygdommen ramte bredt. De velstillede forlod byen i stort tal. De dårligst stillede havde ingen steder at tage hen, og det var i de fattige kvarterer, at sygdommen for alvor slog til. 7.219 blev syge, og heraf døde 4.737 – eller 66 %.⁹ Det svarer til 6-7 % af befolkningen i København under epidemien. I London døde under 1 % under epidemien i 1848-49, og det høje tal i København hang formentlig sammen med overbefolkningen og de håbløse hygiejniske forhold i byen.¹⁰ Epidemien rasede i 16 uger og toppede i juli. Det var på det tidspunkt, at A. L. Drewsen sendte sit brev til H. C. Andersen. I oktober døde den sidste københavnere af koleraen, og mareridtet var slut. Koleraen optrådte samme år kun få andre steder i Danmark – for eksempel i Ålborg – og kun i meget begrænset omfang.

Koleraepidemien i København 1853¹¹



Lægerne havde ingen effektiv behandling af sygdommen. Alskens husråd blev taget i anvendelse. Det kunne være varme mavebælter, sennepsplastre, uldne klude dyppet i brændevin eller kamferspiritus, der skulle gnides på den syge. Der blev lanceret alle mulige miksturer, herunder Van Oostens hollandske kolera-bitter. Særlig populær var en (anti) kolera-cigar.¹² Man kendte heller ikke til mikroorganismer og da slet ikke til kolerabakterien, der var årsagen til sygdommen.

Lægerne var delt i to lejre: miasmatikerne og contagionisterne. Miasmatikerne mente, at det sygdomsfremkaldende stof miasma var en slags gift i luften, der stammede fra rådne dyr og planter, fra jordbunden og fra stillestående vand.¹³ Hvis svagelige individer kom i kontakt med smitstoffet, blev de syge. Miasmatikerne lagde derfor vægt på den offentlige hygiejne. Contagionisterne mente derimod, at smitstoffet kom med vinden udefra, og man blev syg, hvis man kom i berøring med smitstoffet. Deres løsninger var isolation af syge og karantæne.¹⁴ Datidens liberale borgerskab var ikke til karantæne, hvilket var en utålelig indgriben i den fri handel, og meget belejligt var de førende læger miasmatikere. Karantænebestemmelserne fra 1830'erne blev derfor ophævet i 1852 – året før koleraen slog til.¹⁵

Da det blev klart, at København var blevet ramt af en faretruende epidemi, oprettedes den Overordentlige Sundhedskommission, der mødtes dagligt for at styre bekæmpelsen af epidemien. Man uddelte anvisninger til borgerne om, hvorledes de skulle forholde sig til kole-raen, og man oplyste dagligt gennem aviser og opslag om, hvor mange nye tilfælde, der var kommet til, og hvor mange, der var døde. Der var en bemærkelsesværdig åbenhed omkring epidemiens udvikling.

Lægeforeningen mod Koleraens Udbredelse blev stiftet og startede 10. juli med lægen Emil Hornemann som formand. Lægerne var – inspireret af erfaringer fra England – særlig aktive i forbindelse med husvisitationer. Flere læger blev smittet, og Hornemann mistede selv familiemedlemmer. Henved 10.000 husstande fik besøg, hvoraf halvdelen førte til forskellige former for påtaler. Kolerasmittede blev for eksempel indlagt på sygehuse, lig blev afhentet, boliger blev desinficeret, og de raske blev flyttet ud i teltlejr blandt andet på Amager. Og påtalerne blev fulgt punktligt. Kun fem påtaler endte i retten. Husvisitationerne afslørede i øvrigt helt horrible forhold for store dele af befolkningen og dermed behovet for hygiejniske indsatser i det hele taget.¹⁶



Teltlejr, København 1853. Kolerabyen Vest. Akvarel af HGF Holm.

Det var på ingen måde en tilfældighed eller særligt overraskende, at koleraen spredte sig så voldsomt og hurtigt i København. Alle forudsætninger var til stede, og bystyret var blevet advaret – blandt andet af Emil Hornemann allerede i 1850, som det indledende citat til dette kapitel vidner om.¹⁷ Alligevel foretog man sig intet for at forebygge koleraen, og da den brød ud, måtte man tage fat i en gammel plan fra 1830'erne, der byggede på principper om karantæne og isolation af syge – principper, som de herskende lægelige kredse egentligt havde forladt til fordel for miasmateorien, der dikterede offentlig hygiejne som det afgørende. Man var således fuldstændig uforberedt – og advarsler om, at epidemien kunne ramme København, blev ikke taget alvorligt.

I oktober 1853 krævede koleraen sit sidste dødsoffer. Epidemien var overstået. Som en af de første større umiddelbare reaktioner på det rædselsfulde forløb besluttede kommunalbestyrelsen i København i februar 1854 at bygge Kommunehospitalet:

”Den overordentlige sundhedskommission anseer [...] efter den under den i forrige sommer herskende Choleraepidemi indvundne erfaring det uomgængeligt fornødent, at der heri staden haves et Cholerahospital i beredskab til øieblikkelig afbenyttelse, saafremt sygdommen igen måtte udbryde [...] Comiteen må ligeledes, når spørgsmålet betragtes i sin almindelighed, anse indretningen af et locale, der under en indtraadt epidemi øjeblikkelig kan modtage de Cholerasyge for at være i det almindeliges interesse. Dels vilde det i høi grad tjene til at berolige Gemytterne og til at forebygge uro og ængstelse, der i en Sygdom af denne Natur havde viist sig at være så farlig”.¹⁸

Beslutningen blev taget på trods af, at man ikke havde særlig gode erfaringer med hospitalerne i London under en koleraepidemi. Dødeligheden var større på sygehusene end i hjemmene, hvor sygepassere kunne tilse patienterne.¹⁹

På den anden side var det revolutionære tider i Europa, og man kunne jo på ingen måde være sikker på, at København ikke ville blive ramt af social uro næste gang, en epidemi spredte skræk og rædsel. Her kunne et hospital virke beroligende og forebygge social uro. I andre lande førte koleraepidemierne til folkelige optøjer. Der var dyb mistro til myndighederne. Hæren blev sat ind for at bevogte karantæneramte områder. Læger blev beskyldt for at smitte folk, og der forekom lynchninger.

I København var der forbløffende roligt. Åbenheden om epidemiens spredning og de mange husvisitationer har ganske givet overbevist befolkningen om, at myndighederne faktisk gjorde, hvad man kunne gøre. Samtidig lempede man på procedurer, hvis befolkningen reagerede imod dem – for eksempel blev ikke alle syge indlagt på hospitalerne, og man slækkede på begravelsesreglerne og tillod at holde sørgehus og have ligfølge.²⁰ Det sidste har formentlig bidraget til yderligere spredning af smitten i forbindelse med transport og vask af de døde.²¹

Og under alle omstændigheder havde forløbet med koleraepidemien vist, at byen manglede hospitaler. Noget skulle der ske. At sige nej til et hospital så kort tid efter epidemien var næppe nogen mulighed. Det lå unægtelig lidt tungere med at gennemføre de nødvendige, gennemgribende og omkostningskrævende tiltag, der kunne forebygge koleraen.

København – en uhumsk by i militær spændetrøje

København var i midten af 1800-tallet en folkesundhedskatastrofe. Dødelighedsanalyser udført af lægen, og senere også politiker, Carl Erik Fenger (1814-1884) viste, at middellevetiden var 15 år kortere end på eksempelvis Fyn. Københavnske mænd og kvinder levede i gennemsnit henholdsvis 34 år og 38 år mod cirka 50 år i resten af landet, og middellevetiden var faktisk faldende i forhold til 1830'erne.²² Blandt de hyppigste dødsårsager var epidemiske sygdomme som kolera, kighoste, tyfus, diarré og difteri.²³

København blev efterhånden en af Europas tættest bebyggede hovedstæder – tættere end London og Paris. Byen var fysisk begrænset af voldene, og af militære årsager måtte der ikke bygges uden for voldene. Her skulle der være åbent land, så en fremrykkende fjende kunne beskydes frit. Byen blev betragtet som en fæstning på trods af de åbenlyse sociale, økonomiske og menneskelige omkostninger – og uden at der i mange årtier blev løst så meget som et skud fra voldene.



København,
ca. 1850

I 1851 nedsatte Borgerrepræsentationen en kommission til forbedring af de hygiejniske forhold, blandt andet med Hornemann som medlem. Man frygtede et koleraudbrud som andre steder i europæiske storbyer. Kommissionen fastslog, at København måtte anses for at være overbebygget i forhold til for eksempel Paris og endnu mere i forhold til London, og at denne tilstand kun blev mere udtalt. Hvert hus blev mere og mere overfyldt, og hvis der ikke blev taget forholdsregler, ville al fri

plads og gårdsrum blive indskrænket. Luft og lys ville blive holdt mere og mere ude, urenheder og fordærvelse af luften ville blive forøget, og – ikke mindst – epidemiernes lettere opkomst og udbredelse ville ikke udeblive. Kort sagt dokumenterede Kommissionen grundejernes voldsomme og hensynsløse spekulation i boligmanglen og pegede på de skæbnesvangre helbredsmæssige følger af overbefolkningen.

Byen var spærret inde bag jordvoldene, og skønt København var en havneby, så høstede man ikke fordele ved at ligge tæt op til det friske vand. Tværtimod blev byen domineret af ”det stillestående og ildelugtende vand i stadsgravene, Kastelsgraven og kanalerne”.²⁵ Hertil kom, at arealudvidelser skete ved landindvindinger fra havet eller inddragelse af sumpede områder. Flere steder byggede man på gamle renovationspladser – for eksempel i Bredgade-Amaliegadekvarteret, hvor der stank af gødning og uhumskheder.

”Gadernes urenlighed og dårlige tilstand (bl.a. brolægningen), Priveternes (klosetternes) og Renovationens slethed, Kældersumpene og de elendige drikkevandsforhold... Det var stadig tilladt at jordfæste lig på kirkegårdene inden for voldene, og at der trods tidligere forbud igen var givet tilladelse til at anlægge sundhedsfarlige fabrikker og anlæg som trankogier, fiskebløderier, osteoplæg osv. i selve staden. En udflytning af disse stødte stadig på sej modstand fra de næringsdrivende, der vægrede sig ved at påtage sig de med flytningen af deres virksomhed forbundne omkostninger”.²⁶

Et andet uhygiejnisk element var det omfattende dyrehold. Så sent som i 1880'erne var der 3.000 køer i København. Der var 125 brændevinsbrænderier, der var baseret på destillation af et udkog af byg eller kartofler. Tilbage blev et næringsrigt biprodukt – masken – der var et fortræffeligt, men nok berusende foder til køerne, der ofte blev opstaldet på første sal over de store destillationskedler. Brændevinsbrænderne kæmpede aktivt mod alle krav om bedre hygiejniske forhold, og først omkring år 1900 var det slut med kohold i den indre by.²⁷

Før 1860 var der ikke noget kloaksystem i København. Spildevand og regnvand løb i åbne rendestene eller grøfter. I bedste fald løb det væk, men ofte var renderne stoppet til – af for eksempel ådsler eller affald fra slagtere – eller der var et for lille fald til, at vandet kunne løbe væk. Resultatet var en ulidelig stank og masser af mudder og uhumskeheder, der efter regnvejr blev skyllet ud på gader og stræder.

I baggårdene var der latringruber – ofte bare huller i jorden med et hus ovenpå. Latringruberne skulle være murede, men var det sjældent. Overfladevand kunne derfor tvangsfrit sive ind og ud af gruberne – og ofte direkte ned i sumpede, fugtige og beboede kælderrum. Latringruberne blev tømt af natmændene. Transporten af latrinen foregik på dårlige vogne i åbne tønder. Der var af forståelige grunde forbud mod, at hestene galopperede henover de toppede brosten. En hel del latrin blev dog spildt under transporten.

Drikkevandet løb i lange trærender, gravet flere meter ned i gaderne, fra Emdrup Sø eller de tre søer uden for voldene. Renderne var ofte rådne, og de kunne ligge op ad utætte latringruber eller kunne endda gå tværs i gennem dem. Vandet indeholdt en mængde urenheder, og det hørte ikke til sjældenhederne, at døde og rådne fisk blev pumpet op sammen med vandet. Ål kunde ikke holdes ude af renderne. Om sommeren var vandet altid halvlunkent. Et yndet kælenavn var ”lunken ålesuppe”.²⁸ At disse forhold har givet anledning til masser af sygdomstilfælde er hævet over enhver tvivl. Et særligt tankevækkende eksempel er Amaliegadefeberen:

”I fire Aar, 1840-44, klagedes der over slet Lugt ved Vandet i Bredgadekvarteret, og i 1842 rasede en Tyfusepidemi, Amaliegadefeberen, i dette Kvarter, uden at der blev gjort noget ved Vandrenderne. Først i 1844 fandt man paa at tage de gamle Render op, og man opdagede da hændelsesvis et Hul af fire Tommers Diameter, der førte fra den underliggende Vandrende til den overliggende Kloak, der blandt andet modtog Afløbet fra Frederiks Hospitals Lighus”.²⁹

Om sommeren var stanken i byen uudholdelig, og den bedst stillede del af befolkningen flyttede ofte ud af byen. Om vinteren var stanken måske knap så slem. Givet er det, at København var – med Horne-manns ord – en ”skiden by”.

Kampen om rent vand og kloakker

Revolutionære strømninger – et spøgelse som Marx kaldte det – gik gennem Europa. Også i Danmark var der politisk opbrud. Borgerskabet i byerne – og specielt i København – ville af med enevældens mange snærende bånd, og man ville have den politiske magt. I 1848 blev enevælden afskaffet med fredelige midler, og den første grundlov for landets styreform blev vedtaget.³⁰

I januar 1852 blev arealerne uden for voldene frigivet til bebyggelse. Det varslede nye tider for grundejere og entreprenører og førte til et omfattende spekulationsbyggeri. Brokvartererne blev bebygget. Der var et minimum af friarealer, og husene blev bygget i højden og med masser af baggårdsbebyggelser og kviste. Den københavnske befolkning voksede med 4.-5.000 nye indbyggere hvert år. Dem skulle der skaffes boliger til.

I 1856 blev byportene revet ned, og den forhadte kontrol med, hvem der rejste ind og ud af byen, blev ophævet.

Allerede i 1840 fik København en kommunalforfatning, der gav borgerskabet en vis indflydelse. København blev styret af Borgerrepræsentationen med 36 medlemmer og en magistrat med 10 medlemmer, hvoraf fire var udpeget af kongen og seks valgt af Borgerrepræsentationen. For at være stemmeberettiget skulle man eje en ejendom over en vis værdi eller betale en vis skat.³¹ I København begrænsede valgeregler antallet af stemmeberettigede til 1.900 personer – 2 % af befolkningen.

I 1857 fik København en ny kommunalforfatning, med hvilken fulgte ansvaret for vandforsyning, brolægning og veje. Disse reformer af styringen af København markerede, at borgerskabet nu havde over-

taget magten over byen. Man ville af med statens direkte styring af byen, og man ville sikre, at byens infrastruktur fungerede bedre.³²

Det var i denne arena, at slaget om den offentlige hygiejne skulle udspille sig gennem de næste 40-50 år. Der var flere modsætninger. På den ene side var der de kortsigtede og meget stærke grundejerinteresser, der bekæmpede forslag, som var udgiftskrævende, eller som begrænsede deres ejendoms- og dispositionsret over deres ejendomme – for eksempel med krav om kloakledninger, der skulle føres igennem deres grunde, krav til renovation, forbud mod beboelse i usunde kældre med flere. På den anden side var der et stadig mere oplyst og internationalt sindet borgerskab, der ville modernisere København og få København på europakortet som en moderne hovedstad med ordentlige sanitære forhold, som bogstaveligt talt ikke stank af latrin. Endelig var der en offentlig hygiejnebevægelse af læger og ingeniører, der utrætteligt stillede krav om radikale forbedringer af den offentlige hygiejne, og som fremlagde det ene gennemarbejdede løsningsforslag efter det andet. Og så sluttelig, i de sidste årtier af 1800-tallet, var der en arbejderbefolkning, der for alvor begyndte at manifestere sig gennem fagbevægelse og politiske partier, som stillede krav til København, og som siden hen også fik den politiske magt til at gennemføre dem.

Der skulle dog gå næsten 50 år efter katastrofen med koleraepidemien, før København slap af med natrenovation, fik et moderne kloaksystem – med ”alt i røret”, og det blev lovligt at indlægge wc’er i husene.

Første runde: vand og kloakker til spildevand, men ingen wc’er

Overinspektør ved det kongelige saltværk i Oldesloe i Holstein F. C. Kabell (1808-1903) tilbød i 1844 Borgerrepræsentationen i København ”at ville successive undersøge de omfattende vandforsynings-, kloak- og gasbelysningsanlæg, som for tiden er under arbejde i Hamborg samt give beretning om resultatet af visse iagttagelser, for så vidt de

kunne antages at have interesse med hensyn til forholdene i København”.³³ Kabell havde besøgt blandt andet Paris og London og studeret, hvorledes man kombinerede vandforsyning med kloakker og brugte vand til at transportere latrinen væk i lukkede systemer. Og året efter udarbejdede Kabell et mere detaljeret forslag til, hvorledes et sådant kombineret system kunne realiseres i København, hvor vand fra søerne med hjælp fra dampmaskiner skulle sættes under tryk og drives op i husene. Hvert hus skulle have sin egen kloak med afløb fra køkkener, tagrender og påtænkte vandklosetter, og disse kloakker skulle igen samles i store murede kloakker.³⁴ I virkeligheden præsenterede Kabell her den færdige løsning, som det tog København mere end 50 år at føre ud i livet – lang tid efter mange andre storbyer.

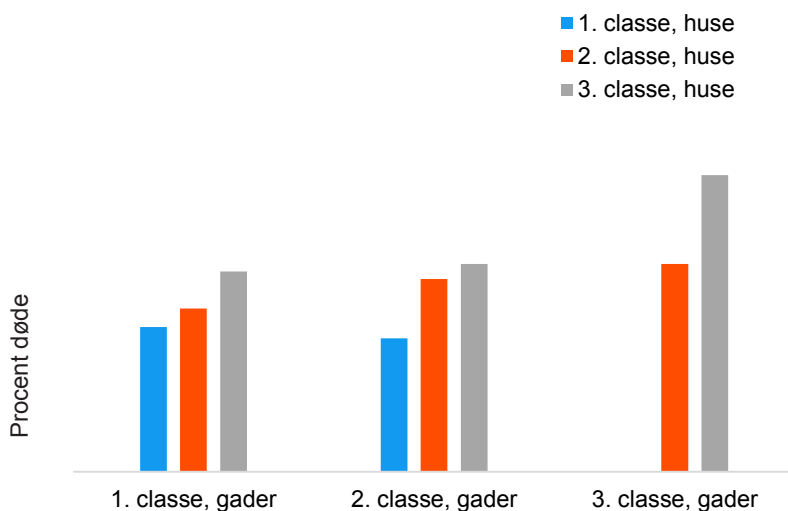
Kabells tilbud vakte betydelig opmærksomhed, blandt andet hos Emil Hornemann, der også havde rejst rundt til flere storbyer og med egne øjne set, hvorledes de massive hygiejniske problemer kunne løses rent teknisk. Også i Borgerrepræsentationen var der interesse, og man udskrev en international kloakkonkurrence om et kombineret forslag, der omfattede vandforsyning, kloakering og gasbelysning, i 1847. Der indkom 18 bidrag. Ingen af dem blev vurderet som tilfredsstillende – især var man betænkelig ved, om kloakdelen kunne fungere, og man ønskede at afvente flere praktiske erfaringer fra udlandet, før man gik i gang i København. Man besluttede dog at arbejde videre med de bedste af forslagene.

I maj 1853 – måneden før koleraepidemien brød ud – behandlede Borgerrepræsentationen et forslag, udarbejdet af Københavns vandinspektør Ludvig August Colding (1815-1888), senere Københavns første stadsingeniør, hvor man anbefalede det engelske system, der bestod i, at ”latrinindhold udskyllet tilstrækkeligt med vand samt spildevandet fra al indvendig husbrug igennem underjordiske ledninger af indvendigt glasserede lerrør føres så hurtigt som muligt til et passende udfald uden for den beboede by”.³⁵ Som en del af forslaget skulle alle grundejere forpligtiges til at modtage rørledning på egen grund betalt af kommunen, alle latringruber skulle nedlægges, og latrin fra priveter skulle tilsluttes rørene – det samme gjaldt spildevandsafledning,

regn og overfladevand. Endelig kunne arbejdet iværksættes på ejerens bekostning, hvis han ikke frivilligt udførte det.³⁶

I Borgerrepræsentationen var der flertal for den kombinerede løsning, hvor man udbyggede vand- og gasforsyning sammen med kloakeringen. En af fortalere var distriktslæge Peter Anton Schleisner (1818-1900), senere stadslæge i København. Schleisner havde blandt andet rejst i England og Frankrig. I et bilag til mødet i Borgerrepræsentationen i maj 1853 argumenterede Schleisner meget udførligt for det kombinerede forslag og henviste blandt andet til medicinalstatistiske studier i England, der viste, at ingen eller mangelfuld kloakering systematisk øgede dødeligheden specielt i den fattige del af befolkningen, der boede i usunde boliger.³⁷

Sammenhæng mellem sanitære forhold og dødeligheden i Charlton upon Medlock³⁸



1. classe, gader: fuldstændig brolagt og forsynede med kloaker.
2. classe gader: ingen brolægning og kun til dels forsynede kloaker, men temmelig rene og tørre.
3. classe, gader: ingen brolægning og ingen kloaker og ikke renholdte.

Husene er opdelt "efter deres beskaffenhed i sanitair henseende i 3 classer".

Denne ganske overbevisende epidemiologiske dokumentation blev dog uden større anfægtelser fejlet af bordet af overpræsident Michael Lange, der ikke kunne "lægge nogen særdeles vægt på de under sagen fremkomne statistiske noticer og beregninger angående den uheldige indflydelse, savnet af kloakker skal have på mortalitetsforholdet. I hvilken henseende det i øvrigt også vil have sine vanskeligheder at godtgjøre den rette Causal-forbindelse, idet den større dødelighed, hvor den viser sig, ordentligvis beroer på flere samvirkende omstændigheder".³⁹ Schleisner sluttede sit bilag med følgende salut:

"Der gives næppe nogen offentlig foranstaltning, som i højre grad end den nysnævnte kommer den fattige og ubemidlede Classe til gavn. Imens den mere Velhavende altid har det i sin magt på forskellig måde at unddrage sig de skadelige indflydelser, som opholdet i en tæt bebygget by medfører, så er den fattige nødsaget til bestandig at leve under en sådan indflydelse, og derfor også mere udsat for sygelighed og død. Det er derfor man i England har kaldt den nye sundhedslov for "Fattigmandslove", man går ud på at formindske sygeligheden og dødeligheden blandt Arbejder-befolkningen; men netop derved skaffer man arbejderen en årlig forøgelse af arbejdsdage, sparer ham udgifter til læge, medicamenter og begravelse og forøger således indirecte hans capital. Det er på denne måde – ved hensigtsmæssige sanitaire bestemmelser for bygningsvæsenet, vandforsyning, kloakvæsen – kort den offentlige og private renlighed – at man på en rolig måde – så at sige ubemærket måde i de sidste 10 år i England og nu også i Belgien og Nordamerika søger at gennemføre den såkaldte sanitaire reform – en reform der er så simpel og naturligt, at den lidt efter lidt vil gjøre sig gældende i alle oplyste nationer".⁴⁰

Der var dog meget stærke kræfter i Borgerrepræsentationen og ikke mindst i Magistraten, der kæmpede aktivt imod det kombinerede forslag, og de vandt slaget i første omgang.

Overpræsident Lange gjorde fem modargumenter gældende. For det første var forslaget om kloakeringen ualmindeligt bekosteligt. For det andet ville kloaksystemet ikke passe til de klimatiske forhold i København (kloakrørene ville fryse til om vinteren). For det tredje skulle enhver ejendomsbesidder finde sig i, at naboens kloakledning, ”hvor omstændighederne udkræve det”, førtes over hans grund. For det fjerde ville det gå ud over stadens brolægning, da gaderne skulle brydes op. Og endelig for det femte ville latrinen ikke som hidtil kunne opsamles og sælges til bønderne som gødning.⁴¹

Lange gik derimod ind for en ny vandforsyning, der kunne sikre nem adgang til rent drikkevand, men ønskede ikke at udbygge et kloaksystem, hvor latrin kunne skylles direkte ud i kloakkerne.

Borgerrepræsentationen havde bedt den engelske ingeniør James Simpson om at kommentere det kombinerede forslag, som han havde anbefalet. Han påpegede imidlertid, at et ”forbedret Vandvæsen nødvendigviis må have indretningen af et Kloakvæsen til følge, fordi erfaringen har godtgjort at mange vil benytte Vandforraadet for at skylle latrinindholdet ud i rendestenene og derfra i canalerne og havnen”.⁴²

Simpson frygtede med andre ord, at fristen til at skylle natpottens indhold ud i køkkenvasken var overvældende stor – frem for at skulle gå ned med potten i mørke og kulde til latrinhuset i baggården. Modstanderne i Borgerrepræsentationen delte dog ikke denne frygt: ”Heller ikke kunde minoriteten indsee at det med grund var at befrygte, at en rigeligere vandforsyning skulle medføre sådanne ulemper ved overhåndtagende udskylning i rendestenene, som ikke skulle kunne forhindres ved et virksomt Politieftersyn”.⁴³ Man skulle blive klogere. I bygningsloven af 1867 blev det således nødvendigt at påbyde, at køkkenvaske skulle have vandlåse for at modvirke stanken op igennem etagerne, når vaskene blev anvendt som wc-kummer.⁴⁴

Det kombinerede forslag blev vedtaget af Borgerrepræsentation i juni 1853 – et par uger før koleraepidemien for alvor eskalerede – men forslaget blev forkastet af Magistraten. Sagen skulle herefter ifølge den kommunale forfatning afgøres af indenrigsministeren, Anders Sandø Ørsted. Ministerens afgørelse forelå i februar 1854 – året efter

koleraepidemien – og han rystede ikke på hånden. Kloakplanen blev afvist under henvisning til uenigheden i kommunen – og til, at planen ”ville medføre højst betydelige bekostninger og derhos paadrage Byens Grundeieere ikke faa Ubehageligheder og byrder, som under de stedfundne forhandlinger ikke syntes at være tillagte tilstrækkelig vægt”.⁴⁵

Afslaget forholdt sig ikke til de sundhedsmæssige gevinster ved planen – og koleraepidemien blev end ikke nævnt. Det var hensynet til grundejerne og omkostningerne, der var udslagsgivende.

Hermed var sagen afgjort. Fra 1857-60 etableredes derimod et underjordisk enstrenget muret selvrensende system til husspildevand, regnvand og dræning med udløb til havnen eller nærmeste kanal. Der gennemførtes samtidig et forbud mod vandskylende toiletter. Latrinen blev stadig afhentet fra ejendommenes gårdlokummer i tønder af private entreprenører og kørt ud til forskellige latrinoplagringspladser på Amager, Lersøen og Rådmandsmarken. Her kunne lokale bønder købe latrinen og bruge den som gødning.⁴⁶

I samme periode blev de nedslidte, halvrådne trævandledninger, der ledte overfladevand fra Damhussøen, Emdrup Sø, Skt. Jørgens Sø, Peblingsøen og Sortedam ind i byen, erstattet med støberørsvandledninger, og i 1859 blev et vandværk ved Axeltorv indviet. Det skaffede vand til pumper i gårde og pladser. Der etableredes også et vandrensningsanlæg i form af en række sandfiltre langs Skt. Jørgens Sø, hvor vandet løb igennem, før det ved hjælp af dampkraft blev pumpet videre. Dette enorme fremskridt byggede på udvikling af større, billigere og bedre dampmaskiner, massefremstilling af vandrør og forbedrede metoder til vandrensning. Vandforsyningen var ikke kun vigtig ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt, men også af hensyn til erhvervslivet. Dampmaskiner krævede vand, og nye vandkrævende virksomheder opstod – bryggerier, lærredsvæverier, dampvaskerier med flere.⁴⁷

Anden runde: nu med wc'er og "alt i røret"

Problemerne med latrinen forsvandt naturligvis ikke som dug for solen. Samtidig voksede den københavnske befolkning fra cirka 150.000 i 1860 til cirka 300.000 i 1890. Det gav af naturlige grunde et vedvarende pres på kloakeringen. Langsomt gik man fra de utætte latringruber i baggårdene til tøndesystemet. Der var selvsagt masser af gener forbundet med dette system. Så sent som i 1885 viste en undersøgelse af latrinerne i 6.000 ejendomme, at der hos 3.700 var større eller mindre mangler, der skulle afhjælpes.⁴⁸

Forskellige selskaber stod for at indsamle latrinen til samlingssteder, hvor latrinen blev solgt til bønder. Det var forbudt at anvende vandklosetter. Kloakkerne var jo ikke dimensionerede til vandskyllende toiletter, og kloakindholdet blev pumpet direkte ud i havnen. Endvidere var der stærk politisk modstand mod wc'erne, fordi man dels fjernede eksistensgrundlaget for renovationsselskaberne, dels mistede indtægterne ved salg af latrinen til bønder.

Fra 1891 transporteredes latrinen endog med tog til forskellige landstationer på Amager og Sjælland. Bøndernes efterspørgsel begyndte imidlertid at falde i takt med, at man gik over til at bruge kunstgødning – superfosfat – der var meget nemmere at håndtere end latrinen. I 1870'erne var der fem virksomheder alene i københavnsområdet, der producerede kunstgødning.⁴⁹ Latrin var blevet et værdiløst affaldsprodukt og dermed forsvandt et af de væsentligste argumenter for at fastholde forbuddet mod wc'erne. Forskellige skøn viste ydermere, at kun en fjerdedel af latrinen blev indsamlet via tøndesystemet. Resten forsvandt "sporløst" og endte i havnen sammen med andet spildevand og flydende affald. Havnen var forvandlet til en overdimensioneret slamkiste, der spredte en ulidelig stank ud over byen.⁵⁰ Forhåbninger om, at man gennem et effektivt polititilsyn kunne hindre befolkningen i at smide latrinen i køkkenvasken, blev unægtelig gjort til skamme. Hermed forsvandt et andet argument for forbuddet mod wc'erne.

Der var løbende ansøgninger til Borgerrepræsentationen fra bygherrer, der ønskede at indlægge wc'er i nybyggeri for velstående bor-

gere – for eksempel i Stockholmsgade – men de blev afvist. Først i 1893 gav man efter. Magistraten blev bemyndiget til at give tilladelser under bestemte forudsætninger og med en årlig afgift på 100 kr. Herefter kunne wc'er lovligt installeres i København – cirka 50 år efter Kabell havde fremsendt sit forslag om moderne kloakering i København.⁵¹ Wc'et gik sin forståelige sejrsgang, og latrintønderne blev langsomt trængt ud. Tilslutningsafgiften blev fjernet. Man skulle dog helt frem til 1938, før wc'et blev obligatorisk.

Der var i slutningen af 1800-tallet en vedvarende debat om kloakeringen både i offentligheden og pressen, i faglige selskaber og i Borgerrepræsentationen. Viceinspektør ved Københavns Brolægnings- og Vejvæsen og senere stadsingeniør Charles Ambt (1847-1919) blev således af Borgerrepræsentationen sendt til Edinburgh, London og Paris for at studere kloakforholdene. Ambt var entydig fortalende for wc'erne og for en videreudvikling af det københavnske kloaksystem, sådan at det kunne håndtere al latrin.⁵² Ambt udarbejdede et konkret forslag, der indebar, at de eksisterende kloakker blev afskåret langs havnen, at udløbsrør blev ført under havnen, og at alt blev pumpet ud i Øresund. Ambts rapporter og forslag skabte stor opmærksomhed og satte pres på at få gjort noget ved de utålelige forhold, ikke mindst i havnen, hvor kloakkerne havde udløb. Årligt blev der fjernet mellem 30.000 og 55.000 læs "mudder" fra havnen⁵³, og vandet i sommerperioden var i "stadig gæring og derfor udsendte ildelugtende luftarter, der med visse vinde blev baarne indover store dele af Vesterbro".⁵⁴

Ifølge Ambt var der et fast mønster i modstanden mod wc'erne. Først brokkede landmændene sig, hvis latrinen ikke mere kunne indsamles til gødning, så brokkede grundejerne sig over omkostninger til at installere wc'er, og endelig kom skeptikerne, som savnede videnskabelig dokumentation for, at wc'er ville være et hygiejnisk fremskridt. "Kan virkelig Forandringen fra et hvilket som helst Tøndesystem til Vandklosetsystem hindre os i at komme til at spise vores syge medmenneskers Fækalier", spurgte for eksempel overkirurg Eilert Adam Tscherning (1851-1919) ved et møde i Medicinsk Selskab om renovationssagen i marts 1894.⁵⁵ (Overkirurgen var i de videnskabelige sel-

skabers debatter kendt som "ivrigt, meget oppositionslysten og ofte indtagende forfriskende om end med jævnlig noget paradoksale særstandpunkter"⁵⁶, hvilket ovennævnte citat bekræfter).

I 1897 vedtog Borgerrepræsentationen omsider den store kloakreform, der byggede på Ambts forslag og på princippet om "alt i røret" – "Tout- à-l'égout".⁵⁷ Kloakudløb i havnen blev afskåret. Rør blev ført under havnen. Der blev bygget pumpestationer, og alt blev pumpet ud i Øresund. Der var fortsat meget få wc'er, så latrinen blev stadig samlet ind. En ny latrinstation blev etableret på Kløvermarksvej på Amager, hvorfra latrinen blev transporteret videre med tog. Overskydende latrin blev ekspederet ud i Øresund, så man undgik store ildelugtende "overskudslagre".

Det var et kæmpe fremskridt, men udpumpningen i Øresund skabte jo siden hen nye utålelige miljøproblemer i "Pløresund". En endelig løsning fik man først i 1973, da Borgerrepræsentationen besluttede at bygge rensningsanlægget Lynetten, og med dette anlæg må man sige, at København omsider nu ikke længere med rette kunne kaldes en "skiden by".

Den 27. marts 2008 afhentede Renholdningsselskabet af 1898 (R98) de allersidste lokumsspande i København i en haveforening i Valby. Endestationen var pumpestationen ved Damhusåens Renseanlæg. Samtidig blev der gennemført kloakering i haveforeningen, og der blev dermed sat et endegyldigt – brunt – punktum for et vigtigt kapitel i københavnernes historie. Det hele var nu kommet i røret.⁵⁸

I 2014 gennemførte foreningen Maritime Nyttehaver de første forsøg med at dyrke østers i Københavns Havn.⁵⁹ Det ville utvivlsomt have glædet Hornemann, Schleisner, Kabell, Ambt og Colding – og mon ikke trods alt også Tscherning – at indtage de eksklusive skaldyr på den østersbar, som man påtænkte at indrette oven på østersbankerne. Deres mission var mere end fuldført.

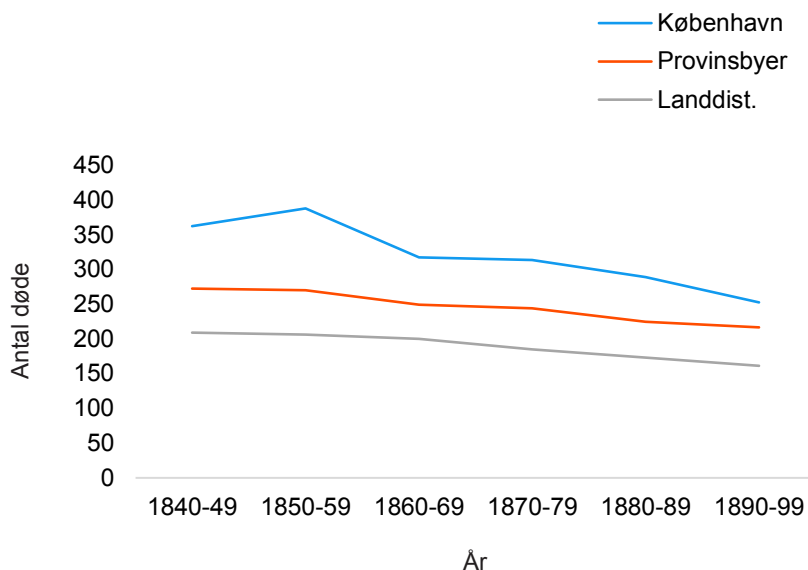
Hvordan gik det med sundheden i København?

Hvad betød disse omfattende forbedringer i den offentlige hygiejne for den københavnske befolknings sundhed?

Det kan umiddelbart fastslås, at København ikke blev ramt af flere epidemiske udbrud af kolera på trods af flere pandemier i Europa og på trods af, at der optrådte flere enkeltstående koleratilfælde. I København indberettedes i 1873 to koleradødsfald, og det var sidste gang, kolera optrådte som dødsårsag i København.⁶⁰ I det øvrige Danmark registreredes ét dødsfald af kolera i 1864, 15 dødsfald i 1873 og tre dødsfald i 1892.⁶¹

Sundhedstilstanden i den danske befolkning blev gradvist bedre fra omkring 1840 til 1900. Det gjaldt i særlig grad den københavnske befolkning, der igennem hele perioden havde en overdødelighed i forhold til provinsbyerne og landdistrikterne, men denne overdødelighed blev stadig mindre som et udtryk for, at helbredstilstanden blev relativt bedre i København end i det øvrige land.⁶²

Antal døde per 10.000 mænd i København, provinsbyer og landdistrikter⁶³



Det er formentlig ikke – af flere grunde – muligt at give en kvantitativ vurdering af, hvor meget de forbedrede vand- og kloaksystemer isoleret set bidrog til dette vedvarende fald i den københavnske overdødelighed.

For det første blev forbedringerne i vand- og kloaksystemerne implementeret gradvist over en årrække på mere end 50 år. Den rene drikkevandsforsyning har utvivlsomt været et kæmpe fremskridt, men den blev som sagt ”kombineret” med blandt andet udskylning af latrin i køkkenvasken.

For det andet blev der i samme periode også gennemført andre væsentlige tiltag, der har haft betydning for overdødeligheden. Det gjaldt for eksempel bedre kontrol med fødevarer (kød og mælk) og arbejderbeskyttelse.

Og endelig var perioden præget af økonomisk fremgang, hvilket betød generelt forbedret ernæringstilstand og dermed øget modstandskraft mod infektionssygdomme i den københavnske befolkning.

Hygiejnebevægelsen

En væsentlig drivkraft igennem hele forløbet har været læger som Hornemann, Fenger og Schleisner med flere, der igen og igen dokumenterede de groteske forhold for den brede befolkning og i ofte skarpe vendinger påpegede behovet for forebyggende indsatser, og som kritiserede de kræfter, der hele tiden kæmpede imod og forhalede gennemførelse af de nødvendige forbedringer.

Denne kreds af læger rejste i udlandet, var internationalt orienteret og inspireret af tilsvarende strømninger i andre europæiske lande som eksempelvis England med Public Health-bevægelsen med fremtrædende repræsentanter såsom William Farr og Edwin Chadwick. Fra Tyskland kan nævnes Rudolf Virchow og fra Frankrig Louis René Villermé.⁶⁴

Man nedsatte en hygiejnekomité i Lægeforeningen og oprettede faglige selskaber, eksempelvis Selskabet for Sundhedsplejen i Danmark. Man udgav tidsskrifter såsom Ugeskrift for Læger, Hospitalstidende og Hygieiniske Meddelelser, og man deltog i og arrangerede

selv store internationale og tværfaglige kongresser i København.⁶⁵ Flere læger blev politisk aktive – eksempelvis Schleisner – og valgt til Borgerrepræsentationen.

Et åbenlyst bevis på samfundsengagementet var Lægeforeningen mod kolera, der blev stiftet midt under koleraepidemien, og hvor mange læger meldte sig til husvisitationer. Drewsen beskrev lægernes indsats i sit brev til H. C. Andersen, da koleraepidemien var på sit højeste:

”Hvad ere vore Læger ikke for Lysbilleder i denne Tid; Fenger vandrer som en Frelsens Engel, fra Huus til Huus, Dag og Nat, uden at trættes; og altid kommer han med det samme muntre Ansigt som tidligere; endnu har jeg ikke seet ham et Øieblik forknyt; og hvad maa han ikke see! De andre Læger ere ogsaa ufortrødne. – Og hvad er Velgjørenheden her ikke for et Lysbillede!”⁶⁶

Et andet håndgribeligt bevis for dette samfundsengagement var Lægeforeningens Boliger, Brumleby på Østerbro, som blev opført fra 1853-1872 og på initiativ af Hornemann. Brumleby skulle vise, hvorledes København – i stedet for spekulationsbyggeriet, der florerede – kunne udbygges med flere hundrede sunde, billige boliger i grønne områder med frisk luft og fællesfaciliteter som badeanstalt, bibliotek, brugsforening og mødesal.⁶⁷

Flere læger gennemførte – stærkt inspireret af udlandet – medicinalstatistiske undersøgelser af forholdene i København og introducerede på denne måde epidemiologien som en vigtig hjælpedisciplin i forebyggelsen i Danmark. Perioden fra cirka 1860 til 1900 er betegnet som bakteriologiens guldalder.⁶⁸ I 1870’erne og 80’erne kom Pasteurs og Kochs opdagelser af bakteriernes betydning for smitsomme sygdomme og hermed fik den lægefaglige argumentation en helt anden tyngde.⁶⁹ Uenigheden mellem miasmatikere og contagionisterne blev ophævet, og sygdomsteorierne fik et videnskabeligt fundament. De praktiske anbefalinger var dog stadig de samme. Rent vand, effektiv kloakering og isolation af de syge var stadig løsningen.

I samme periode udviklede ingeniørfaget sig også rivende. Toneangivende ingeniører var som lægerne internationalt orienterede, de udarbejdede fremsynede og komplicerede planer for vandforsyningen og kloakeringen af København, og de viste i praksis, at de var i stand til at føre imponerende ingeniørprojekter ud i livet – og at de virkede. Hygiejne blev omkring 1860 introduceret som fag på Polyteknisk Lærestanstalt, hvor også Ludvig August Colding var professor og skrev videnskabelige afhandlinger.



*Emil
Hornemann*

Hygiejnebevægelsen var på ingen måde drevet af tidens revolutionære ideer. Drivkraften har først og fremmest været social indignation over de rædselsfulde forhold, som den københavnske underklasse levede under, og en stor ansvarlighed i forhold til den professionelle faglighed. Det har været diskuteret, hvor stor betydning hygiejnebevægelsen har haft for København. Det er hævet over enhver tvivl, at bevægelsen har været med til at sætte en dagsorden for den offentlige hygiejne i byen og igennem årtier fastholde behovet for forebyggende indsatser.



*Ludvig August
Colding*

Hvad står tilbage?

Når det i vore dage en gang imellem går galt, og vores drikkevand bliver forurenet af kloakvand, bliver det for en kort stund klart, hvor barsk tilværelsen har været i København – og i særdeleshed for de nederste lag i befolkningen – for 100-150 år siden.

Det var ikke, fordi man ikke vidste bedre. Kabell fremlagde allerede i 1844 et forslag til en kombineret løsning på vandforsyning og kloakering, og den kombinerede løsning blev gang på gang i de efterfølgende årtier fremhævet som den optimale løsning.

Det var heller ikke, fordi man ikke vidste, hvorledes man kunne bygge sunde boligområder for københavnernes. Brumleby blev som følge af den megen sociale elendighed, de mange husvisitationer under koleraepidemien afslørede, et praktisk eksempel på, hvorledes København kunne udvikles i forhold til den brede befolknings behov.

Historien viser, at kortsigtede økonomiske særinteresser hele tiden har været styrende for udviklingen af København, der i 1800-tallet var præget af en voldsom befolkningstilvækst og et omfattende spekulationsbyggeri, der skabte masser af usunde, overbefolkede boliger. De samme interesser var også i høj grad styrende for, hvornår og i hvilket omfang de uundgåelige foranstaltninger for at sikre ordentlig vandforsyning og kloakering blev sat i værk.

Udviklingen af vandforsyning og kloakering har paradoksalt nok samtidig været afgørende for konstitueringen af Københavns Kommune. De store anlæg kunne ikke overlades til det private initiativ. Dette var på mange måder et brud på de fremherskende liberale strømninger, hvor hensynet til den private ejendomsret og grundejerens rettigheder var det vigtigste. De store omkostninger, ekspropriationer og behovet for at beskytte de færdige anlæg – blandt andet mod forurening – nødvendiggjorde offentlig kontrol med byggeri og erhverv. Den offentlige hygiejne forudsatte en stærk kommune, og på den måde skabte den offentlige hygiejne vækstgrundlaget for kommunen. Udviklingen af den offentlige hygiejne og kommunen gik så at sige hånd i hånd, men selvfølgelig ikke uden sværds slag. Der var hele tiden stridigheder med grundejerne, der var stærkt repræsenteret i kommune og rigsdag, men gradvist opfattedes forsyning med rent vand og kloakering som uomgængelig.⁷⁰

2

DANMARK PÅ KUR

Afgiftsforhøjelsen på stærk spiritus i 1917

”Hvis den danske befolkning gennemgående bestod af normalt levende, sunde mennesker, var rationeringstidens mærkelige resultater uforståelige. Hvis vi derimod betragter nutidsmennesker som for en stor del mere eller mindre overernærede og forgiftede patienter, så lettes forståelsen. Alle disse patienter har vi i et år sat på en ikke ganske frivillig kur. Danmark har med andre ord i rationeringstiden været at anse som en stor naturhelbredelsesanstalt [...] Når nogle måneders streng kur kan give et så godt resultat, kan det ikke forbavse, at et års kur i en mere moderat form også kan have vist god virkning”.⁷¹

*Mikkel Hindhede, leder af det statslige Laboratorium
for Ernæringsundersøgelser på Frederiksberg*

I 1916 blev der solgt 32 millioner flasker brændevin i Danmark. I 1919 var salget faldet til 2,4 millioner. En særlig tillægsafgift på spiritus blev i 1917 tyvedoblet, og det blev forbudt at bruge korn til produktion af alkohol.⁷² Ydermere blev der gennemført en koncentration af brændevinsproduktionen, der gav De Danske Spritfabrikker et statsgaranteret monopol på produktion af sprit. Det fik ikke negative følger for indtjeningen.

Spiritusforbruget toppede i 1870'erne med et gennemsnitligt årligt forbrug på 10 liter per person omregnet til ren alkohol. Herefter faldt forbruget vedvarende frem mod første verdenskrig, hvor det lå på fire liter. I 1917 sendte afgiftsforhøjelsen på få måneder forbruget helt i bund.⁷³

Salg af liter ren alkohol per indbygger i Danmark⁷⁴



De sundhedsmæssige følger var dramatiske. Antallet af anholdelser for beruselse i København og Frederiksberg blev nærmest fra den ene dag til den anden halveret, og indlæggelser og dødelighed på grund af alkoholmisbrug blev reduceret endnu mere. Faktisk forsvandt delirium tremens (drankergalskab) og alkoholpsykoser praktisk taget fra sygehusene. Danskernes alkoholkultur havde ændret sig. Vi drak mindre end svenskerne, og forbruget af alkohol lå lavt i årtier.

Forebyggelse af alkoholskader er en evig kamp mellem forskellige hensyn og interesser: privatøkonomiske interesser i produktion, salg og udskænkning af alkohol, den enkeltes personlige frihed til at drikke alkohol uden begrænsninger, hensynet til medborgere og almenvellet og endelig statens interesse i at beskatte alkohol til glæde for statskassen.

Dette kapitel handler om en helt speciel situation, der førte til, at balancen mellem disse forskellige interesser tippede inden for få måneder. Danmarks vanskelige relationer til England på den ene side og Tyskland på den anden side, hensynet til at brødføde den danske befolkning og forebygge sult og social uro, den interne politiske situation i Danmark, behovet for at finansiere ekstraordinære statslige udgifter i forbindelse med krigen og pres fra afholdsbevægelsen nødvendiggjorde – eller muliggjorde – først et kortvarigt forbud mod produktion og salg af stærk spiritus, efterfulgt af en eksorbitant stor tillægsafgift på spiritus. Indgrebet blev accepteret af befolkningen. Det blev ikke omgået med øget hjemmebrænding eller smugling⁷⁵, og efter krigen blev afgiftsforhøjelsen fastholdt – og ikke afviklet som de mange andre ekstraordinære statslige reguleringer af eksempelvis brændsel og fødevarer, som krigen havde nødvendiggjort. De positive følger af det forsvindende forbrug af brændevin var åbenlyse. Til gengæld faldt al tale om at gennemføre et egentlig forbud mod stærk spiritus til jorden – og det samme gjorde afholdsbevægelsen, som i årtier havde haft et forbud som sin mærkesag.

Fra næringsfrihed i 1857 til statslig styring under første verdenskrig

”Da man i 1857 indførte friheden på beværternæringens område, var det et eksperiment – tidligere var beværtning en bevillingssag – og man forandrede først frihedssystemet, da man i begyndelsen af halvfjerdserne fandt, at erfaringerne talte derimod”.⁷⁶

Den 1. ædruelighedskommission, 1903

Historisk set har statslig regulering på alkoholområdet først og fremmest drejet sig om værtshuse, som har været arnesteder for prostitution, alle former for kriminelle aktiviteter, vold, løsagtighed, druk og gadeuorden. Gennem bevillinger, koncessioner, love, cirkulærer og politivedtægter har man søgt at komme denne uorden til livs. Værtshusene prægede livet i købstæderne i et omfang, vi i dag har svært ved at forstå. I København i 1801 var "en rimelig stor del af byens indbyggere værtshusholdere", og ikke mindre end én ud af elleve indbyggere – næsten 10 % af befolkningen – forsørgedes af faget.⁷⁷

Enevældens fald gjorde ikke problemet mindre. Her blev taget et opgør med alle enevældens snærende bånd på alle sider af samfundslivet og ikke mindst næringslivet. Med næringsloven fra 1857 omsatte man grundlovens § 88 om næringsfrihed til praksis ved at fjerne alle indskrænkninger i den lige og frie adgang til erhverv. Når det gjaldt salg og udskænkning af alkohol, var der imidlertid uenighed om, hvor fri adgangen skulle være. Et udspil fra den daværende regering om at give kommunalbestyrelserne i købstæderne ret til at "standse meddelelse af værtshusholder/borgerskab, når det måtte antages stemmende med det almindelige tarv," blev afvist af Rigsdagen som et udtryk for "mistænksomhed og mistillid til statsborgernes moralske karakterstyrke, der i højeste grad må overraske hver den, der virkelig kender Danmarks befolkning".⁷⁸

Den efterfølgende udvikling skulle dog vise, at mistænksomheden og mistilliden var yderst berettiget. Allerede i 1870 måtte man nedsætte Købstadskommissionen, der blandt andet skulle se nærmere på, hvorledes man kunne regulere antallet af værtshuse. I købstæderne var antallet af værtshuse nærmest eksploderet fra 585 i 1840 til 1.944 i 1870. I 1840 var der en værtshusholder per 238 indbyggere. I 1870 nåede man ned på kun 122 indbyggere (mænd, kvinder og børn) per værtshusholder. Tager man i betragtning, at kvinder kun har udgjort en forsvindende del af værtshusenes klientel, er det formentlig tættere på virkeligheden, at der har været et værtshus for hver halvt hundrede mænd.⁷⁹

For København foreligger der kun tal for den årlige tilgang af nye værtshusholdere. I 1855 var tilgangen på 122. I 1882 på 455.

Den 1. ædruelighedskommission, som regeringen nedsatte i 1903 efter pres fra afholdsbevægelsen, fandt, at den årlige tilgang ”synes ganske uforholdsmæssig i forhold til byens vækst” og konstaterede i øvrigt:

”[...] Den stærke konkurrence i mange for eksistensen kæmpende beværtninger er egnet til at friste værten udover den forsvarlige agenten for sine varer og ind på fremgangsmåder, hvorved drikfældighed og demoralisation fremmes, og den beværtning, hvor sådan fristelse ikke modstås, bliver let et arnested for usædelighed, ulovligheder, og vagabondering, et samlingssted for løse eksistenser til uro og forulempelse af fredelige borgere og en smittekilde for kvarterets ungdom”.⁸⁰

I flere omgange blev der frem mod første verdenskrig indført forskellige begrænsninger for antallet af værtshuse. I 1873 blev der givet hjemmel til at begrænse antallet af beværterbevillinger i købstæderne og København. Det blev dog først med beværterloven af 1912, at der efter indstilling fra den 1. ædruelighedskommission kom en egentlig beværterlov. Værtshusbevillingerne blev gjort tidsbegrænsede og ikke som hidtil livsvarige. Endvidere måtte antallet af bevillinger til at udskænke stærke drikke sædvanligvis ikke overstige én bevilling per 350 indbyggere.⁸¹

Brændevinslandet Danmark

Der blev i særdeleshed drukket stærk spiritus, der tegnede sig for mere end to tredjedele af det samlede alkoholforbrug. Beskatningen var usædvanlig lav i Danmark på knap 20 øre per liter ren alkohol. I Norge var afgiften 2,28 kr. og i Sverige 1 krone.⁸² Mange mænd drak adskillige flasker brændevin om ugen.⁸³

Forbruget i Danmark var tre gange større end forbruget i Norge og næsten dobbelt så stort som i Sverige. Det skyldtes især, at man

i Danmark drak brændevin i dagligdagen til måltider og på arbejde, hvorimod man i de to andre lande først og fremmest slog sig løs ved særlige lejligheder. I Danmark var det en udbredt opfattelse, at ”under strengt legemligt arbejde gjorde brændevin sin nytte som middel til at vedligeholde arbejdsevnen og forhøje udholdenhed”.⁸⁴

Overlæge Ludvig Israel Brandes fra den medicinske afdeling på Almindelig Hospital i København gav i sit skrift om brug og misbrug af spirituøse drikke fra 1877 et eksempel på, hvor udbredt brændevin var på landet:

”En paa sin Egn meget beskæftiget og anseet Læge Dr. Cold i Frederiksværk har i fjor udgivet en lille meget nyttig Bog om Betingelserne for Sundhed. I denne omtaler han, at der efterhaanden har indsneget sig den Uskik, at enhver Tjenestekarlig fra Konfirmationsalderen betinger sig visse Snapse daglig. Det af Dr. Cold brugte Udtryk: betinger sig, stiller Sagen i et alvorligt Lys; det lader befrygte, at Drengene allerede have faaet Smag paa at nyde Brændeviin og nødigt ville give Afkald paa dette Pirringsmiddel”.⁸⁵

Den 1. ædruelighedskommission hæftede sig ved en række alvorlige konsekvenser af alkoholnydelsen: fattigunderstøttelse, separationer, selvmord, forbrydelser, sindssygdom, ulykkestilfælde, sygdom og død og afkommets degeneration. Kommissionen måtte imidlertid konstatere, at de foreliggende offentlige statistikker ikke gav noget pålideligt billede af problemernes omfang, og at mange af de negative følger aldrig ville blive registreret.⁸⁶

I litteraturen fra den tid findes der derimod talrige skildringer af de ulyksalige følger af brændevinsdruk. Her kan nævnes fremtrædende forfattere som Jeppe Aakjær, Johan Skjoldborg, Jakob Knudsen, Thøger Larsen, Martin Andersen Nexø, Amalie Skram, Henrik Pontoppidan og J. P. Jacobsen.⁸⁷

Martin Andersen Nexø skriver således i sine erindringer, at hans far:

”[...] arbejdede på et af de store brænderier (på Kristianshavn i København) som fodermester. Brænderierne havde dengang et stort kohold for at kunne udnytte affaldsprodukterne efter brændingen og folkene i staldene fik ligesom de egentlige brænderiarbejdere en fjerdedel af ugelønningen udbetalt i form af brændevin, som de så selv måtte se at få afsat. Denne djævelske metode anvendtes efter evne også af de andre industrier. Man skød efter så godt man kunne på den i forvejen hældende vogn. Intet under, om arbejderne blev fordrukne”.⁸⁸

Afholdsbevægelsen stiftes i 1871

Det voldsomme drikkeri skabte naturligt nok modbevægelser i mange kredse af befolkningen, der oplevede de ødelæggende og tragiske konsekvenser.

De første tilløb til afholdsbevægelsen blev taget i 1840'erne, hvor skolelærer Rasmus Sørensen stiftede Holsteinborg Afholdsforening. Inspireret af den amerikanske metodistpræst Robert Baird tog privatlærer og forhenværende kommandersergent Ole Syversen initiativ til i København at stifte Total-Afholdenhedsselskabet, der havde dette motto:

”Mådehold i nydelsen af berusende drikke er dørtærsklen til drukningslasten. Totalafholdenhed med hensyn til berusende drikke er derimod en skandse og et sikkert værn mod denne ødelæggende last”.⁸⁹

I de efterfølgende år blev der taget mange tilløb til at starte afholdsforeninger rundt om i landet, men det egentlige gennembrud for bevægelsen kom først i 1879, hvor pastor Carl F. Eltzholtz grundlagde Vejle Afholdsforening. Samme år grundlagdes – uafhængigt af hinanden – tre andre tilsvarende foreninger, typisk med en religiøs baggrund. I 1880 dannedes to landsorganisationer – én på et folkeligt

grundlag og én på et kristeligt grundlag – og i 1881 lykkedes det efter noget besvær at sammenslutte de to lejre til Danmarks Afholdenhedsforening.⁹⁰

Senere voksede myriader af afholdsforeninger frem med hver deres udgangspunkt for afholdenhed eller mådehold. Hver religiøse retning havde sin forening, såsom Frelsens Hær, Blå Kors eller Indre Mission. Grundlaget kunne også være folkeligt eller ikke-religiøst som I.O.G.T (Independent Order of Good Templars), der var organiseret i loger med faste ritualer for møder. Der dannedes også afholdsforeninger inden for forskellige brancher eller faggrupper som for eksempel ansatte ved jernbanerne, læger, studenter og skolelærere. En oversigt over medlemsorganisationer i 1939 viste ikke mindre end næsten 50 forskellige organisationer, der alle indgik i landsorganisationen Danske Afholdsselskabers Landsforbund.⁹¹

Der blev udgivet et væld af blade, der dog ikke fik den store udbredelse, og som sædvanligvis kun overlevede i få år. Navnene på bladene afskrækkede formentlig mange fra at tegne abonnement: Menneskevennen, Totalafholdsbladet, Afholdsvenner, Lysglimtet, for slet ikke at tale om Afholds-Basunen eller Agitatoren. Der var planer om at skabe et dagblad, men det lykkedes aldrig.⁹²

De mange organisationer konkurrerede voldsomt indbyrdes. Særlig hedt gik det for sig i forhold til dilemmaet afholdenhed kontra mådehold. Skulle man kæmpe for afholdenhed og dermed et totalt forbud mod alkohol? Eller kunne man gå med til, at lyst øl blev undtaget for forbuddet? Kunne man som medlem af bevægelsen tilbyde sine gæster alkohol? Kunne købmænd, der solgte alkohol, blive medlemmer?

Dilemmaet mellem afholdenhed og mådehold har været svært at håndtere gennem hele afholdsbevægelsens historie. Det var nok ikke nogen tilfældighed, at Samfundet til Ædruelighedens Fremme blev stiftet allerede i 1885. Som medlemmer optoges:

”[...] medborgere, som ikke havde lyst, mod eller evne til at ofre deres personlige nydelse for at støtte afholdssagen, men som dog samtidig havde en ubehagelig fornemmelse af at trænge til aflad derfor, og som ønskede at løskøbe deres samvittighed ved et nogenlunde klækkeligt bidrag”.⁹³

I modsætning til Norge og Sverige fik afholdsbevægelsen aldrig rigtig fat i fagbevægelsen i Danmark. Der var flere ledende socialdemokrater, der sympatiserede med bevægelsen, men kravet om afholdenhed vakte ikke genklang. I 1902 etablerede fagbevægelsen endda sit eget bryggeri Stjernen, og så var ethvert samarbejde selvfølgelig op ad bakke. Senere skulle Stauning i første omgang endda være imod forhøjelserne af spiritusbeskatningen i 1917, men endte dog med at støtte, fordi provenuet ville gå til at holde fødevarepriserne nede til gavn for den fattige del af befolkningen.

Antallet af medlemmer i den organiserede afholdsbevægelse voksede med stor hast fra 22.000 i 1885 til 193.000 i 1915, som skulle blive året med flest medlemmer i hele afholdsbevægelsens historie.⁹⁴

Den 1. ædruelighedskommission

Politisk fik afholdsbevægelsen ganske stor indflydelse. Man rettede mange henvendelser til regeringen og rigsdagen med krav om reguleringer af produktion, salg og udskænkning af alkohol, og i 1902 nedsatte regeringen den 1. ædruelighedskommission, hvis kommissorium var skrevet af afholdsbevægelsen. Kommissionen skulle komme med forslag til en beværterlov og til en lov om drankere og deres behandling. Kommissionen fremlagde i 1907 et forslag til en beværterlov, der efter lange forhandlinger resulterede i beværterloven af 10. maj 1912.

Kommissionen skulle desuden overveje, hvorledes staten i øvrigt kunne fremme ædrueligheden i befolkningen. Man havde intense drøftelser om afgiftsforhøjelser, men da man ikke kunne nå til enig-

1. ædrueligheds-
kommission



hed om værdien af en sådan foranstaltning, afstod man fra at foreslå større afgifter. Paradoksalt nok var det afholdsbevægelsens repræsentanter, der var imod:

”De frygter da, at selv om en alkoholskat foreløbig vil fremme ædruelighedens sag ved at bidrage til den første nedgang i forbruget, vil den tillige lægge spiren til en uoverstigelig hindring for afholdssagens endelige formål – bortfjernelse af de sidste pletter alkohol per individ.

En forøget alkoholskat er ikke opført på afholdsbevægelsens program. Dette har under tiden ført til den fejlagtige opfattelse, at afholdsfolket som sådant stillede sig imod denne sag [...] Når afholdsbevægelsen trods den nedgang i forbruget, som Skatteforøgelsen må antages at ville medføre, dog har holdt sagen uden for sit program, ligger det nærmest i ønsket om at undgå et spørgsmål, der på grund af de mange meningsafskygninger, det giver anledning til, kunne virke splittende inden for afholdsfolket”.⁹⁵

Beværterloven fra 1912 indeholdt en klausul om, at loven skulle revideres efter fem år. Afholdsbevægelsen fik udvirket, at regeringen i 1914

nedsatte den 2. ædruelighedskommission, hvis kommissorium også blev forfattet af afholdsbevægelsen. Ud over at vurdere om beværterloven skulle revideres, skulle man også se på, om stat og kommuner skulle gennemføre et egentlig alkoholforbud.

Kommissionens arbejde blev afbrudt af første verdenskrig, og den afsluttede først sit arbejde i 1927, hvor man frarådede et alkoholforbud – meget imod afholdsbevægelsens repræsentanter i kommissionen. Man fremlagde imidlertid et revideret forslag til beværterloven i 1918, som i 1924 blev omsat i en ny beværterlov, der medførte yderligere reguleringer af værtshusene.

Afholdsbevægelsens betænkeligheder ved, at afgiftsforhøjelser kunne lægge gift for det ultimative mål om et forbud, skulle vise sig at være helt berettigede.

Pendulet svinger den anden vej

Forbruget af brændevin toppede i 1870-80'erne for herefter at falde frem mod første verdenskrig. Et tilsvarende fald fandt også sted i Norge og Sverige, så det er næppe specifikke danske årsager alene, der har været drivende bag faldet.

Den 1. ædruelighedskommission tildeler i 1907 først og fremmest afholdsbevægelsen og ædruelighedsvennernes indsats æren for faldet:

”[...] at de sidste års nedgang i forbruget uden tvivl i første række må tilskrives den forandrede vurdering af disse nydelsesmidlers værdi, som fra Ædruelighedsvennernes og ganske særlig afholdsfolkenes – nu i de sidste år også i større omfang fra lægernes – kreds har bredt sig i stedse videre udstrækning ud i befolkningens forskellige lag; samt den større sans for og tillige mulighed for at føre en sund levevis, som den stigende kultur og de forbedrede økonomiske kår have ført med sig også hos de uheldigst stillede samfundsklasser hvad der atter har medført en begyndende ændring i sæder og skikke til gavn

for ædrueligheden, en almindelig dyrken af friluftslivet i alle samfundslag og en bestræbelse for ernæringens nøjere afpassning til menneskelegemets behov. Det skal endvidere nævnes, at på forskellige steder i landet må religiøse vækkelser også antages i den heromhandlede henseende at have haft deres betydning”.⁹⁶

Troen på, at ”stigende kultur og forbedrede økonomiske kår” i sig selv skulle føre til en nedgang i alkoholforbruget, afspejlede tidsåndens optimistiske tro på fremskridtet, på at en lysere og tryggere fremtid var i vente.⁹⁷

Den første verdenskrig: forbud, rationering og tyvedobling af spiritusafgifterne

Udbruddet af første verdenskrig bragte Danmark i en meget vanskelig situation, hvor man for alt i verden ville undgå at blive inddraget i selve krigen og samtidig bevare et godt forhold til England og Tyskland og i videst mulig omfang sikre samhandlen med begge de indbyrdes stridende naboer, som var vores allervigtigste handelspartnere.

Begge hensyn lykkedes i vidt omfang. Regeringen erklærede, at ”Danmarks eneste politik under de allerede indtrådte forhold og under enhver eventualitet, som kan indtræde, er iagttagelse af den strengeste neutralitet, ligelig til alle sider”.⁹⁸ Danmark kom ikke i krig, heller ikke da vi – efter tysk krav – lagde miner ud i bælteerne, og det lykkedes også langt hen i krigen at fastholde vores samhandel med naboerne, og det danske landbrug tjente gode penge under krigen.

Det kunne selvfølgelig ikke undgås, at der var nedgang i tilførsler og produktionen af varer, og ”[...] de udenrigspolitiske hensyn, der uomgængeligt bestemte erhvervenes vilkår og varernes fordeling mellem udland og indland, medførte med lige så stor nødvendighed, at det ikke kunne overlades den fri konkurrence at fordele de varer, der herefter blev tilbage til hjemmemarkedets rådighed, men at Staten i

vid udstrækning måtte tage denne fordeling i sin hånd. Dette var her i landet som i andre lande nødvendigt af hensyn til orden og ro i samfundet, og derom var der ikke nogen uenighed i ansvarlige kredse”.⁹⁹ Staten fik derfor i kraft af krigen en mere dominerende stilling, end nogen havde fantasi til at forestille sig før krigen – og da slet ikke kun få årtier efter enevældens fald, hvor liberalisering af næringslivet var et af de allervigtigste mål.

Den politiske situation var i øvrigt, at Det Radikale Venstre sad i regering med Zahle som statsminister og Socialdemokratiet som støtteparti. De to partier havde sine vælgere blandt husmænd, tjenestemænd og arbejdere. De to oppositionspartier Venstre og Højre høstede deres stemmer hos henholdsvis bønderne og det større landbrug samt byernes industridrivende og handlende. Regeringen repræsenterede således forbrugernes og arbejdernes interesser, oppositionspartierne produktionens og handelens.¹⁰⁰

Statslige reguleringer fandt sted på praktisk taget alle områder af markedet. Formålet var at skabe forsyningssikkerhed og rimelige priser og således undgå, at nogle producenter udnyttede mangelsituationen på varer til at tjene urimelige profitter. Reguleringerne omfattede for eksempel kul, benzin, kaffe, kødkonserves, fedt, smør, huder og lædervarer og eksport af heste, uld, fisk og æg.

De vigtigste statslige indgreb vedrørte korn, hvilket mødte stærk modstand fra landbrugets side. Der blev vedtaget særlige kornlove, der bemyndigede indenrigsministeren til at regulere prisen på levnedsmidler og til at opkøbe fødevarer. Senere blev kornloven udvidet til også at omfatte udførselsforbud og forbud mod at bruge hjemmeproduceret korn, rug og hvede til foderstof. I september 1914 blev det forbudt at bruge indenlandsk hvede og rug i spiritusfabrikation, og i februar 1915 kom forbuddet også til at omfatte boghvede, kartofler samt indenlandsk byg. Staten overtog senere al salg af korn, og man inddrog korn fra bryggerierne for at sikre tilstrækkelig såsæd. Der blev oprettet et statsligt kornkontor i Indenrigsministeriet, og kommunerne ansatte korntilsynsmænd, der bistod ved statens opkøb af korn, blandt andet ved registrering af eksisterende beholdninger hos bønderne.

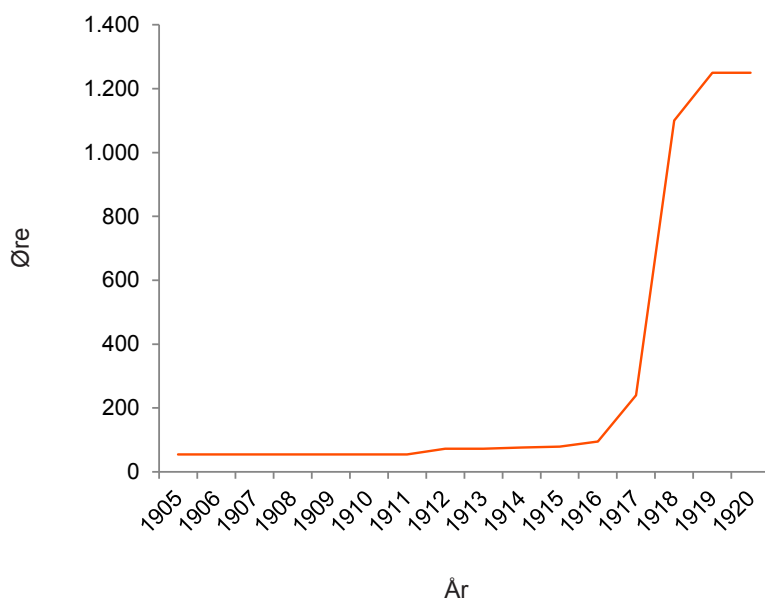
I 1917 indtrådte den fuldstændige krigsblokade. De allierede ville ikke tillade korntilførsel til Danmark, fordi man frygtede, at kornet ville blive solgt til Centralmagterne. Situationen var prekær, fordi Danmark normalt avlede cirka 2.200 millioner kilo korn og importerede 1.500 millioner kilo. Det samlede forbrug til fødevarer til befolkningen og foder til husdyr var således under normale omstændigheder 3.700 millioner kilo, hvoraf husdyrene fortærede 2.400 millioner kilo. Nu faldt importen bort, og samtidig blev situationen yderligere forværret af tørke, der reducerede den årlige høst med 600 millioner kilo.¹⁰¹ Der manglede således 2.100 millioner kilo eller mere end halvdelen af den normale høst:

”I denne fortvivlede situation var der to veje at gå: Enten at sulte eller at betro sig til den ny ernæringslære... Løsningen... var meget simpel: Det gjaldt mand eller gris? Begge dele kunne ikke leve... Vi slagtede 4/5 af vores svin, solgte dem til England og Tyskland til høje priser og reserverede svinefoderet, byggen og kartoflerne til menneskene. Desuden reducerede vi kobesætningen 34 % og tog al hvedekliden fra kørerne og bagte den ind i vort grove rugbrød.... Desuden forbød vi produktion af brændevin, og englænderne stoppede tilførslen af te og kaffe”.¹⁰²

Den 27. februar 1917 forbød en indenrigsministeriel bekendtgørelse al handel med eller udlevering af spiritus (whisky, cognac, likører, brændevin og så videre), og der fandt en optælling sted af samtlige lagre. Den 6. marts blev det totalt forbudt at anvende korn, foderstoffer, kartofler samt brændselsstoffer ved fremstilling af spiritus i andet øjemed end til teknisk brug. Endvidere blev brug af korn til ølbrygning begrænset. Disse indgreb sparede 49 millioner kilo korn – eller 1.800 gram brød per borger per måned.¹⁰³ Ved lov af 17. marts 1917 gennemførtes en tillægsafgift på al spiritus lig med detailprisen, 23. marts indførtes maksimalpriser på spiritus, og forbuddet mod handel blev ophævet.

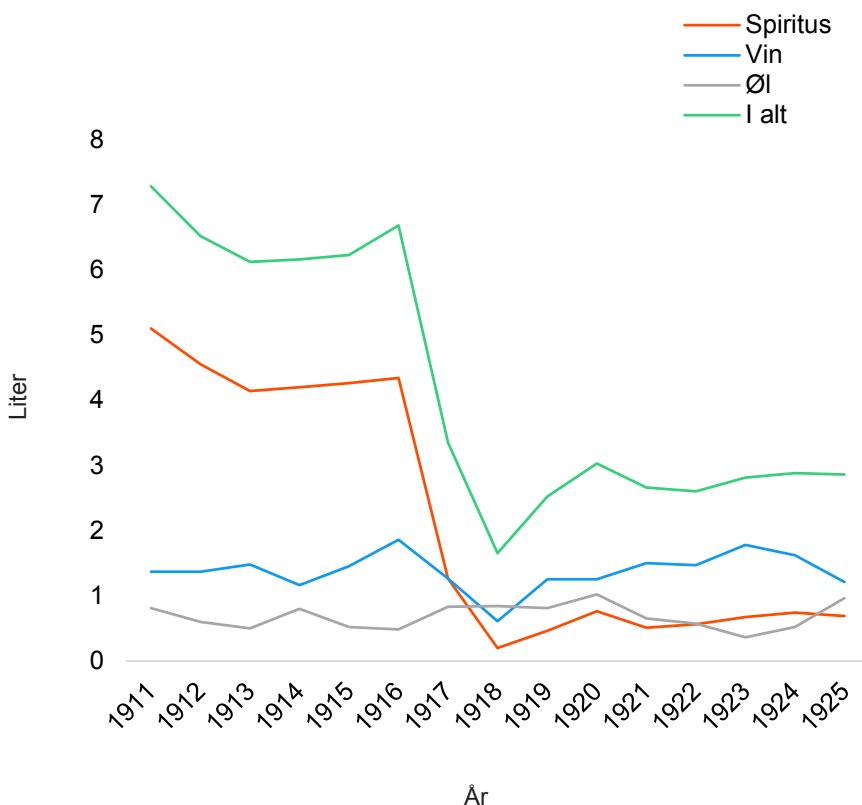
Ved lov af 21. december 1917 forhøjedes afgiftssatserne på spiritus igen markant. Afgiften per liter 100 % alkohol blev sat op fra 0,60 øre til 20 kr. Først i 1922 nedsattes afgiften til 15 kr. for i 1930 igen at blive sat op til 17 kr. per liter.¹⁰⁴ Det høje afgiftsniveau blev fastholdt i flere årtier efter krigen. Einar Cohn fremhæver, at ”den politiske magt, som afholdsbevægelsen repræsenterede, var af afgørende betydning både for iværksættelsen og opretholdelsen af disse foranstaltninger”.¹⁰⁵

Prisen på snaps i Danmark ¹⁰⁶



Spiritusforbruget faldt til en tyvendedel af forbruget før afgiftsforhøjelsen, og faldet blev kun i mindre grad kompenseret i de efterfølgende år med et lettere øget forbrug af spiritus og vin, hvorimod forbruget af øl nærmest var konstant frem til 1925. Afgiftsforhøjelsen tør lagde med andre ord Danmark. Brændevinens dominans forsvandt, og forbruget blev – målt omregnet til ren alkohol – delt ligeligt mellem spiritus, vin og øl. Danmark var ikke længere et brændevinsland.¹⁰⁷

Forbrug af spiritus, vin og øl, omregnet til liter 100% alkohol ¹⁰⁸



Hvad betød afgiftsforhøjelsen for folkesundheden?

Afgiftsforhøjelsen var i sig selv et naturligt eksperiment. Hvad sker der, når man nærmest med et slag fjerner den stærke spiritus fra et samfund, og hvor krigen gjorde det umuligt at skaffe spiritus ad anden vej, ved eksempelvis smugling og hjemmebrænding?

Det er oplagt at forvente, at den pludselige og drastiske ændring i drikkevaner hurtigt ville omsætte sig i form af mindre offentlig fuldskab og delirium tremens (drankergalskab), gadeuorden og anholdelser som følge af druk, hvorimod man formentlig ikke kan forvente,

at der på kort sigt også ville blive færre kroniske alkoholskader som levercirrose og de forskellige alkoholbetingede dødsfald. Disse skader optræder netop først efter mange års druk, og alkoholikere forventes at gøre alt for at få alkohol. Forventningerne blev kun delvist opfyldt.

Offentlig fuldskab og anholdelser på grund af druk

Der var en kort forbudsperiode mod stærk spiritus i februar-marts 1917, hvor der ikke blev solgt eller udskænket spiritus i Danmark. Den 2. ædruelighedskommission, der undersøgte fordele og ulemper ved et alkoholforbud, indhentede erfaringer med denne forbudsperiode fra en række organisationer, der arbejdede med alkoholikere, såsom Landsforeningen Arbejde Adler, Københavns Understøttelsesforening, Fængselshjælpen, Missionen blandt Hjemløse Mænd og De Københavnske Værgeråds Fælleskontor. Kommissionen lagde vægt på, at tilbagemeldingerne havde en anekdotisk karakter og nok en subjektiv drejning i forhold til, at mange af disse organisationer netop arbejdede for et alkoholforbud og derfor var tilbøjelige til at overdrive positive følger af forbuddet. Alligevel synes der at have været åbenlyse effekter af forbuddet. De Samvirkende Menighedsplejer indberettede eksempelvis:

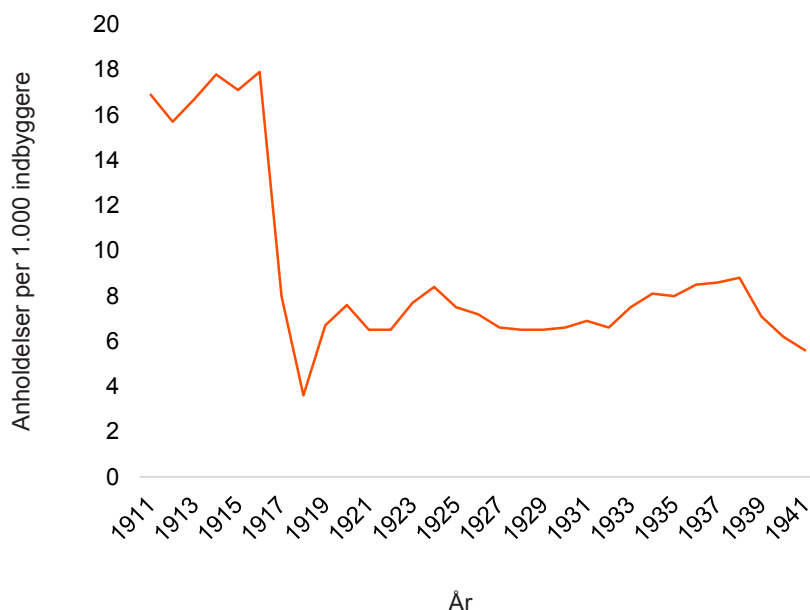
”Et af stadens uroligste kvarterer er Nyhavn. I de mange knejper dér færdes søfolk, soldater og løsagtige kvinder, ofte er der opløb og slagsmål og til stadighed om aftenen berusede på gaderne. Under forbuddet var der en mærkværdig ro, som vakte almindelig forundring hos beboerne, og de løsagtige kvinder forsvandt. Efter forbuddets ophævelse er de gamle tilstande til dels vendt tilbage.

En kulleper ved havnen: Det var et sandt paradys at være nede ved havnen, da vi ikke mere måtte drikke. Før var vi nødt dertil, fordi kammeraterne vilde det, og man kunne ikke nære sig, hvis man ikke gjorde det. Nu var vi alle enige om, at vi havde det meget bedre og vi ønskede blot at forbuddet aldrig måtte hæves.

To viceværter, den ene med tre ejendomme på tilsammen 1.200 indvånere, erklærede, at der var en usædvanlig ro i ejendommen, ikke de sædvanlige spektakler i gårdene og på gangene. Den ene mente at der blev købt meget mere mad i de dage end tidligere. Dette sidste stadfæstedes af en handlende, som sagde, at drikfældige havde råd til at købe mere til husholdningen og også ganske anderledes betalte deres varer i den tid”.¹⁰⁹

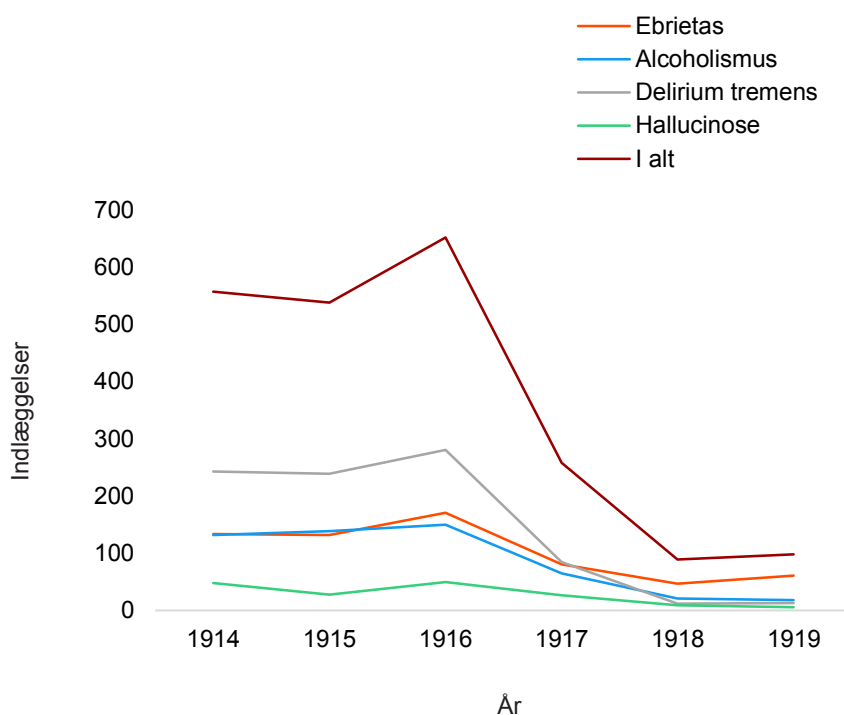
Politiets opgørelser over anholdelser grundet druk i København og på Frederiksberg bekræftede de anekdotiske tilbagemeldinger. Før 1917 blev der foretaget 16-18.000 anholdelser årligt. Efter forhøjelserne faldt antallet med det samme til først 4.000 for herefter at stabiliseres på 6.000-8.000 anholdelser.¹¹⁰

Anholdelser for drukkenskab i København og på Frederiksberg ¹¹¹



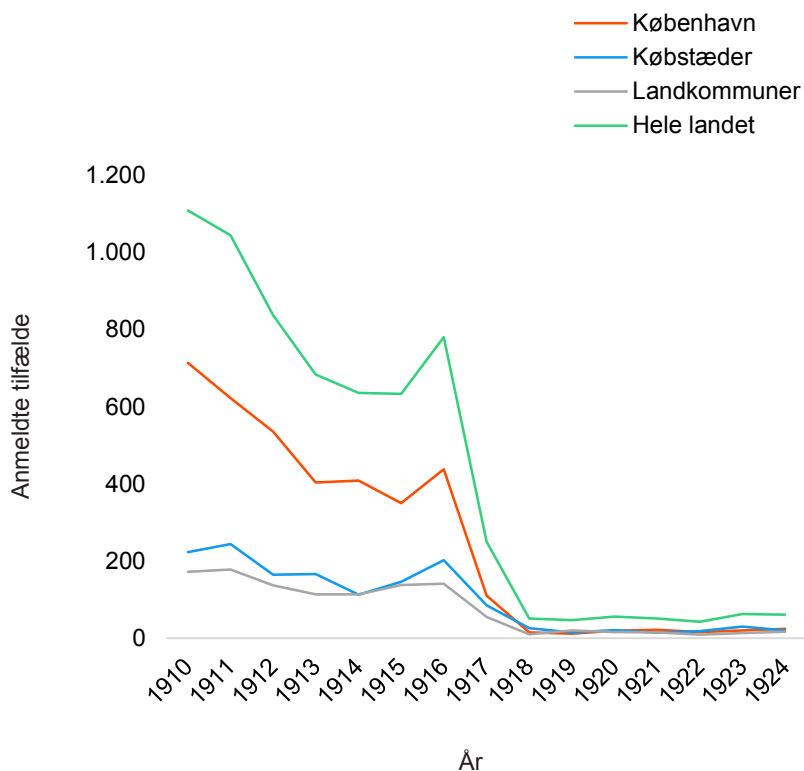
Hospitalsindlæggelser grundet druk og anmeldelser af delirium tremens
Også hospitalerne kunne mærke ændringer. Der var årligt cirka 550 indlæggelser med alkoholdiagnoser på Kommunehospitalets 6. afdeling (psykiatrisk afdeling) frem til 1917, hvorefter antallet af indlæggelser faldt med mere end 80 % til omkring 100 indlæggelser årligt. Faldet omfattede især indlæggelser som følge af delirium tremens, ebrietas (fuldskab) og alkoholisme.

Indlæggelser for ebrietas, alkoholismus, delirium tremens og hallucinose på Kommunehospitalets 6. afdeling, mænd ¹¹²



Også de landsdækkende anmeldelser af patienter med delirium tremens viste det markante fald i forbindelse med afgiftsforhøjelse. Faldet var særligt udtalt i København, hvor der blev drukket mest brændevin, men også i købstæderne og i landkommunerne var der færre tilfælde.¹¹³

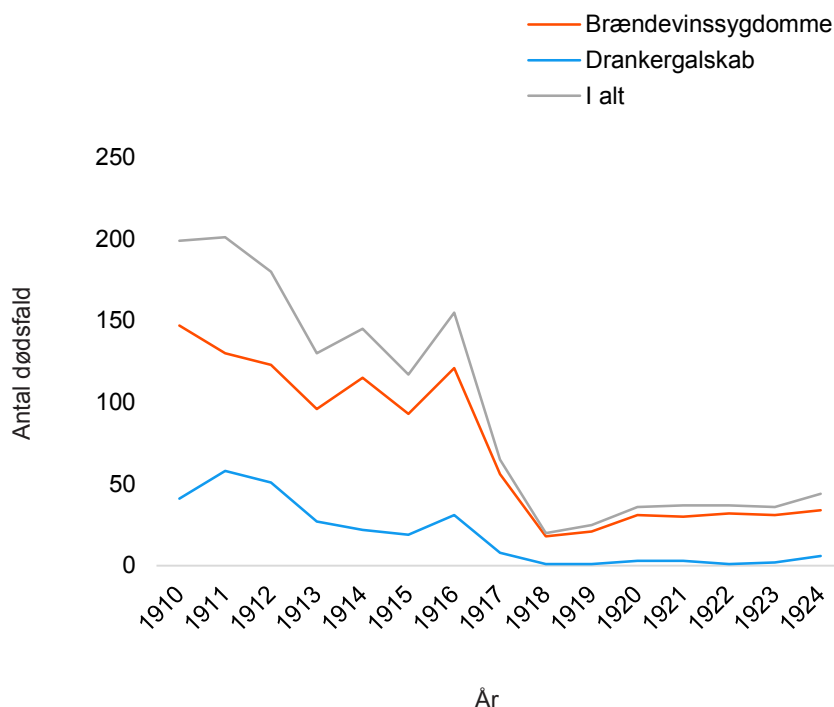
Anmeldelser af delirium tremens i Danmark ¹¹⁴



Dødsfald som følge af alkoholisme

Tendensen var den samme, når man ser på alkoholrelaterede dødsfald som følge af "brændevinssygdomme og drankergalskab".¹¹⁵ Også her var der et markant fald i 1917, hvilket kan være overraskende i betragtning af, at der bag disse dødsfald har ligget et mangeårigt misbrug. Forklaringen er formentlig, at mange alkoholikere også nedsatte deres forbrug på grund af afgiftsforhøjelserne. Det var ikke kun borgere med et uskadeligt forbrug, der blev påvirket.

Dødsfald af alkoholisme i alt og med diagnoserne brændevinssygdomme og drankergalskab i byerne ¹¹⁶

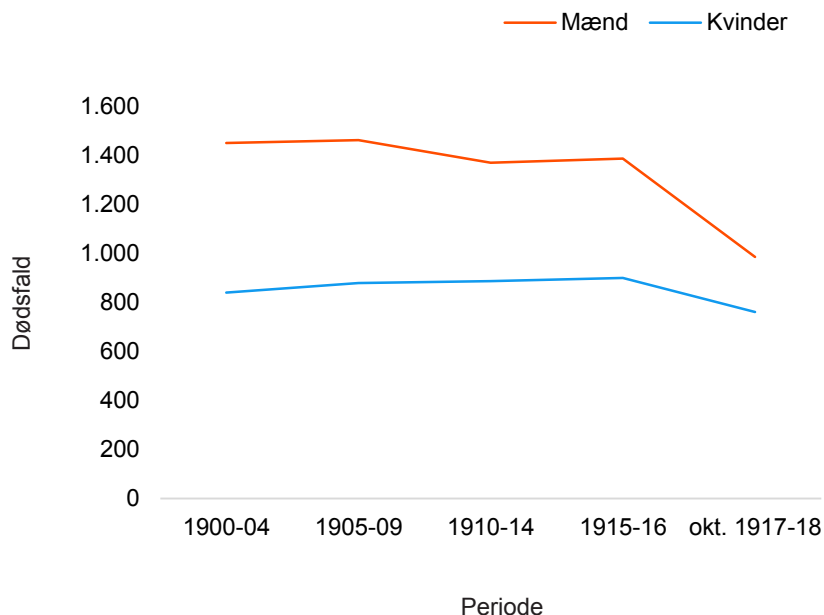


Generel dødelighed for mænd og kvinder

Læge og leder af Statens Kontor for Ernæringsundersøgelser, Mikkell Hindhede, rådgav regeringen om, hvorledes rationeringen af fødevarer i 1917 kunne gennemføres på en forsvarlig måde. Hindhede forfægtede det – på den tid – kontroversielle synspunkt, at plantekost var langt det sundeste: ”Man kaldte mig vel fanatiker, men gav mig lov til at anstille et forsøg med 3 millioner mennesker. Facit synes at pege stærkt i den retning, jeg havde forudsagt”.¹¹⁷ Hindhede fremsendte i 1920 en beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden. Rationeringen medførte et fald i indtaget af kød, fedt og alkohol og i det hele taget en generel reduktion i indtaget af mad.

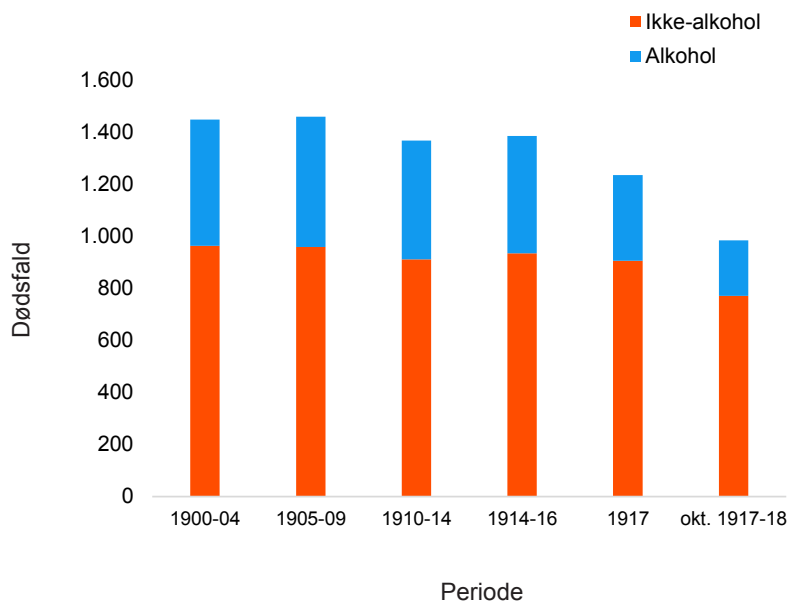
Hindhede fandt, at dødeligheden specielt blandt 25-65-årige faldt i året efter rationeringen i oktober 1917. Det gjaldt specielt for mændene, og forskellen mellem de to køns dødelighed blev mindre.

Dødsfald per 100.000 mænd og kvinder, 25-65 år ¹¹⁸



Mere specifikke analyser af dødsårsagerne pegede på, at faldet i særlig grad var blandt dødsårsager, der hang sammen med alkoholrelaterede diagnoser, såsom alkoholisme, lungebetændelse, ulykker, selvmord, hjernesygdomme og nyresygdomme. For kvindernes vedkommende var der også en nedgang – om end mindre – i forekomsten af de samme dødsårsager, hvilket utvivlsomt hang sammen med, at kvinderne i forvejen drak meget lidt spiritus set i forhold til mændene.¹¹⁹

Dødsfald per 100.000 mænd fra 25-65 år, opdelt efter ikke-alkoholrelaterede dødsfald og udvalgte alkoholrelaterede dødsfald ¹²⁰



Der kan ikke herske den mindste tvivl om, at afgiftsforhøjelsen i 1917 havde gennemgribende indvirkning ikke bare på omfanget af de åbenlyse skadevirkninger af overdrevent spiritusdrikkeri, men i det hele taget på den danske befolknings sundhedstilstand.

Efter krigen: Spiritusafgiften fastholdes – en pyrrhussejr for afholdsbevægelsen

Efter krigen blev krigstidens mange snærende statslige reguleringer af produktion og handel hurtigt afviklet – dog med undtagelse af afgifterne på spiritus.

Spiritusindustrien ønskede naturligvis at vende tilbage til de normale forhold før krigen og fandt, at der blev taget alt for meget hensyn til "Afholds- eller rettere Forbudsbevægelsen", og at restriktionerne

fremmede ”et overordentlig skadeligt og i det hele taget utiltalende forbrug af surrogater, ligesom de gør fristelsen til smugbrænding og indsmugling af fremmed spiritus for stor”.¹²¹

De helbredsmæssige og sociale gevinster havde imidlertid været for åbenlyse for alle. At vende tilbage til fordums druk var ikke nogen mulighed, som nogen regering ville tage ansvaret for. Ydermere anbefalede den 2. ædruelighedskommission, at de nye afgiftssatser blev opretholdt. Alternativet kunne meget vel være et forbud mod stærk spiritus, hvilket kommissionens flertal ikke kunne gå ind for. Afgiftsforhøjelsen havde i øvrigt været så indbringende for staten, at alene finansielle hensyn talte til gunst for at fastholde den høje spiritusbeskatning.¹²²

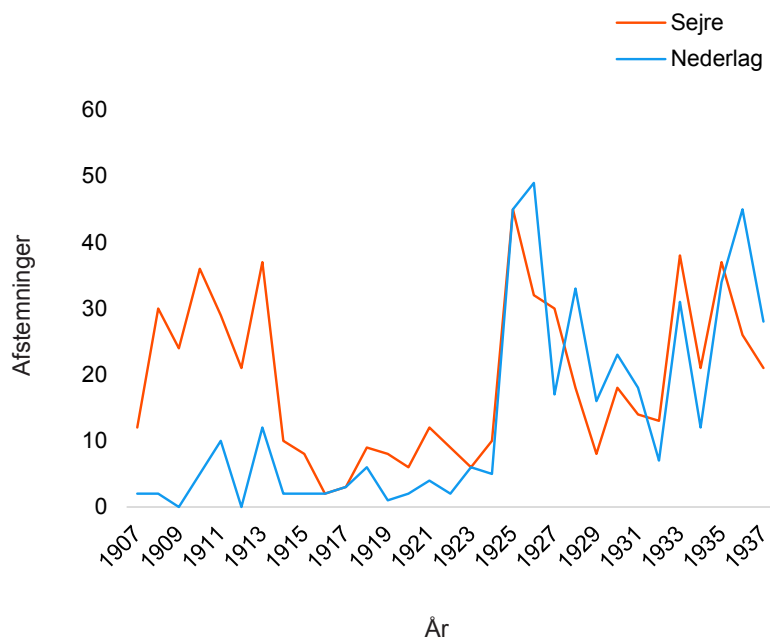
Heller ikke det svenske system med statsligt monopol på salg af alkohol kunne kommissionen tilslutte sig, og i det hele taget var der ikke i Danmark stemning for at ”trænge de privatøkonomiske interesser i fremstilling og salg af alkoholholdige drikke tilbage”.¹²³

Afholdsbevægelsens kamp for forbud

Afholdsbevægelsen kæmpede for sin sag på flere fronter. En af de mest spektakulære var kommuneafstemninger om spiritusbevillinger til kroer og forbud mod salg af spiritus inden for kommunens grænser. Det startede allerede i 1904 i Haverslev Kommune, hvor afholdsfolkene sejrede, ”fordi det lykkedes afholdsfolkene at skabe et røre, man aldrig før havde kendt, og fordi det under dette røre lykkedes dem at trænge ind til det urinstinkt, til hvilket man sjældent appellerer forgæves: Menneskets vilje til at forsvare sig selv og sin slægt mod alle fjender, i dette tilfælde mod alkoholen”.¹²⁴

Der blev afholdt ganske mange afstemninger frem til første verdenskrig, og her vandt afholdsbevægelsen de fleste. En ny lov i 1925, der bestemte, at sogneråd og vælgere kunne kræve en afstemning, og at resultatet skulle respekteres, førte til en kraftig stigning i antallet af afstemninger, som dog resulterede i flere nederlag end sejre for afholdsbevægelsen.¹²⁵

Kommuneafstemninger om alkoholbevillinger til kroer ¹²⁶



På trods heraf var der restriktioner på alkohol i masser af kommuner. En oversigt fra 2. ædruelighedskommissions betænkning viste, at ud af landets 1.297 kommuner var det 60 %, der havde restriktioner på salg og udskænkning af stærke drikke. I 15 % af kommunerne var det hverken muligt at købe spiritus eller få spiritus på de lokale kroer. Mere end 90 % af disse kommuner lå i Midtjylland. I Ringkøbing Amt var for eksempel mere end halvdelen af kommunerne tørlagte.¹²⁷

Afholdsbevægelsen fulgte i 1917-18 op med krav til regering og rigsdag om, at forbudsspørgsmålet blev gjort til genstand for en folkeafstemning. Ikke mindre end 722.820 borgere over 18 år – svarende til hver fjerde i befolkningen – bakkede op om kravet ved at skrive under på en "Landsadresse".¹²⁸

Bølgerne gik højt, og også modstanderne mod afholdsbevægelsen blev mobiliseret. I 1917 dannedes foreningen Den Personlige Friheds Værn med lokalforeninger overalt i landet. Formålet var at kæmpe

mod afholdsbevægelsen. Ved det stiftende møde i København udtalte formanden professor Weiss fra Landbohøjskolen:

”Hvor besynderligt er det egentlig ikke, at man i Danmark i året 1917 landet over giver sig til at danne foreninger til – Den personlige friheds værn. Her, hvor vi i over to menneskealder har levet under en fri forfatning, der netop skulde sikre danske borgere personlig frihed til at tænke, tro, tale og skrive efter deres overbevisning, på eget ansvar, og hvor vi i 1915 endda har fået en endnu friere forfatning! Og ikke desto mindre er det dog så, at alvorlige anslag mod vor personlige frihed er under opmarsch. En stor og mægtig bevægelse har rejst sig og skyller fra landet ind mod hovedstaden med det mål at berøve voksne, hæderlige borgere retten til frit at bestemme over – hvad de vil spise og drikke”.¹²⁹

Senere i talen hedder det om afholdsbevægelsen:

”[...] dertil kommer den uhyggelige dæmper af al sund og naturlig livsglæde, som denne reaktionære, pietistiske, sektariske og fanatiske bevægelse fører med si. Næsten aldrig ser man et glad ansigt i disse kredse, undtagen når de hoverer over en sejr, men mest mavesure, fortrukne og hadefulde fysiognomier, der gør, at de ikke er hyggelige at være i stue sammen med. Dette er dog et sygeligt fænomen, fremmed for den danske folkekarakter, og betyder også en svækkelse af folkets moralske kraft, såvist som et lyst sind og sund livsglæde er en af de bedste løftestænger for udførelsen af åndeligt og legemligt arbejde, til nytte for individet og samfundet”.¹³⁰

Foreningen rekrutterede sine medlemmer fra det bedre borgerskab. Blandt medlemmerne i det første repræsentantskab var flertallet professorer, læger, direktører, advokater med flere. Der var ingen arbejdere, fagforeningsfolk eller andre fra de lavere sociale klasser, hvorfra

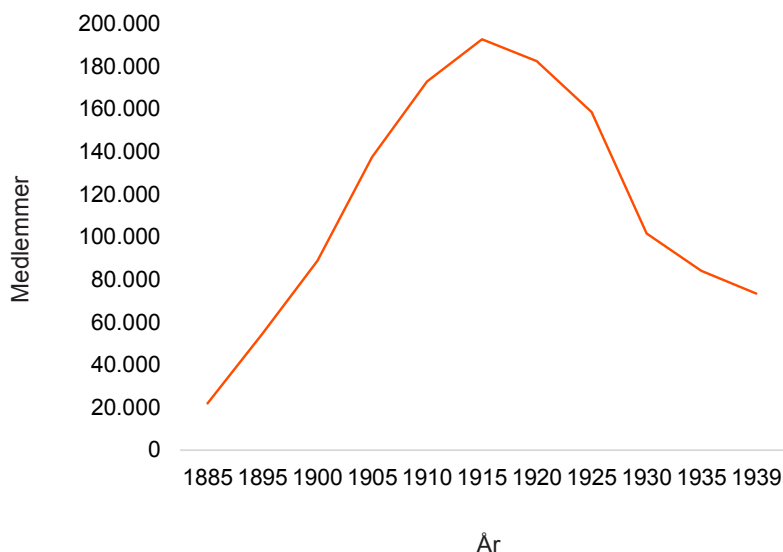
afholdsbevægelsen hentede de fleste af sine medlemmer. Der var et element af klasseforagt. Tonen kunne være hård, hvilket dette citat vidner om fra en tale i januar 1918 i Nationaløkonomisk Forening, holdt af departementschef H. Waage:

”Fra alkoholfjendtlig Side vil man sagtens [...] gøre gældende, at Følelses- og Stemningslivet kan plejes og udvikles ved andre og langt bedre Midler, saasom ved Deltagelse i det kirkelige og religiøse Liv, eller ved Dyrkelse af Skønlitteratur, Theater, Musik og Kunst. Dette skal selvfølgelig ikke bestrides, men jeg maa dog gøre opmærksom paa, at det sikkert kun er et Mindretal af Samfundets Medlemmer, i al Fald blandt Mændene, hos hvem den religiøse eller kunstneriske Sans er saa udviklet, at den kan komme til at spille en dominerende Rolle i Livet. Det maa derfor betegnes som et Udslag af aandsaristokratisk Hovmod, naar Afholdsmænd kræver Forsagelse af et maadeholdent Alkoholforbrug under Henvisning til, at „aandelige” Glæder skaffer en langt bedre Rekreation, men da den foreliggende Afholdslitteratur ikke vidner om, at Afholdsmændene i nogen synderlig Grad glimrer just ved Aandens Gaver, gør denne Form for Aandsaristokrati forøvrigt nærmest et komisk Indtryk”.¹³¹

Afholdsbevægelsens krav om forbud mod stærk spiritus led endeligt nederlag, da flertallet i den 2. ædruelighedskommission i 1927 afviste et forbud, og hermed var afholdsbevægelsens momentum toppet.

Afgiftsforhøjelsen i 1917 tog ganske enkelt luften ud af forbudskravet. Antallet af medlemmer faldt hurtigt. Bevægelsen toppede med næsten 200.000 medlemmer i 1915. I 1930 var medlemstallet halveret, i 1939 nærmede man sig 50.000, og tilbagegangen fortsatte i de kommende årtier.¹³² Bevægelsen satte i stedet fokus på at udvikle foreningstilbud til personer med alkoholproblemer samt behandlingsinstitutioner og -ambulatorier, som blev drevet med offentlige tilskud. Fokus skiftede fra forebyggelse til behandling og omsorg.

Medlemmer i den organiserede afholdsbevægelse ¹³³



Hvad står tilbage?

En befolknings alkoholkultur er ikke en given sag. Gennem statslig regulering kan alkoholvaner lægges helt om med markante og hurtige sundhedsmæssige gevinster til følge. Afgiftsforhøjelsen i 1917 er et godt eksempel, og den har sat sig dybe spor for forbruget, skader og alkoholforebyggelse i Danmark helt frem til vores tid.

Effekten af afgiftsforhøjelsen holdt sig helt frem til begyndelsen af 1960'erne. Herefter steg forbruget vedvarende og hurtigt, og det toppede i 1980'erne med et gennemsnitligt årligt forbrug på 12-14 liter ren alkohol per indbygger. Tilsvarende steg den alkoholrelaterede dødelighed. Skadevirkningerne var omfattende, men nok mere skjulte end tidligere.

Der findes andre tilsvarende historiske eksempler på hurtige ændringer i forbruget efterfulgt af tilsvarende ændringer i skadevirkningerne. Her kan for eksempel nævnes alkoholforbuddet i 1930'ernes

USA og Sovjetunionen i 1980'erne, hvor Gorbatsjov indførte en meget restriktiv alkoholpolitik med det resultat, at forbruget faldt markant efterfulgt af et fald i den alkoholrelaterede sygelighed og en forbløffende hurtig vækst i middellevetiden. Da Jeltsin kom til i begyndelsen af 1990'erne, blev alkoholpolitikken lempet igen, og dødeligheden steg.¹³⁴

Et andet og mere aktuelt eksempel er Finland, som i 2004 sænkede afgifterne på alkohol for at bekæmpe øget grænsehandel i Estland, der blev medlem af EU i 2004. Det betød, at finnerne kunne købe alkohol til eget forbrug i Estland til en tredjedel af priserne i Finland. Alkoholforbruget steg umiddelbart med 10 %, efterfulgt af markante stigninger i alkoholdødeligheden og en række andre alkoholbetingede helbredsskader. Det var specielt mænd i den dårligst stillede del af befolkningen, der blev ramt.¹³⁵

Disse historiske eksempler rammer en pæl igennem den populære påstand om, at afgiftsforhøjelser og andre generelle restriktioner kun rammer den brede befolkning og ikke dem, der har alkoholproblemer. Pointen er, at restriktioner også påvirker misbrugere, hvilket øger deres chancer markant for overlevelse. At nedsætte alkoholforbruget er øjensynligt den faktor, der har størst betydning for overlevelsen. Det er derfor, vi ser de hurtige følgevirkninger af restriktionerne.

Den danske alkoholkultur er blevet hyldet som udtryk for livsglæde og frisind i modsætning til "Forbudssverige", hvor man ikke har forstået at more sig og i stedet flygtede over Øresund for at drikke sig fra sans og samling.

Alt dette er mest af alt tom snak. Den danske afholdsbevægelse havde – som i Sverige – også ganske godt tag i store dele af den danske befolkning, og i masser af kommuner var der langt op i 1930'erne forbud mod salg eller udskænkning af stærk spiritus. Det danske alkoholforbrug var fra 1917 og helt frem til 1950'erne mindre end i Sverige.¹³⁶ Det passer ikke, at vi i Danmark altid har drukket mere end svenskerne. Sverige valgte imidlertid andre veje. Man har reguleret salg og udskænkning af alkohol, begrænset antallet af udsalgssteder, hvor man har kunnet købe alkohol (og da slet ikke på tankstationer som i Danmark) og fastholdt høje afgifter. Denne alkoholpolitik har

bidraget til, at det svenske alkoholforbrug i efterkrigstiden nok steg, men slet ikke i samme omfang som det danske.

”Det danske system” endte med at blive en sovepude for den danske befolkning og politikere og skabte en berøringsangst i forhold til at gøre noget ved det problematiske alkoholforbrug. Nu er pendulet heldigvis svunget tilbage. Siden 1990’erne er alkoholforbruget i Danmark reduceret med næsten 25 %. Der drikkes ikke mere på arbejdspladserne, og spirituskørslen er faldet. Risikoforbruget er reduceret både hos mænd og kvinder og i næsten alle aldersgrupper. Den danske alkoholkultur er igen under forandring, men det er en anden historie.

3 FÆRRE DRÆBTE I TRAFIKKEN

Trafiksikkerheden i faste rammer

”Motorismen gaar sin seiersgang gennem Verden! [...] Dag for Dag vokser deres Antal, som besjæles af den nye Tidens Aand, som lige med et slag indser, hvor latterligt, hvor uforsvarligt det er at sige nej til, ja endog at modsætte sig Udviklingens Gang og de kulturelle Forbedringer, som Menneskeaaandens aldrig rastende Geni fremtryller af sin frugtbare Mangfoldighed [...] Enhver, der blot er nogenlunde modtagelig for det besnærende og æggende i denne den moderne Ingeniørkunsts nyeste Opfindelse, vil følge os paa Vandringeren mod vort Maal: ”Tilladelse til at færdes med Motorer på alle Veje og til alle Tider af Døgnet”.”¹³⁷

Leder i det første nummer af Motor i 1906

”Der går næppe en dag, hvor vi ikke ser, hører og læser om trafikulykker. Der er næppe en voksen person her i landet, som ikke kender nogen, der er blevet dræbt, lemlæstet eller alvorligt tilskadekommet ved en sådan. Vi indrømmer alle, at dette er forfærdeligt, og når vi til daglig alligevel affinder os med det, er det kun, fordi det efterhånden er blevet hverdagsagtigt. Vi er langsomt blevet sløvede til at acceptere død og lemlæstelse som en nødvendig følge af den moderne trafik, som om ulykkerne er noget uafvendeligt og skæbnestemt. Og dog er sandheden, at der er få tekniske, medicinske og økonomiske problemer, mod hvilke en rationel indsats ville være så effektiv, som netop her”.¹³⁸

*Professor i retsmedicin Jørgen Dalgård,
Aarhus Universitet, 1971*

Kun få teknologier har medført så gennemgribende forandringer i samfundslivet og omformet landskab og byer som bilen.¹³⁹ Det startede som en hobby for en lille overklasse frem til første verdenskrig. I mellemkrigstiden revolutionerede bilen store dele af erhvervslivet, og i årtierne efter anden verdenskrig blev bilen det almindelige transportmiddel og et velfærdsgode for den brede befolkning. I de samme årtier udbyggedes vejnettet. Hørsholmmotorvejen blev som den første motorvej i Danmark indviet i 1956.

Stærke erhvervsmæssige og private bilistinteresser har gennem hele det tyvende århundrede kæmpet for at fremme bilismen. Bilen blev et symbol på fremskridt og velstand, den personlige frihed til at bevæge sig, hvorhen man ville, og et rendyrket statussymbol for mange bilejere. At fremme bilismen har derfor gennem årtier været en kernesag for mange politiske partier. Et politisk parti – Centrumdemokraterne – blev ligefrem stiftet med dette formål. At fremme trafiksikkerheden og miljøet har derimod ikke haft samme bevågenhed og endda mødt megen modstand. Fokus var på at udbygge vejnettet og

stille krav til bilernes sikkerhed. Bilisterne var fredet. Til gengæld steg antallet af færdselsulykker.

Trafikulykkerne fyldte endda så meget i halvfjerdserne, at sognepræst Svend Aage Nielsen fra Toreby Sogn på Lolland ligefrem begyndte at afholde årlige mindegudstjenester for trafikofrene i Danmark:

”En søndag morgen kort før gudstjenestetid i 1971 kolliderede to biler frontalt lige ud for Toreby kirke. Tre blev dræbt og to blev kvæstet ved denne ene ulykke. De tanker, jeg gjorde mig efter denne tragiske ulykke, tilskyndede mig endelig til at begynde hvert år at holde en mindegudstjeneste for ofrene i livets trafik”.¹⁴⁰

Ulykkestallet var konstant stigende helt frem til midten af 1970’erne, hvor oliekrisen blev en gamechanger for det forebyggende arbejde. Man indførte midlertidige hastighedsbegrænsninger for at spare på olien, hvilket resulterede i et markant fald i trafikdræbte og svært tilskadekomne – så stort et fald, at generelle hastighedsgrænser blev vedtaget uden større armsving af Folketinget efter årtiers modstand. Kort efter vedtog Folketinget også tvungen brug af sikkerhedsseler og en fast promillegrænse.

I det hele taget blev 1970’erne et opgør med bilisternes ret til selv at vurdere, om de kunne køre forsvarligt. I 1980’erne blev trafiksikkerheden yderligere styrket ved at blive lagt i faste rammer med Færdselssikkerhedskommissionen, der opstillede kvantitative mål for, hvor meget antallet af dræbte og tilskadekomne skulle reduceres inden for en given årrække, og konkrete forslag til, hvorledes dette mål kunne nås. På trods af, at antallet af biler siden 1980’erne er øget med næsten en million biler, har det været muligt samtidig at reducere antallet af trafikdræbte fra mere end 1.200 i 1971 til omkring 200 i 2016. Forebyggelse af færdselsulykker er ganske enkelt en af de største forebyggelsessuccesser i Danmark.

Det store rids: 25-dobling af trafikken siden 1930'erne

Datidens bilejere – *first movers* i bogstaveligste forstand – var ressourcestærke borgere, der forstod at kæmpe for deres sag. Dansk Automobil Klub (DAK) blev stiftet i 1901 og havde frem til 1907 139 medlemmer, hvoraf to tredjedele var adelige, godsejere, grosserere, direktører, fabrikanter og skibsredere. Resten var akademikere, ingeniører og maskinmestre, redaktører, journalister, håndværksmestre, officerer, ritmestre, etatsråd, konsuler og syv fruer – som næppe har været vaskekoner, industriarbejdere eller stuepiger. Forenede Danske Motorejere (FDM) blev stiftet i 1909, og mange af medlemmerne var fra overklassen, men nyttebilismen var på vej frem, og det prægede medlemsskaren. Medlemmerne var nu også købmænd, håndværkere, manufakturhandlere og repræsentanter.¹⁴¹

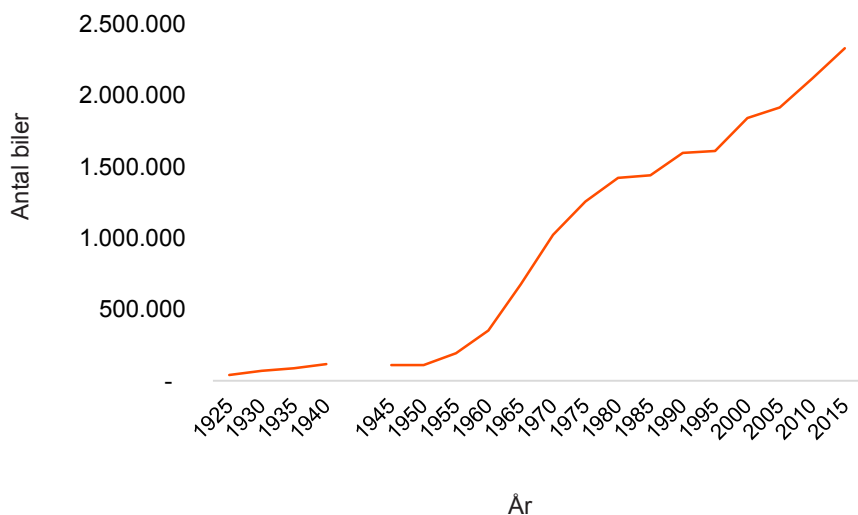
Organisationerne kæmpede for at fremme mulighederne for at køre bil. Man lobbyede især for ny vejanlæg, bilfærgeforbindelser, broer og ordentlig vejbelægning, der kunne sikre bilernes fremkommelighed og forebygge de ofte meget voldsomme mudder- og støvge-ner. Man havde blandt andet et fælles vejtavleudvalg, der fra 1917 satte internationale advarselstavler op.¹⁴² I det hele taget handlede det om at fremme bilismen ved at gøre det til en fælles sag for samfundet og dermed også for staten.

Dybest set var de første årtier en kamp mellem by og land, hvor land vandt med motorloven af 1903. Det blev forbudt at køre om natten og uden for sommermånederne. Man skulle have kørekort, og bilen skulle have registreringsnummer. Tophastighed blev sat til 30 km i timen på landet, 15 i byerne. Man var især bange for hesteulykker på grund af larm fra bilerne. Kørekortet blev taget, hvis man overtrådte reglerne to gange. En af de skrappeste modstandere af bilerne var justitsminister Peter Adler Alberti, der i Folketinget udtalte: ”Jeg synes virkelig at naar man her i Kjøbenhavn kan befordre sine sager med en Fart af 1½ mil (10½ km) og uden for Kjøbenhavn med en fart af 2 mil (14 km) i Timen, saa maa man kunne være tilfreds”.¹⁴³

Modstanden mod udbredelse af bilismen blev som bekendt overvundet. Finansieringen af ombygningen af veje blev for en stor del finansieret gennem vægtafgift og benzinafgift – senere døbt vejmillionerne – og pengene gik blandt andet til bygning af Lillebælts-, Storstrøms- og Oddesundbroerne i 1930'erne:

”Tusinder og atter tusinder af mennesker vil finde deres beskæftigelse i motortrafikken og i alle erhverv, der knytter sig til den, atter andre tusinder vil være beskæftigede ved vejbygning og det daglige vedligehold af disse årer, der fører trafikken sikkert og hurtigt gennem alle landets egne selv de mest fjernliggende, som blodet ruller raskt igennem et sundt legemes årer selv ud i de fineste hårkarnet. Alt dette har sit udspring i motortrafikken på vore veje og vil kunne holdes i gang dersom man ikke ved kunstige og fremskridtsfjendtlige indgreb underbinder denne livgivende strøm. Dette er eventyret om vejmillionerne”.¹⁴⁴

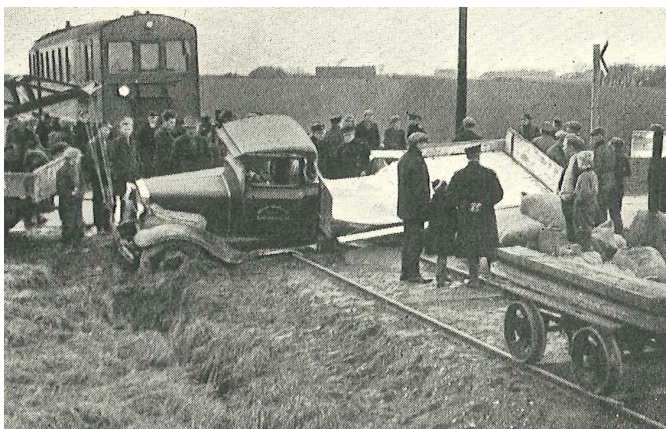
Personbiler i Danmark ¹⁴⁵



Frem til midten af 1950'erne steg antallet af biler gradvist til cirka 100.000 biler. I de følgende tyve år voksede antallet eksplosivt til næsten 1,5 millioner. I kriseårene i 1970'erne og 1980'erne var der kun ringe vækst for derefter igen at vokse eksplosivt, og nu er vi oppe på cirka 2,5 millioner biler.

Mere trafik – først flere, så færre ulykker

Stadig flere biler gav selvfølgelig anledning til mange ulykker i en befolkning, der skulle vænne sig til den hurtige trafik på et vejnet, der slet ikke var dimensioneret til de nye tider. Et særlig problem var jernbaneoverskæringer, hvor der skete mange voldsomme ulykker. Alene fra februar 1930 til februar 1932 fandt der 230 ulykker sted med 30 dræbte og 84 tilskadekomne.¹⁴⁶



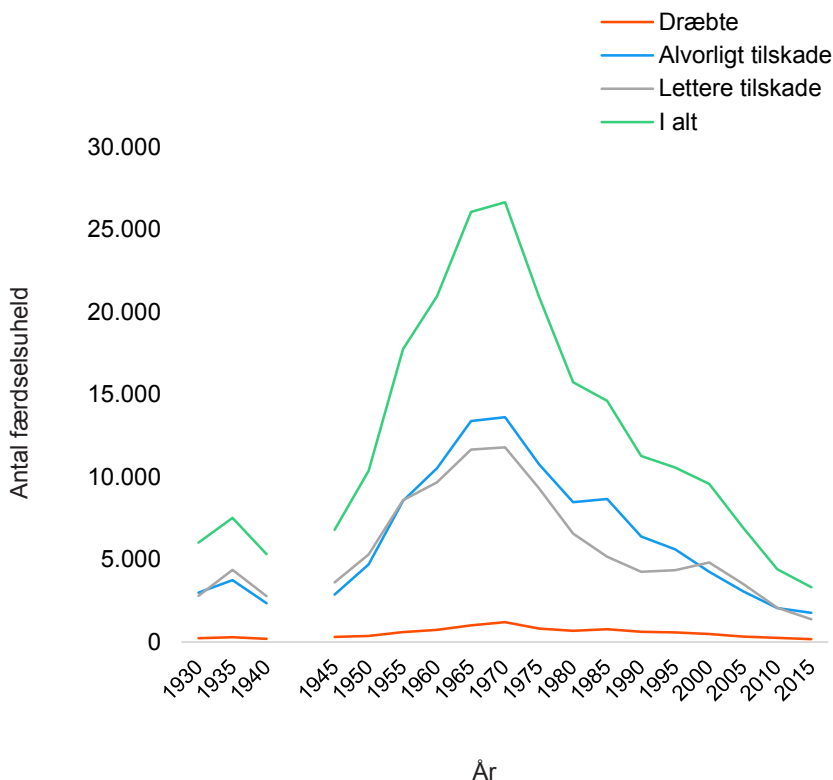
*Meltransport
ramt af tog ved
overskæring*

I København, eksempelvis, steg antallet af trafikuheld fra 1.704 i 1922 til 4.480 i 1929.¹⁴⁷ En sådan udvikling kunne man ikke sidde overhørig, og i 1930 besluttede justitsministeren, at politiet skulle lave en årlig landsdækkende uheldsstatistik, der gjorde det muligt at følge udviklingen i ulykkerne og analysere årsager til ulykkerne.¹⁴⁸

Frem til anden verdenskrig lå det årlige antal uheld mellem 5.000 og 8.000. Efter krigen voksede antallet år for år, og det toppede i 1972

med 27.600 uheld, for herefter at falde lige så dramatisk frem til 2014, hvor antallet kom ned på 3.400. Særlig markant er faldet fra 1973 med 24.600 uheld til 19.500 uheld i 1974.

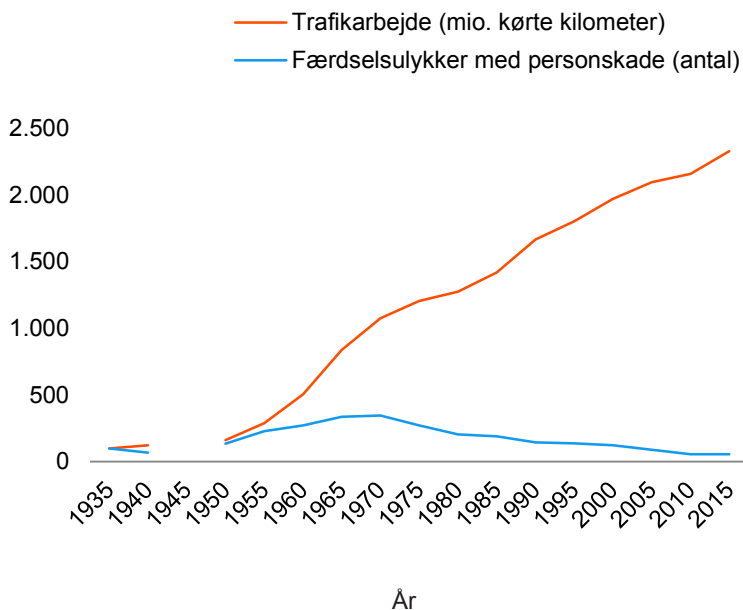
Færdselsuheld i Danmark ¹⁴⁹



Stigningen i ulykkestallet frem til 1970'erne kunne fortolkes på flere måder. Trafiksikkerheden blev ganske rigtig stadig bedre, målt i forhold til omfanget af trafik. Allerede fra midten af 1950'erne voksede trafikken – målt ved antallet af kørte kilometer, også kaldet trafikarbejde – meget hurtigere end antallet af ulykker.

Sikkerheden per kørt kilometer steg således hele tiden, men målt absolut førte de mange biler alligevel til stadig vækst i antallet af dræbte

Udviklingen i trafikarbejde og færdselsulykker med personskade ¹⁵⁰



og tilskadekomne. Så både kritikere og forsvarere havde ret. Kritikerne hæftede sig ved den absolutte stigning i ulykkerne. Forsvarere hæftede sig naturligt nok ved det relative fald i ulykkerne i forhold til kørselsmængden:

”Færdselsstatistikken bliver altid på grund af den alvorlige betydning den har, livlig kommenteret. Man er dog ofte tilbøjelig til at behandle den som absolut, hvilket dog er urigtigt, da dens tal må ses på basis af trafikmængden. Trafikmængden kan man som tidligere nævnt få et begreb om ved hjælp af motortællingerne, i forbindelse med statistikken over benzinforbruget, ligesom også færdselstællingerne giver et bidrag til bedømmelsen af kørselsmængden. Man ser således her et smukt sammenspil mellem de forskellige statistikker til gavn for hele samfundet”.¹⁵¹

Samspillet blev imidlertid først for alvor godt efter oliekrisen, hvor trafiksikkerheds-arbejdet tog et kvantespring, og hvor det lykkedes at opnå hurtige og vedvarende årlige fald i ulykkestallet, både relativt og absolut.

Trafiksikkerhed op til oliekrisen i 1973/74 – fokus på vejene og bilen

I Danmark gennemførtes fra midten af 1950'erne en gennemgribende modernisering af vejtrafiksystemet. Kravene til modernisering var først og fremmest at sikre tilstrækkelig modstandsdygtig vejbelægning og dernæst den fornødne kapacitet til den hastigt voksende trafik og rimelig rejsehastighed. Udfordringen var at tilpasse vejnettet til de nye tider med de mange biler.

Kun i mindre omfang indgik sikkerhedsmæssige hensyn, og Færdselssikkerhedskommissionen af 1966 konstaterede så sent som i 1971, at tilpasningen stadig "kun er sket i yderst ufuldkommen form".¹⁵² Hensynet til færdselssikkerheden vejede ikke tungt nok, selvom mere udstrakt brug af trafiksignaler, krav til kørebanebredde, rabatter, autoværn, vognbaneafmærkning, højre- og venstresvingsspor og udformning af vejkryds gradvist vandt indpas.¹⁵³

Kommissionen pegede på, at næsten 25 % af alle ulykker fandt sted på mindre end 2 % af det samlede vejnet, og 50 % på kun 7 % af vejnettet, og her kunne man med fordel prioritere det forebyggende arbejde.¹⁵⁴ Eksempelvis kunne man reducere antallet af ulykker i byerne med 25-30 % ved at bygge omfartsveje og dermed adskille den lokale trafik fra den gennemkørende trafik. Erfaringer med lysregulering af vejkryds tydede på, at ulykker i kryds kunne reduceres med helt op til 40 %. Vejbelysning kunne reducere mørkeulykker med 40 %.¹⁵⁵ Der var med andre ord mange enkle løsninger, hvis hensynet til færdselssikkerheden blev prioriteret højere.

Både erhvervslivet og FDM pressede på for modernisering af vejnettet, men "kynikere kunne påstå, at sikkerhedsargumentet blev ta-

get som gidsel i kravet om nye motorvejsanlæg og lavere afgifter”.¹⁵⁶ FDM opfordrede selvfølgelig medlemmerne til at opføre sig ordentligt i trafikken. Foreningen uddelte eksempelvis certifikater til elitebilister for fejlfri kørsel gennem længere tid, men samtidig kæmpede man for bilisternes personlige frihed: ”Selvstændighed var en kerneværdi for bilisten. Danskeren havde lige fået bil og hus, og ingen skulle ødelægge det for ham igen”.¹⁵⁷

Der var derfor stor modstand mod skrapmere lovgivning inden for specielt tre områder: generelle hastighedsgrænser, fast promillegrænse og tvungen selebrug. Alle tre områder blev en ideologisk slagmark i 1960’erne og 1970’erne. Her var positionerne fastlåste.

Oliekrisen i 1970’erne som gamechanger for trafiksikkerheden

I oktober 1973 udbrød Yom Kippurkrigen i Mellemøsten, da Egypten overskred Suezkanalen, og Syrien rykkede ind nordfra og erobrede Hermonbjerg i Israel. De øvrige arabiske olieproducerende lande truede i solidaritet med at stoppe leverancer af olie til lande, som støttede Israel. Endvidere hævdede de i samarbejde med de store olieselskaber oliepriserne voldsomt. Danmark var stærkt afhængig af olieimporten og blev derfor ramt af prisstigningerne. Olien udgjorde omkring 90 % af energiforbruget.

Regeringen gennemførte derfor med meget kort varsel en række energibesparende foranstaltninger, og – hvad der er særlig interessant i denne sammenhæng – i november 1973 indførte handelsministeren med hjemmel i vareforsyningslovgivningen generelle hastighedsbegrænsninger på 80 km/t og 60 km/t i byerne. Endvidere indførtes forbud mod privatkørsel på et antal søndage. Begrænsningerne blev alene gennemført for at spare benzin – og det virkede. Forbruget af benzin faldt med næsten 20 % i perioden med begrænsninger fra december 1973 til marts 1974.¹⁵⁸



*Bilfri søndag
i København*

Dette skulle blive en gamechanger for trafiksikkerhedsarbejdet. Fokus kom nu i langt højere grad på bilisterne, og det gjaldt ikke kun spørgsmålet om hastighed, men også spirituskørsel og tvungen brug af sikkerhedsseler. Hvad der før endte i ørkesløse diskussioner, ofte løsrevet fra foreliggende videnskabelige facts fra trafiksikkerhedsforskningen, suppleret med almene ideologiske holdninger til den personlige frihed, blev nu omsat til lovgivning i løbet af 1970'erne. I 1980'erne blev trafiksikkerhedsarbejdet lagt i faste rammer, og siden har trafiksikkerheds-indsatsen langt hen ad vejen været en succes.

Generelle hastighedsbegrænsninger genindføres i 1976

Dansk lovgivning om hastighedsbegrænsninger har siden anden verdenskrig været modsætningsfyldt. I 1953 afskaffedes de generelle hastighedsgrænser, som blev indført i 1903, og i 1976 genindførtes igen generelle hastighedsgrænser på 60 km/t i tæt bebyggede områder, 90 km/t uden for tættere bebyggede områder og 110 km/t på motorveje.¹⁵⁹ (Hastighedsgrænserne er siden revideret flere gange og er nu henholdsvis 50 km/t, 80 km/t og på udvalgte motorvejstrækninger 130 km/t.)

Hovedsynspunktet bag afskaffelsen af hastighedsgrænserne i 1953 var, at det var bedst at overlade til føreren selv at bedømme og fastsætte den forsvarlige hastighed i de enkelte situationer. En ordfører argumenterede i Folketinget på følgende måde:

”Ved at give hastigheden fri og øge ansvaret højner man færdselskulturen og færdselsmoralen. Man afskaffer barnepigeagtige regler og erklærer herved trafikanten for voksen”.¹⁶⁰

FDM kæmpede også mod generelle hastighedsgrænser, og man betragtede det som en sejr, da grænserne blev ophævet. FDM's direktør Viggo Lærkes udtalte således:

”Den nye lov kan således betegnes som ”Bilisternes myndighedslov”. Nu har vi selv magten til at afgøre, hvor hurtigt vi i hver enkelt situation kan køre uden fare for os selv eller andre”.¹⁶¹

”Bilisternes myndighedslov” blev imidlertid justeret adskillige gange i de efterfølgende år, og det stadig stigende antal uheld førte til, at der fra 1961 til 1964 gennemførtes periodiske hastighedsbegrænsninger i forbindelse med helligdage og sommerferier, hvor der var stærk trafik og mange voldsomme ulykker. Omfattende statistiske analyser kunne dog ikke påvise nogen særlig effekt på ulykkestallet, og forsøgene lagde derfor gift for at indføre generelle hastighedsbegrænsninger. De danske erfaringer med hastighedsgrænser var stærkt afvigende i forhold til internationale erfaringer – og ikke mindst erfaringer fra Sverige, hvor hastighedsbegrænsningerne blev fulgt op med skærpet politikontrol, hvilket ikke var tilfældet i Danmark. Endvidere kunne der sættes spørgsmålstegn ved, om de periodiske hastighedsbegrænsninger på udvalgte tidspunkter faktisk reducerede hastigheden på vejene – enten fordi bilisterne ikke kendte til, hvornår de periodiske hastighedsgrænser gjaldt, eller fordi periodiske grænser måske ikke blev respekteret.¹⁶²

Færdselskommissionen af 1966 kunne i sin betænkning om hastighedsgrænser i 1969 konstatere, at antallet af politirapporter vedrørende overtrædelser af lokale hastighedsbegrænsninger var steget eksplosivt fra omkring 2.000 i 1960 til næsten 20.000 i 1969, og kommissionen bemærkede, at det var et problem at overlade det til bilisterne selv at afgøre, hvor hurtigt de ville køre:

”Mange motorførere er mindre dygtige og rutinerede, i hvert fald mindre dygtige og rutinerede end de selv tror, og en del savner viljen til frivilligt at holde sig til en hastighed, der tager tilstrækkeligt hensyn til andre trafikanter og giver føreren selv fornøden tid til at klare en vanskelig situation. Hertil kommer at selv den bedste fører undertiden ikke kan overskue eller erkende de farer, der er på en vejstrækning, og derfor behøver den vejledning, som blandt andet hastighedsbegrænsningskilte giver”.¹⁶³

Kommissionens flertal foreslog paradoksalt nok ikke at indføre en generel hastighedsbegrænsning, da man mente, at man ikke kunne overføre positive internationale erfaringer med færre ulykker til danske forhold, og at det ville virke nedbrydende for respekten for færdselsregler, da en generel hastighedsbegrænsning alligevel ikke ville blive overholdt.

I offentligheden udspandt der sig en voldsom debat om hastighedsgrænserne. En af de stærkeste røster var fabrikant Svend Bergsøe, der var formand for Rådet for Større Færdselssikkerhed og en ildsjæl allerede fra 1930'erne, når det gjaldt trafiksikkerhed:

”Argumentationen for bibeholdelse af den fri hastighed kender vi alle: den enkelte fører bliver træt og søvnig, hvis han ikke får liv til at ”tilpasse” sin kørehastighed efter forholdene – dvs den hastighed der passer ham bedst. Man siger at det aldrig er bevist, at hastigheden er en ulykkesårsag – der sker jo utallige meget alvorlige bilulykker ved lav hastighed – ergo vil le det ikke hjælpe det allermindste, selv hvis hastighedsgrænserne sættes ret højt! Man skal også tage økonomiske hensyn, hedder det, samfundets transportbehov må tilgodeses etc, og en hastighedsbegrænsning ville koste millioner for det danske samfund!”¹⁶⁴

Redaktør Mogens H. Damkier, redaktør af FDM's medlemsblad Motor, advokerede mod hastighedsgrænser i Berlingske Tidende i 1966 med denne begrundelse:

”Sagen er nemlig den, at der med stigende hastighed ikke melder sig en stigende nervøsitet, men derimod en stigende årvågenhed, og først når man overskrider vognens eller egne evner i forhold til vejen og trafikken, melder nervøsiteten sig som en hastighedsregulator”.¹⁶⁵

Positionerne var ganske fastlåste. Det stadigt stigende antal trafikdræbte og svært tilskadekomne var ikke tilstrækkelig begrundelse for at indføre generel hastighedsbegrænsning. Det ændrede oliekrisen i 1973/74, hvor handelsministeren i november 1973 indførte de midlertidige begrænsninger i hastigheder for at spare benzin. Faldet i antallet af trafikdræbte var på mere end 30 %, fra 1.132 i 1973 til 766 i 1974.

Dræbte i færdselsuheld¹⁶⁶



Folketinget besluttede allerede i februar 1974 at fastholde hastighedsgrænserne i en forsøgsperiode på et år, hvorefter man ville tage stilling til, om grænserne skulle gøres permanente. Der var således modstand mod hastighedsgrænserne til det sidste.

Rådet for Trafiksikkerhedsforskning udarbejdede til Folketinget en detaljeret analyse af effekten af hastighedsgrænserne i forsøgsåret og påviste en nedgang på 5-10 % i uheld og en nedgang i antal dræbte på ikke mindre end 20-30 %.¹⁶⁷ Sagen var herefter afgjort. To årtiers diskussioner i Folketinget om generelle hastighedsgrænser var slut, og bilisternes ”myndighedslov” fra 1953 var lagt endegyldigt i graven. I 1976 blev der indført generelle hastighedsbegrænsninger i færdselsloven, og siden hen har kampen stået om justeringer af hastighedsgrænser på motorvejene, om hvorledes politiet skal gennemføre hastighedskontroller og om omfanget af sanktioner for fartsyndere.

Den faste alkoholpromillegrænse indføres ved lov i 1976

”Der tiltrænges mentalitetsændring, så det ikke mere af store dele af befolkningen anses for harmløst eller næsten morsomt at køre i lettere påvirket tilstand”.¹⁶⁸

Professor Jørgen Dalgaard i 1971

”Det er en af succeshistorierne i dansk trafiksikkerhed, at det er lykkedes at ændre befolkningens holdninger til spirituskørsel. Fra at være almen accepteret i slutningen af 1970’erne, er det i dag socialt uacceptabelt at køre i alkoholpåvirket tilstand”.¹⁶⁹

Færdselssikkerhedskommissionen i 2013

Spirituskørsel har alle dage været en væsentlig årsag til specielt dødsulykker. Det har siden 1903 været et krav i al dansk færdselslovgivning, at bilister skal være i en tilstand, der gør det muligt at køre bil på betryggende vis, og det kan man ikke, hvis man er beruset. Det praktiske

problem for politiet har været at håndhæve loven og bevise, at en bilist havde drukket for meget. Dilemmaet var, at der er store individuelle forskelle i, hvor meget den enkelte kan tåle at drikke, uden at det går ud over køreevnen. Den samme promille påvirker køreevnen forskelligt, hvilket en undersøgelse fra Retsmedicinsk Institut i København fra 1966 viste.¹⁷⁰ Her havde man undersøgt sammenhængen mellem alkoholpromillen i blodet og en lægelig undersøgelse af, hvor påvirket personen fremtrådte. Ved en promille på 0,1 var 10 % påvirkede, ved 0,8 promille var 50 % påvirkede, og endelig var mere end 90 % påvirkede, hvis promillen var over 1,4. Der var altså en betydelig gråzone, hvor samme alkoholpromille gjorde det uforsvarligt for nogle at køre, men ikke for andre. En fast promillegrænse ville indebære, at man kunne domfældes alene på grundlag af en måling af alkoholkoncentrationen i udåndingsluften eller en blodprøve uden hensyn til graden af påvirkning.

Praksis var derfor helt frem til 1970'erne, at politiet fik taget en blodprøve ved mistanke om problematisk alkoholindtag, hvorefter en læge vurderede, hvor påvirket bilisten var. På det grundlag faldt dommen. Der var således tale om en individuel vurdering. Der var ingen fast promillegrænse, man kunne dømmes efter.

Tanken om en fast promillegrænse blev fremført første gang i 1950, hvor Alkoholkommissionen i sin betænkning om alkohol og trafik foreslog, at man indførte en grænse for promillekørsel på 0,6 og en grænse for spirituskørsel på 1,2. Et mindretal – FDM og repræsentanten for Chaufførernes Fagforening – gik imod, blandt andet med henvisning til målingsusikkerheden.¹⁷¹ I revisionen af færdselsloven i 1955 ønskede et folketingsflertal heller ikke at indføre faste promillegrænser. Man ønskede at fastholde den fri, almindelige bevisførelse, hvor promillen blot var en del af det samlede billede.¹⁷²

I 1960'erne kom den faste promillegrænse igen på dagsordenen på den dystre baggrund, at antallet af spiritusulykker var stigende, og at disse ulykker resulterede i flere dræbte og tilskadekomne end alle andre typer af færdselsulykker. Spiritusulykkerne var de voldsomste ulykker med meget alvorligere følger end andre ulykker.¹⁷³

Færdselssikkerhedskommissionen foreslog derfor i 1969 to promillegrænser: en promillegrænse på 0,5 med betinget frakendelse af kørekort (promillekørsel) og en højpromillegrænse på 0,8, der skulle medføre ubetinget frakendelse af kørekort (spirituskørsel). Den faste grænse gav samtidig politiet ret til rutinemæssigt og til enhver tid uden særlig begrundelse at kræve, at en bilist skulle foretage en udåndingsprøve.

Der var mange betænkeligheder ved forslaget. Ved at indføre promillegrænsen forlod man den fri bevisbedømmelse, forringede borgernes retsstilling og skematiserede retsplejen. Et mindretal – herunder FDM's repræsentant – var imod, fordi bilisterne ikke ville respektere grænsen, og der var ikke nødvendigvis nogen fare for færdselssikkerheden som med hastighedsoverskridelser. Politiets kontrolmuligheder ville alligevel være begrænsede, og man fandt det ganske uantageligt, at politiet kunne gennemføre en alkotest hos en bilist uden konkret mistanke.¹⁷⁴

Retslægerådet frarådede – måske overraskende set gennem nutidens briller – en fast promillegrænse, fordi man efter rådets vurdering kom til at tillægge små koncentrationsforskelle af alkohol i blodet alt for stor vægt. Hertil kom den uundgåelige målingsusikkerhed på alkoholkoncentrationen.¹⁷⁵

Også den private organisation Den Personlige Friheds Værn gik imod en fast promillegrænse, fordi man kunne risikere domfældelse af en bilist, der ikke konkret havde mistet evnen til at køre betryggende, og fordi skyldsspørgsmålet alene blev afgjort ud fra en blodprøve, hvis rigtighed domstolene ikke kunne kontrollere.¹⁷⁶

Der skulle gå mere end syv år, før Folketinget fulgte op på Færdselssikkerhedskommissionens forslag, og man endte med at vedtage en promillegrænse på 0,8 – et niveau, hvor 60 % af bilisterne i større eller mindre grad ville være påvirkede ifølge den tidligere citerede undersøgelse fra Retsmedicinsk Institut.

En registerundersøgelse af spritbilister fra 1979-1994 viste, at spirituskørsel var et meget stort problem. I denne periode blev mere end 3.000 dræbt og 40.000 kvæstet i forbindelse med spirituskørsel. Der blev afgjort 252.000 sager om spirituskørsel, hvor promillen havde væ-

ret over 0,8. Antallet toppede i 1982 med cirka 18.000 sager og var herefter aftagende. I 1994 var der cirka 12.000 sager. 43 % af alle sager vedrørte 20-34-årige – næsten udelukkende mænd. Inden det fyldte 30. år havde 10 % af 1964-årgangen af mænd ét eller flere spritforhold.¹⁷⁷ Undersøgelsen viste, at andelen var faldende for de efterfølgende årgange som et udtryk for, at problemerne med spirituskørsel trods alt var inde i en positiv udvikling.

Færdselssikkerhedskommissionen har siden 1988 haft spirituskørsel som et af sine højest prioriterede indsatsområder. I 1988 foreslog et mindretal i kommissionen, at promillegrænsen blev sat ned til 0,5, hvilket dog først skete i 1997. Befolkningsundersøgelser fra før og efter, at denne nedsættelse trådte i kraft, viste et signifikant fald i, hvor meget bilister tillod sig at drikke, hvis de skulle køre efter to timer. Endvidere steg andelen, der højst tillod sig at drikke én genstand fra 71 % til 80 %. Kendskabet til den aktuelt gældende promillegrænse steg fra 40 % før ændringen til 80 % efter ændringen. I gennemsnit tillod mændene sig at drikke 1,2 genstande, før de skulle køre. Efter ændringen faldt det til 0,8 genstande. For kvinderne faldt antallet fra 0,8 til 0,6.¹⁷⁸

Resultaterne viste, at lovgivning i sig selv faktisk betød noget for befolkningens holdninger og adfærd, hvad mange modstandere af nedsættelsen af promillegrænsen betvivlede. De troede ikke på, at en promillegrænse ville blive respekteret.

I 2013 foreslog Færdselssikkerhedskommissionen i handlingsplanen 2013-2020 en yderligere nedsættelse til 0,2 promille med denne begrundelse:

”En generel promillegrænse på 0,2 for alle trafikanter vil eliminere tvivl hos førere om, hvorvidt de ville kunne bil. Sverige har gode erfaringer med en nedsættelse, og Danmark kan med fordel følge trop. Undersøgelser viser, at befolkningen ønsker en sådan grænse, og en nedsættelse af promillegrænsen vil understøtte, at det er socialt uacceptabelt at køre spirituspåvirket”.¹⁷⁹

Forslaget splittede den daværende regering, og Socialdemokratiets trafikpolitiske ordfører afviste at sænke grænsen, fordi det efter hans mening:

”[...] er et stort indgreb i den personlige frihed og rammer ikke den gruppe, som for alvor har problemer... Der skal være plads til, at man kan nyde en enkelt øl i sommerhuset for dernæst at kunne køre en tur på genbrugspladsen. Jeg skal have rigtigt gode argumenter for, at jeg vil stramme op på det”.¹⁸⁰

Heller ikke FDM havde ændret position. Direktøren for FDM udtalte således:

”Man er ikke beruset med en promille på 0,4, så hvorfor stramme reglerne? [...] Det handler om livskvalitet. Det store flertal af befolkningen, der sagtens kan styre det, vil ikke kunne drikke et glas vin uden at være i tvivl, om man kan køre bil eller ej. Der er nødt til at være belæg for det, for ellers kan man jo også lave regler for, om folk har sovet nok”.¹⁸¹

At det var den højeste ekspertise på feltet, der i enighed fremsatte forslaget, spillede heller ikke denne gang nogen rolle. På den måde gentager historien sig. Modstanden har været den samme som i alle de foregående årtier, siden Alkoholkommissionen i 1950 første gang bragte forslag om en fast promillegrænse på banen. Man starter så at sige forfra hver gang med de samme argumenter og uden hensyntagen til de mange positive erfaringer fra udlandet og herhjemme med hensyn til at bekæmpe spiritusulykker.

Brug af sele bliver indført ved lov i 1976

Retsmediciner og professor Jørgen Dalgaard fra Aarhus Universitet var en af de drivende kræfter bag kravet om at indføre obligatorisk brug af sikkerhedsseler. Trafikulykkerne var i tresserne og halvfjerdserne blevet så hyppige, at Dalgaard kunne opstille særlige trafikulykkes-

syndromer, som karakteriserede de typiske kombinationer af skader på bilister, der ikke brugte sele:

"Automobilfører-syndrom: Knælæsioner med åbne brud af begge knæskaller samt sekundære brud i begge hofter (fra kroppens inertie fremad efter at knæene er stødt mod kanten af instrumentbrættet). Trykmærker på brystet (ratlæsion) med underliggende brud af ribben og brystben samt sprængning af hjerte- og legemspulsåre (dødsårsag). Frontal kollision i moderat fart, sikkerhedssele ville have været livreddende.

"Forsædepassager-syndrom: Knælæsioner som ved automobilfører-syndrom. Knusning af underkæbe og tænder (fra nederste vindspejlkant), svære snitsår i ansigt og øjne (fra vindspejlet), brud på nogleben og øverste ribben. Dødsårsag: kvælning i nedsuget blod. Sikkerhedssele ville have været livreddende".¹⁸²

Tvungen eller obligatorisk brug af seler var imidlertid en sag, der delte vandene. På den ene side var der ganske megen dokumentation for, at selerne kunne redde menneskeliv. På den anden side var der tale om et indgreb i den personlige ret til at køre, som man ville.

Volvo lancerede som den første bilproducent i 1959 3-punktssikkerhedsselen som standardudstyr i Volvo Amazon PV544 i Sverige og i 1963 i USA. Det var den svenske ingeniør Nils Bohlin, der opfandt denne type sele, som siden hen er blevet standardudstyr i alle biler. Selen udmærkede sig ved, at den absorberede trykket henover hofter og brystkasse, hvor kroppen var stærkest. Samtidig var den nem og hurtig at bruge. I 1967 offentliggjorde Volvo en analyse af mere end 28.000 uheld, hvor Volvo-biler var involveret. Analysen viste klart, at selen reddede liv og mindskede antallet af skader med 50-60 %.¹⁸³



En undersøgelse af storkøbenhavnske bilister med bil med sikkerhedssele viste i øvrigt en stærk sammenhæng mellem husstandens bruttoindtægt og selebrug. Jo højere indtægt, jo større brug af sele. 80 % af bilisterne mente i øvrigt, at de hørte til den halvdel af bilister, der kørte bedst, 9 % til den dårligste halvdel.¹⁸⁴

FDM agiterede for seler og begyndte i 1956 at sælge seler for 40 kr. stykket. Der var dog ingen større efterspørgsel, selvom man anbefalede medlemmerne at ønske sig seler i julegave. FDM fik i 1966 gennemført, at seler skulle fritages for omsætningsafgiften, men organisationen stillede ikke krav om, at nye biler skulle have monteret seler. I FDM's 100-års-jubilæumsskrift fra 2009 hedder det endda:

”Retrospektivt falder modstanden mod selerne i øjnene. De var bestemt ikke populære, og da påbud om brug af seler endelig blev vedtaget, måtte Lærkes (FDMs direktør) tale deltagerne på repræsentantskabsmødet 1976 til rette, da de kritiserede selepåbuddet. FDM havde trods alt gennem 20 år kæmpet for, at bilejere brugte seler”.¹⁸⁵

Folketinget diskuterede meget ihærdigt, om man ved lov skulle gennemføre tvungen brug af seler; skal staten bestemme over det enkelte individs ret til at sætte sit liv på spil?¹⁸⁶ Debatten gik på to forskellige niveauer: tilhængere af seletvang argumenterede med de mange liv, der kunne reddes, og at trafikulykkerne havde så store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger, at det var naturligt ved lov at påbyde brug af seler. Modstanderne, der kom fra alle Folketingets partier, argumenterede principielt, at et påbud var et indgreb i den personlige frihed, og at loven ville være umulig at håndhæve, og dermed ville respekten for lovgivning blive undergravet. Et synspunkt, som Dansk Politiforbund også delte.¹⁸⁷

I det hele taget var politiet ikke særligt begejstret for påbudt brug af seler. De var besværlige at bruge og gjorde det vanskeligt at komme ud af bilen, når politiet skulle handle hurtigt. Svend Bergsøe, formanden for Rådet for Større Færdselssikkerhed, udfordrede den øverste politi-



Svend Bergsøe konkurrerer med politiet

ledelse til en konkurrence, om hvem der kunne komme hurtigst ud af bilen og løbe en nærmere afmålt distance væk fra bilen. Bergsøe vandt knebent.¹⁸⁸ Selepåbuddet blev vedtaget i 1975 og trådte i kraft i 1976 – foreløbig i en etårig prøvetid.

Sagen blev endelig afgjort i 1978, hvor Folketinget stadfæstede loven – næsten 20 år efter Volvo rutinemæssigt monterede seler i bilerne. Rådet for Trafiksikkerheds-forskning fremlagde en evaluering af erfaringerne med forsøgsåret til Folketinget, hvor konklusionen var meget klar:

- "At selebrugen er steget stærkt under indtryk af påbuddet
- At erfaringer fra udlandet antyder, at selebrugen vil falde, hvis påbuddet ophæves
- At de bilister, som er begyndte at benytte sele i 1976, har en betydelig relativ nedgang i skadestallet
- At der ikke har kunnet konstateres negative virkninger i form af mindre hensynsfuld kørsel blandt selebrugerne

”Rådet må derfor konstatere, at selve påbuddet har haft en gunstig virkning på bilistskaderne i Danmark”.¹⁸⁹

Ordføreren for det meget bilistvenlige Centrumdemokraterne (CD) konkluderede i Folketinget:

”Diskussionen om sikkerhedsseler må nu være afsluttet, uanset om hvad man oprindeligt har ment med seletvangen. En meget stor del har vænnet sig til at anvende seler, og vi kan derfor i CD ikke se nogen grund til at ordningen ikke skulle være permanent”.¹⁹⁰

I 1990 blev selepåbuddet udvidet til også at omfatte børn og passagerer på bagsædet. Og i dag vil der næppe være nogen, der vil fremsætte forslag om at ophæve selepåbuddet under henvisning til, at det begrænser den personlige frihed.

Trafiksikkerhedsarbejdet i faste rammer siden 1988

Det var i slutningen af firserne, at trafiksikkerhedsarbejdet fandt en form, der kunne sikre varige resultater. I de foregående årtier havde flere kommissioner fremlagt forslag, der kunne styrke sikkerheden i trafikken, men forslagene indgik ikke i nogen samlet plan, og de blev ikke fulgt systematisk op.

Færdselskommissionen af 1966 er et godt eksempel. Igennem næsten 15 år udarbejdede kommissionen 12 delrapporter om en række temaer som for eksempel Færdselsundervisning i skolerne (1966), Trafiksikkerhedsforskning (1967), Sikkerhedsseler i motorkøretøjer (1967), Spirituspåvirkede motorførere (1968), Hastighedsbegrænsning (1970), Færdselssikkerhedsfremmende foranstaltninger på eller ved vejene (1971), Periodisk syn af motorkøretøjer (1973), Køreuddannelsen (1980) og Generelle hastighedsbegrænsninger (1980). De mange forslag kom drypvist, og de indgik ikke i en samlet strategi, hvor stat,

kommuner, politi og så videre havde klare opgaver og samarbejdsrelationer. Hvert enkelt forslag blev drøftet isoleret, og dets betydning i forhold til den samlede ulykkesbekæmpelse var uklar.

Efter forslag fra Færdselssikkerhedskommissionen i 1988 blev trafiksikkerhedsarbejdet reformeret på følgende vis:

- Der blev sat mål for, hvor meget antallet af dræbte og tilskadekomne skulle reduceres. Konkret foreslog man, at antallet af dræbte og tilskadekomne skulle reduceres med 15 % over tre år, yderligere mindst 15 % i løbet af de følgende tre år og yderligere mindst 10-15 % i løbet af de følgende seks år, hvilket over 12 år ville svare til en reduktion på mindst 40-45 % i forhold til ulykkestallet i 1986/87. Målsætningen var absolut og uafhængig af, om trafikmængden i planperioden ændrede sig.
- Målsætningen skulle suppleres med handlingsplaner med forslag til foranstaltninger, der realistisk set ville kunne opfylde målsætningen. Foranstaltninger skulle bygge på eksisterende viden, og for hver foranstaltning skønnede man, hvor meget den kunne bidrage til reduktionen. Skønnet over effekten blev foretaget af medlemmer fra Rådet for Trafiksikkerhedsforskning og Vejdirektoratet. Det var evidensbaseret og ikke baseret på holdninger, præferencer eller mere eller mindre vilkårlige personlige skøn.
- Foranstaltningerne dækkede hele viften af indsatser vedrørende vejnettet, køreuddannelse, trafikskoler for børn, bilernes sikkerhedsudstyr, politiets kontroller, sanktioner, oplysningskampagner, forskning og evaluering af indsatserne.
- For hver foranstaltning beregnedes et skøn over udgiften til at gennemføre den og mulige besparelser til behandling, revalidering, langtidspleje og produktionstab.

- Handlingsplanen skulle være dynamisk, hvorfor der blev ned-sat en opfølgningsgruppe med repræsentanter fra ministerier, kommuner og amter. Med jævne mellemrum skulle kommissionen følge op på handlingsplanerne og justere dem med henblik på at sikre, at man nåede målsætningen om reduktion i antallet af tilskadekomne og dræbte. Sædvanligvis nedlægges kommissioner, når de har afleveret deres betænkning, men det blev ikke tilfældet med Færdselssikkerhedskommissionen. Den er blevet permanent, og medlemmerne udpeges på ny efter folketingsvalg.
- Endelig blev Færdselssikkerhedskommissionen udvidet til at omfatte alle relevante aktører – myndigheder, politikere fra alle Folketingets partier, organisationer som for eksempel FDM, Dansk Cyklistforbund, kørelærere, arbejdsgiverorganisationer og fagforeninger inden for transport) såvel som særlige sagkyn-dige fra blandt andet Rådet for Sikker Trafik, DTU Transport, politiet og Vejdirektoratet.

Færdselssikkerhedskommissionen har haft stor betydning for kommunernes arbejde med trafiksikkerhed. Her er oprettet kommunale trafikråd, der udarbejder lokale trafiksikkerhedsplaner og koordinerer den lokale indsats for at forebygge ulykker.

Et typisk eksempel på, hvorledes Færdselssikkerhedskommissionens handlingsplaner er slået igennem lokalt, er Helsingør Kommune. Med baggrund i Færdselssikkerhedspolitisk handleplan fra 1988 tog kommunen initiativ til lokal, systematisk bekæmpelse af særligt far-lige steder i trafikken – de såkaldt sorte pletter. Målsætningen var at reducere antallet af dræbte og tilskadekomne i trafikken med 40-45 % fra 1988 til 2000.

Der blev stillet 36 forslag til forbedring af sorte pletter. Forslage-nes omkostninger og forventede ulykkesbesparende effekt blev sat i forhold til hinanden. Det samlede resultat blev et fald på fem person-skadeulykker, hvilket var en reduktion på 35 % over de første tre år.

Ud fra Vejdirektoratets officielle ulykkesomkostninger og de faktiske anlægsomkostninger gav ændringerne en forrentning på knap 250 % over de tre år.¹⁹¹

Færdselssikkerhedskommissionen har siden 1988 udarbejdet adskillige nationale handlingsplaner og statusrapporter, der har gjort det muligt undervejs at revidere planerne for bedre at nå de opstillede mål. Og målene er gradvist blevet skærpet fra plan til plan, blandt andet inspireret af EU. Det ses også, at målet kun blev nået i 2012, og at det foreløbig går den gale vej i den sidste planperiode frem til 2020.

Færdselskommissionens handlingsplaner	Mål for antal dræbte i sidste år af planperioden	Det faktiske antal dræbte i sidste år af planperioden
1988-1994	497	546
1995-2000	427	498
2001-2012	300	167
2013-2020	120	2016: 215

Hvad står tilbage?

På mange måder kan trafiksikkerhedsindsatsen i Danmark i de seneste 30 år anskues som en rollemodel for, hvorledes effektiv forebyggelse kan organiseres og føres ud i praksis. Det er især bemærkelsesværdigt, at handlingsplanerne er ført ud i livet uden en formel folketingsbeslutning. Alle folketingspartier har en repræsentant i kommissionen, som således har mulighed for at gøre partiets synspunkter gældende i samspil med den trafiksikkerhedspolitiske ekspertise, som også er bredt repræsenteret i kommissionen.

Forrige årtiers mange og lange ørkesløse debatter – for eksempel om hastighedsgrænser, promillegrænser og tvungen brug af seler – er på denne måde kortsluttet. Det er ganske enkelt blevet lidt vanskeligere at fremsætte trafikpolitiske forslag, der ikke forholder sig til trafiksikkerheden. Og når sådanne forslag fremsættes, eksempelvis højere hastighedsgrænser på motorveje eller lavere aldersgrænse for knallertførere, vil forslagsstillerne være tvunget til at forholde sig til konsekvenser for sikkerheden, ligesom den faktiske effekt på ulykkestallene – hvis forslagene bliver ført ud i livet – vil blive undersøgt og vurderet i Færdselssikkerhedskommissionen. Det forhindrer selvsagt ikke politisk uenighed og forskellige prioriteringer, men der udstedes ikke længere trafikpolitiske fribilletter, når det gælder sikkerheden.

Samtidig bidrager planerne til en kontinuitet i mål og metoder inden for trafiksikkerhedsarbejdet, som med fordel kan overføres til andre områder inden for vor tids forebyggelse – for eksempel tobak og alkohol, der netop er præget af manglende konkrete mål og prioritering af indsatser, og hvor man endog gennemfører forslag, der direkte modvirker forebyggelsen, som det er tilfældet med afgiftsned sættelserne på alkohol, uden at forholde sig til konsekvenserne for det forebyggende arbejde endsige folkesundheden.

4 VUGGEDØD

Et epidemiologisk gennembrud

"Søndag morgen vågner jeg så ved 7.30 tiden med en følelse af, at et eller andet er grueligt galt. Hvorfor er Amina ikke vågnet? Jeg kigger til hende, hun ligger stadig der, hvor hun lå, da vi faldt i søvn. Jeg nusser hende oven på hendes lille hoved, og siger et eller andet i retning af "skal du ikke have noget at spise syvsover?" Ingen reaktion. Jeg ved allerede dér, at Amina er død, men jeg tager hårdere fat i hende, for vågne, det skal hun - Det er jo spisetid [...] Så er det, at alt går i stå, jeg kan ikke andet end at skrigе og panikke. Kenneth flyver ud af sengen, flår Amina til sig og begynder så at råbe 'Hun er død! Hun er helt død! Åh nej, vores baby er død' [...] Det tager lang tid før ambulancen kommer, eller sådan føles det i hvert tilfælde. [...] Jeg er blevet sendt ud i køkkenet, hvor jeg bare sidder og klammer mig til Hadrian (Aminas storebror). Da lægen efter nogen tid kommer ud til mig, ved jeg egentlig godt, hvad han vil sige. Han tager omkring mig og siger "Hvor er det bare synd for jer, hvor er det synd". Han siger, at han havde gjort alt, hvad han kunne, for at kalde Amina tilbage til livet, men hun havde simpelthen været væk for længe til, at han havde kunnet gøre det. Og jeg tror ham!

Svarene fra obduktionen kom næsten 3 mdr. efter Aminas død. Alt havde været, som det skulle, og dødsårsagen lyder på "pludselig uventet spædbarnsdød af ukendt årsag - vuggedød".¹⁹²

En mors oplevelser af vuggedøden

”Ved obduktion er der intet som helst at påvise, i hvert fald ikke med de undersøgelsesmetoder, der hidtil er bragt i anvendelse, og det er ikke så få. Der er ingen anden gruppe af dødsfald, der – i hele den vestlige verden – har været undersøgt, i årevis, og så grundigt, som den. Dog er vi lige vidt”.¹⁹³

Retsmediciner Preben Geertinger
i sine erindringer fra 1994

Vuggedød defineres som et pludseligt uventet dødsfald hos raske spædbørn, og hvor en efterfølgende grundig obduktion ikke afslører årsager til døden. Dødsfaldene indtræder typisk inden for de første seks levmåneder, og de toppe omkring to til tre måneder. Der er flest dødsfald i vinterperioden. Årsagerne til vuggedød er fortsat uafklarede. På trods heraf er forebyggelse af vuggedød en af de større forebyggelsessuccesser herhjemme og nok det vigtigste fremskridt i mange år, når det gælder reduktion i dødeligheden i det første leveår.

Vuggedødsfald per 1.000 levendefødte ¹⁹⁴



Forekomsten af vuggedød i Danmark kan opdeles i tre faser. Den første fase er en stabil periode frem til 1970, hvor der var omkring ét tilfælde af vuggedød per tusind levendefødte børn om året. I den næste fase – fra 1970 til 1990 – fordobledes forekomsten af vuggedød gradvist, og i slutningen af 1980'erne var der cirka to tilfælde per tusind levendefødte om året. I den sidste fase – fra 1991 og frem – har vi først et dramatisk fald i 1990'erne og herefter et konstant meget lavt niveau. Og i vore dage er vuggedød en uhyre sjælden begivenhed. I sidste halvdel af 1980'erne var der 110-120 dødsfald om året. I 2014 var der blot fire dødsfald. Siden 1991 er op mod 3.000 vuggedødsfald forebygget.

Dette kapitel handler om baggrunden for denne bemærkelsesværdige udvikling, der har reduceret vuggedød til et historisk fænomen på mindre end ti år og gjort livet meget tryggere for nybagte forældrepar. Historien bag successen handler om et videnskabeligt gennembrud i vores måde at tænke på vuggedød, og samtidig viser historien, hvor effektiv forebyggelse kan være, når vi ved, hvad der skal gøres, og når der samtidig ikke er stærke økonomiske eller politiske kræfter, der arbejder imod forebyggelsen, som det for eksempel har været tilfældet med rygning – eller kloakering for den sags skyld.

Vuggedød – de uforklarlige dødsfald

I takt med at børnedødeligheden faldt markant gennem 1900-tallet, blev vuggedød en stadig mere synlig og dominerende dødsårsag blandt spædbørn. De uforståelige omstændigheder omkring dødsfaldene – raske børns uventede og uforklarlige død – gjorde vuggedød til en sag for politiet, retsmedicinerne og patologerne. Alle børn blev derfor som hovedregel obduceret for at udelukke, at der var tale om en forbrydelse. Typisk kunne man mistænke forældrene for at have kvalt barnet med en pude. Vuggedød kunne også indtræde, hvis barnet sov sammen med moderen og blev ”overlagt” – især hvis moderen var beruset eller påvirket på anden måde.¹⁹⁵ De første tilfælde

af vuggedød blev obduceret allerede i 1911 ved Retsmedicinsk Institut i København, hvor man anførte i obduktionserklæringerne, at dødsårsagen var ukendt, men at der med helt overvejende sandsynlighed var tale om en naturlig død – ikke en forbrydelse. Igennem tiderne er der utvivlsomt begået mange justitsmord mod ulykkelige forældre.

I 1966 forsvarede retsmedicineren Preben Geertinger den første danske disputats om vuggedød. Disputatsen byggede på Retsmedicinsk Instituts obduktioner fra 1957-1963 af 121 børn fra 2-11 måneder, hvor man typisk fandt mindre eller uvæsentlige forandringer – typisk infektioner i respirationsorganerne – eller hvor man stod fuldstændig på bar bund med hensyn til dødsårsager.

Dødsfaldene havde et identisk forløb. Et rask barn – måske med lidt forkølelse – blev lagt til at sove, ofte efter at have fået modermælks-erstatning. Nogle timer efter eller om morgenen blev barnet fundet dødt. ”Dette er den typiske historie om pludselig uventet spædbørnsdød – hverken mere eller mindre”.¹⁹⁶

Geertinger mente, at modermælkserstatning muligvis kunne øge risikoen for vuggedød. Hypotesen blev testet i en undersøgelse af alle vuggedødsfald i København fra 1956-1971, i alt 139 tilfælde. Man sammenlignede med børn i samme alder og køn og kunne ikke finde nogen indicier for, at kostforhold var ansvarlige for vuggedøden.¹⁹⁷

I forordet til disputatsen strakte Geertinger så at sige våben. Retsmedicinerne kunne ikke løse gåden. Andre discipliner måtte på banen, såsom endokrinologi, embryologi og biokemi. Geertinger nævnte imidlertid ikke epidemiologien, som blev den videnskabelige disciplin, der faktisk gav gennembruddet cirka 25 år senere.

Heller ikke i udlandet var man kommet længere med at løse gåden. Så sent som i 1988 skrev professor i børnesygdomme A. D. Milner fra universitetshospitalet i Nottingham en leder i British Medical Journal, hvor han konkluderede, at der efterhånden var fremsat mange forskellige hypoteser om årsager til vuggedød, og at nogle af dem muligvis kunne forklare nogle af dødsfaldene, men ”hvad, der er blevet klart gennem de seneste år, er, at det er lettere at fremsætte hypoteser end at bevise eller afvise dem”.¹⁹⁸ Forskningen i vuggedød var kørt fast.

Sætter man fokus på kun at undersøge det døde barn, finder man i sagens natur og som følge af definitionen på vuggedød ikke nogen dødsårsag. Vuggedød synes derimod at være forårsaget af et skæbnesvangert sammenfald af omstændigheder hos børnene i deres dagligliv, der ikke sætter sig andre specifikke spor end netop vuggedøden. Kan man gribe ind over for disse omstændigheder, kan man forebygge dødsfaldene – endda uden nødvendigvis at forstå de nærmere fysiologiske og biokemiske processer, der fører til døden.

Det epidemiologiske gennembrud

Epidemiologerne undersøger befolkningsgrupper og ikke enkeltindivider og har fokus på forekomsten og fordelingen af sygdomme i befolkningen og på forhold, der har betydning for fordelingen af sygdomme i forskellige befolkningsgrupper. Og det var denne tilgang, som åbnede op for en ny tilgang til vuggedød, og som resulterede i den første bølge af epidemiologiske undersøgelser af vuggedød. Disse undersøgelser blev typisk gennemført i lande, hvor der enten var en særlig høj eller særlig lav forekomst af vuggedød, eller hvor forekomsten var øget meget inden for en kortere årrække. Sådanne geografiske variationer er en naturlig anledning til at undersøge bagvedliggende faktorer, der kan være forskellige fra land til land.

Det videnskabelige gennembrud kom i årene 1989 til 1991, hvor der i anerkendte videnskabelige tidsskrifter som blandt andet British Medical Journal og The Lancet blev offentliggjort flere store velgennemførte epidemiologiske studier af vuggedød, hvor resultaterne entydigt pegede i samme retning. Sov spædbørn på maven, blev risikoen for vuggedød øget 3-9 gange.⁹⁹ Det satte unægtelig sovestillingen på dagsordenen på en overbevisende måde.

Sovestillingens mulige betydning for vuggedød havde ganske vist været fremme i flere årtier, men blev jævnligt afvist som alt for enkel af toneangivende læger og forskere. Allerede i 1944 rapporterede patologen H. Abramson fra New York, at to tredjedele af børnene, der døde,

havde ligget på maven, hvilket var en usædvanlig sovestilling på det tidspunkt.²⁰⁰ At sovestillingen skulle betyde noget for vuggedød, blev dog afvist af børnelæger.

I Australien gav en særlig høj forekomst af vuggedød sundhedsmyndighederne i delstaten South Australia anledning til i 1970 at anmode børnelægen Susan Beal om at undersøge baggrunden herfor. Fra 1973 til 1990 besøgte hun mere end 500 familier, der havde mistet et barn på grund af vuggedød, og hun kunne påvise, at børn, der døde, i markant større omfang havde sovet på maven. Allerede i 1982 agiterede hun offentligt som den første for, at børnene skulle sove på ryggen. Hendes råd blev fulgt op i flere lande med forskning og kampagner, og Beal betragtes i dag som en af pionererne i forebyggelse af vuggedød. I 1997 blev hun hædret fortjent for sin indsats og udnævnt til Member of the Order of Australia in the Queen's Birthday Honours List.²⁰¹



Susan Beal

Hvor Susan Beals indsats var udsprunget af den meget høje forekomst af vuggedød i Australien, gjorde det modsatte sig gældende for børnelægen D. P. Davies fra Prince of Wales Hospital i Hongkong. I det engelske lægetidsskrift The Lancet havde Davies i 1985 et indlæg, hvor han fandt det påfaldende, at der var ekstremt få vuggedødsfald i Hongkong. Fra 1980 til 1984 blev der kun udført obduktion på 15 tilfælde, hvor man skulle forvente 800-1.200 tilfælde. Davies kontaktede børnelæger, patologer og skadestuer for at tjekke tallet og blev bekræftet i, at det lave antal var korrekt. Vuggedød forekom næsten ikke i Hongkong. Davies hæftede sig blandt andet ved, at børnene i Hongkong sov på ryggen og ikke på maven, og afsluttede sit indlæg med denne betragtning:

"Jeg spørger mig selv, om ikke den mulige indflydelse på risikoen for vuggedød af livsstil og den daglige pleje af børnene bliver undervurderet i forhold til mere eksotiske og luftige forklaringer".²⁰²

I Holland var udgangspunktet den hastige vækst i vuggedød op gennem 1970'erne. Antallet øgedes mere end tre gange. I samme periode anbefalede sundhedsmyndighederne, at børnene blev lagt på maven. En gruppe af forskere fra Free University i Amsterdam offentliggjorde i British Medical Journal i marts 1989 en banebrydende undersøgelse, der kraftigt underbyggede hypotesen om, at mavelejring var farlig for spædbørn.²⁰³ Børn, der sov regelmæssigt på maven, havde op til fem gange større risiko for at dø set i forhold til børn, der sov på ryggen eller siden. I de statistiske analyser tog man højde for børnenes sociale baggrund, alder, og om de var født for tidligt. Undersøgelsen førte til, at Holland som et af de første lande gennemførte kampagner mod mavelejringen.

Året efter – i juli 1990 – publiceredes i British Medical Journal et større engelsk studie fra South Avon i England. Her fandt man op til ni gange større risiko for vuggedød i forbindelse med mavelejring. Man fandt endvidere, at der var øget risiko, hvis barnet havde det for varmt. Forskerne konkluderede – forsigtigt – at oplysning til forældrene om sovestilling og varme kunne føre til en reduktion af vuggedød.²⁰⁴ Undersøgelsen vakte stor genlyd i de engelske medier og førte til, at mange forældre alene på grundlag af presseomtalen begyndte at lægge deres barn til at sove på ryggen.

I New Zealand var man – som i Australien – bekymret over den vedvarende usædvanligt høje forekomst af vuggedød i forhold til forekomsten i mange andre lande – fem per 1.000 i New Zealand mod typisk et til to dødsfald i andre lande. Det newzealandske sundhedsministerium anmodede derfor i midten af 1980'erne sundhedsmyndighederne i de lokale regioner om at gennemgå alle dødsfald blandt spædbørn. En analyse i en region af dødsfald i 1984-85 viste, 1) at vuggedød tegnede sig for cirka 60 % af dødsfaldene, 2) at egentlige forebyggelige dødsfald (infektioner, trafikuheld, kvælning ved uheld) kun udgjorde omkring 10 % af dødsfaldene, og 3) at man manglede data om faktorer – som for eksempel sovestilling – der kunne formodes at øge risikoen for vuggedød. Man var således ikke i stand til at pege på, hvorledes man kunne forebygge dødsfaldene. Derfor iværksattes The

New Zealand Cot Death Study som et treårigt epidemiologisk studie med særlig fokus på risikofaktorer, som kunne være forbundet med den daglige pleje af børnene.²⁰⁵

De første resultater – publiceret i New Zealand Medical Journal i februar 1991 – viste, at risikoen for vuggedød var op til ni gange større, hvis barnet sov på maven i stedet for på ryggen.²⁰⁶

Og endelig i maj 1991 offentliggjorde en australsk forskergruppe det første prospektive studie af sammenhængen mellem sovestilling og vuggedød.²⁰⁷ Alle de tidligere studier havde et retrospektivt design, der byggede på, at man interviewede forældre om sovestilling, efter at barnet var dødt. Kritikere fandt, at man ikke kunne regne med forældrenes svar – den såkaldte *recall bias*. Forældrene var i sagens natur påvirkede af, hvad der var sket, og derfor svarede de måske anderledes, end de ellers ville gøre, eller også huskede galt de. Denne indvending om *recall bias* mod de epidemiologiske undersøgelser af vuggedød var særdeles udbredt og vildt overdreven. Forældrenes svar var faktisk ganske pålidelige, viste efterfølgende undersøgelser.

I den australske undersøgelse fulgte man cirka 2.600 børn fra fødslen. Alle forældre blev interviewet flere gange i løbet af barnets første seks måneder om blandt andet den foretrukne sovestilling for barnet. I denne periode døde 23 børn, hvoraf der forelå oplysninger om sovestilling for 15 af dem. Udførlige statistiske beregninger viste, at børn, der sov på maven, havde 4-5 gange større risiko for vuggedød. Forskerne supplerede den prospektive undersøgelse med en retrospektiv undersøgelse af alle vuggedødsfald i Tasmanien i 1988. Også den undersøgelse viste en tilsvarende overrisiko, når barnet sov på maven. Endelig gennemførte forskerne en sammenligning af forældrenes oplysninger om sovestilling, når de blev interviewet før og efter dødsfaldet. Der var stor overensstemmelse. Begge undersøgelsesdesign gav de samme resultater.

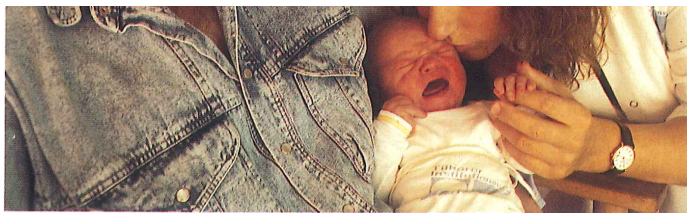
Med disse fire velgennemførte undersøgelser inden for to år, publiceret i velrenommerede internationale videnskabelige tidsskrifter, kom gennembruddet. Det var simpelthen blevet umuligt at fastholde, at sovestillingen ikke kunne betyde noget for vuggedød, men det var

en erkendelse, der ikke trængte lige hurtigt igennem alle steder. Det har – set i bakspejlet – kostet unødigt mange spædbørn livet.

Forebyggelse af vuggedød i Danmark 1991

I Danmark startede sagen om forebyggelse af vuggedød i slutningen af 1991, hvor jeg selv var kontorchef i Sundhedsstyrelsens forebyggelsesafdeling og derfor sammen med kolleger i styrelsen havde ansvaret for håndteringen af sagen. En kvik embedslægeassistent Hans Trier, der interesserede sig for vuggedød, fremsendte de videnskabelige artikler fra 1989-1991, der alle påviste den forhøjede risiko for vuggedød ved mavelejring, til Sundhedsstyrelsen. Artiklerne blev straks sendt videre til vurdering af to kyndige epidemiologer ved Aarhus Universitet og Statens Institut for Folkesundhed. Deres konklusion var entydig. Undersøgelserne var metodisk forsvarlige, og der var ingen afgørende indvendinger mod artiklernes konklusioner. Artiklerne blev også vurderet internt i styrelsen og af styrelsens sagkyndige retsmedicinere og børnelæger. Også her var konklusionen, at styrelsen måtte handle. Styrelsen var herefter under et voldsomt tidspres.

I sit oplysningsmateriale til forældre og sundhedsprofessionelle anbefalede Sundhedsstyrelsen faktisk at lægge spædbørn på maven. Hver dag blev dette mildest talt problematiske materiale udleveret til 100-200 nybagte forældrepar, der samtidig blev rådgivet af jordemødre og sundhedsplejersker om at lægge børnene på maven. Dette måtte selvsagt stoppes hurtigst muligt. Omvendt var det afgørende, at dette skete på en velunderbygget måde, således at man undgik faglige uenigheder og splittelse – eller endnu værre – efterfølgende offentlig polemik i dagspressen, hvor Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger kunne blive undsagt. Det ville skabe usikkerhed hos forældre – og måske også bedsteforældre – og forhale det hele yderligere. Tidspreset blev ikke mindre af, at jo længere tid, der gik med at få anbefalingerne ud til forældrene og få vendt børnene, desto flere dødsfald ville indtræffe. På det tidspunkt døde to til tre børn af vuggedød hver uge.



Velkommen lille barn.

Støj.

Nogle børn er meget følsomme for støj fra omgivelserne, når de skal sove. De må i begyndelsen have ro.

Må barnet ligge på maven?

Ja, nyfødte børn må gerne ligge på maven. Barnet kan ligge på en fast madras med en tøjble som hovedunderlag. Hovedpude må ikke bruges til små børn.

madrasen, eller det kommer i klemme mellem sengekant og madras.

Ligge på siden?

Lægges barnet på siden, rulles en pølse af et lille tæppe, som anbringes bag barnets ryg. Det forhindrer, at barnet kommer til at rulle og dermed ligge fladt på ryggen. Barnet må ikke ligge på ryggen, når det skal sove. Barnet kan ikke vende sig. Hvis det gylper, kan

*Fra Sundhedsstyrelsens oplysningsmateriale
til nybagte forældre, 1990*

Den 10. december 1991 udsendtes en skrivelse med de nye anbefalinger underskrevet af medicinaldirektøren til samtlige praktiserende læger, børneafdelinger, barsels gange, obstetriske afdelinger, landets sygehuse, ledere af de kommunale sundhedsplejer, amtsjordemødre og ledende jordemødre, embedslæger, amtssundhedsplejersker, speciallæger i børnesygdomme og sygehusforvaltninger samt foreningen Forældre og Fødsel. I skrивelsen anbefalede Sundhedsstyrelsen, at sovende spædbørn som hovedregel ikke blev placeret på maven. Der kunne være undtagelser, men de skulle være sundhedsfagligt velbegrundet. Endvidere anbefalede styrelsen, at man undgik tobaksrøg i barnets nære omgivelser, og at barnet ikke fik det for varmt, når det sov. Der blev endvidere indlagt et rettelsesblad i Sundhedsstyrelsens publikationer *Barn i Vente* og *Sunde børn*, som forældrene fik udleveret, indtil reviderede udgaver af de to publikationer kunne udkomme. Endelig blev referencerne for de videnskabelige artikler anført, således at særligt interesserede selv kunne læse baggrunden for de nye anbefalinger.

SUNDHEDSSTYRELSEN

Den 10 DEC. 1991

• Praktiserende læger
Børneafdelinger/Neonatal afdelinger
Barsels gange/Obstetriske afdelinger
Landets Sygehuse
Ledere af den kommunale sundhedspleje
Amtsjordemødre/ledende jordemødre
• Embodslægeinstitutioner
Foreningen forældre og fødsel
Amtssundhedsplejersker
Sygehusforvaltningen
Speciallæger i børnesygdomme

J.nr. 5300-6-91

B.nr.

Lokalnr.:

Risiko for pludselig uventet spædbarnsdød kan måske reduceres

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af nyligt offentliggjorte undersøgelser fundet anledning til at ændre de tidligere anbefalinger om spædbørns sovestillinger. Det anbefales fremover som hovedregel ikke at placere sovende spædbørn på maven. Dette gælder kun indtil barnet selv er i stand til at vende sig.

Hvert år registreres ca. 100 tilfælde af pludselig uventet spædbarnsdød i Danmark svarende til 1-2 pr. 1000 levende fødte børn, overvejende i 1-5 måneders alderen.

Undersøgelser fra New Zealand, Australien, England og Holland tyder på en øget forekomst af pludselig uventet død hos spædbørn, der sover på maven. Der foreligger endvidere oplysninger fra New Zealand og England, der tyder på, at forekomsten af pludselig uventet spædbarnsdød kan reduceres ved, at spædbørnene undgår mavelejring under søvn.

Mekanismen for den formodede risiko ved lejring på maven er ukendt, men er muligvis relateret til flere faktorer, herunder forstyrrelser i temperaturregulationen, især hvis barnet anbragt i maveleje er klædt for varmt på, sover i et meget varmt lokale, eller hvis stofskiftet er øget på grund af infektion. I den forbindelse skal det oplyses, at størstedelen af varmeafgivelsen hos normalt tildækkede spædbørn sker fra ansigtet.

Der er ikke videnskabeligt holdepunkt for, at rygleje indebærer en risiko for dødsfald som følge af aspiration. Det bygger på formodninger, at maveleje skulle bevirke en styrkelse af muskulaturen og skulle hindre aspiration.

Der kan være særlige grunde til at lade spædbørn sove på maven. Det gælder f.eks. præmature børn i den første tid under indlæggelsen efter fødslen, børn, der kun kan falde til ro ved maveleje, spædbørn med udtalt gastro-esophageal reflux,

Postadresse

Telefon

Gennemvalgtelefon

Telefax

Amaliegade 13
Postbox 2020
1012 København K

33 91 16 01

33 91 16 10 + lokalnr.

33 93 16 36

Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger, 10. december 1991

Det var nervepirrende i de efterfølgende måneder at følge, om antallet af dødsfald faktisk gik ned. Allerede efter seks måneder var der en nedgang fra 76 dødsfald i første halvår af 1991 til 53 dødsfald i første halvår af 1992 – og i første halvår af 1993 var antallet nået helt ned på 22.²⁰⁸ Og i hele 1994 var der kun omkring 20 tilfælde. Der var endda flere amter, hvor der slet ikke forekom tilfælde af vuggedød. Fra 2011 til 2014 var der to til fire tilfælde om året – en reduktion på mere end 95 %.

Med henblik på at følge i hvilket omfang, forældrene i praksis fulgte de nye anbefalinger, gennemførte Sundhedsstyrelsen i 1993 en undersøgelse i fem amter, hvor cirka 1.500 familier besvarede spørgsmål om deres barns foretrukne sovestilling. Undersøgelsen viste, at kun 10 % af børnene sov på maven mod omkring 50 %, før de nye anbefalinger blev udsendt. Rådet om at sove på ryggen blev således formidlet effektivt af især sundhedsplejerskerne og dagspressen til forældrene.²⁰⁹

Forebyggelse af vuggedød i internationalt perspektiv

I 1996 publicerede McKee og kolleger en omfattende international analyse, der viste, at en mindre gruppe af lande – herunder Holland, Storbritannien, Danmark og Norge – reagerede hurtigt på den ny erkendelse og gennemførte oplysningskampagner i forhold til fagprofessionelle og forældre i 1991, ligesom der var megen medieomtale. I disse lande faldt vuggedødeligheden markant og hurtigt. En anden gruppe af lande var mere fodslæbende – lande som Irland, Frankrig, Tyskland, Sverige og USA. De to sidstnævnte lande gennemførte således først i 1994 nationale oplysningskampagner. Endelig var der en tredje gruppe, herunder de fleste sydeuropæiske og østeuropæiske lande, som slet ikke reagerede i de første fem år efter gennembruddet.²¹⁰

Der var forskellige årsager til, at nogle lande reagerede hurtigt og andre langsomt eller slet ikke. Selvom der videnskabeligt set ikke længere kunne herske væsentlig tvivl om sovestillingens betydning for vuggedød, var det ikke ensbetydende med, at der i mange lande

ikke fortsat var faglig uenighed. Man skal huske på, at toneangivende børnelæger i årevis havde anbefalet mavestillingen. Den ny viden var en trussel mod deres faglige autoritet, og det er forståeligt, at mange havde svært ved at åbne op for den mulighed, at deres anbefaling havde kostet hundredvis af spædbørn livet. De stolede ikke på epidemiologiske undersøgelser. De forkastede undersøgelser, der byggede på forældrenes oplysninger om dødsfaldet (*recall bias*). De accepterede ikke, at man kunne forebygge vuggedød uden at kende de specifikke biologiske mekanismer bag dødsfaldene. De fastholdt, at fokus måtte være på at identificere de ganske få børn, der var i særlig risiko for at dø, og så gøre en særlig indsats i forhold til dem. Problemet var bare, at man ikke havde værktøjer til at identificere risikobørnene, og man anede heller ikke, hvad man i virkeligheden skulle gøre for effektivt at forebygge dødsfaldene blandt risikobørnene. At løsningen var gennem oplysning til forældrene at sikre, at ingen børn blev lagt til at sove på maven, var selvfølgelig svært at tro på. Det er således fuldt forståeligt, at der var modstand mod de nye tanker. Vuggedød ramte jo trods alt kun to til tre børn ud af 1.000 børn. Hvorfor så belemre forældrene til de 997-998 andre børn, specielt hvis man kunne finde de to til tre børn i særlig risiko på forhånd?

Endelig frygtede mange, at man ville skabe en urimelig skyldfølelse hos forældre, der havde mistet deres barn, fordi de havde lagt det til at sove på maven.

Denne faglige uenighed blokerede for initiativer fra de nationale sundhedsmyndigheder. I mange lande havde man aktivt anbefalet mavelejring. Nu skulle myndighederne gå offentligt ud og undsige sine egne anbefalinger om mavelejring og dermed erkende, at disse anbefalinger hvilede på et meget tyndt og fejlagtigt grundlag, og at de havde kostet et stigende antal børn livet i gennem de sidste 10-20 år.

I nogle lande var det lægefaglige selskaber og private organisationer, der drev udviklingen og gennemførte forebyggelseskampagner. I andre lande var det de nationale sundhedsmyndigheder, der tog initiativet.

Den iatrogene tragedie

De mange vuggedødsfald i firserne må betegnes som en iatrogen tragedie²¹¹, fordi de skyldtes fejlagtig rådgivning fra sundhedsvæsenet.

Anbefalinger om babyers sovestilling har svinget frem og tilbage. I nogle perioder var det bedst at ligge på maven. I andre perioder bedst at ligge på ryggen.²¹² Sundhedsstyrelsen har siden 1930 anbefalet alle mulige sovestillinger – på ryggen, maven eller siden. Frem til 1970 anbefalede man ryg- eller sideleje. Fra 1971 til 1978 kun sideleje. Fra 1979 til 1991 kun mave- eller sideleje, og endelig fra 1991 rygleje eller sideleje og fra 1998 alene rygleje.²¹³

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sovestilling²¹⁴

1930-49	Skiftende sideleje og rygleje
1950-1970	Højre eller venstre side eller på ryggen Sørg for at barnet ikke ligger så meget på siden, at det ikke kan få luft gennem næse og mund
1971-1978	Højre eller venstre side, men ikke på ryggen, da der ellers er mulighed for at opgyldet mad kan løbe ned i luftrøret
1979-1991	Maveleje eller sideleje Små børn bør ikke ligge på ryggen, fordi de, hvis de gylper, meget nemt får det gylpede ned i luftrøret
1991-1998	Ryg- eller sideleje
1998-	Rygleje

Sammenholder man disse anbefalinger med forekomsten af vuggedød i Danmark, vil man se, at perioden med anbefaling af maveleje skiller sig ud, ved at forekomsten af vuggedød steg kraftigt på kort tid og toppede sidst i 1980'erne.

Sundhedsstyrelsen var ikke ene om denne slingrekurs. Mange lande anbefalede på tilsvarende vis maveleje fra 1970 til 1990 med de

samme katastrofale følger for børnene. Hvad var grundlaget for disse anbefalinger?

De hollandske forskere Engelberts og de Jonge gennemgik i 1990 det videnskabelige grundlag for anbefalinger om maveleje, og de konkluderede, at der var en modsætning mellem de entydige og stærke anbefalinger af mavelejring og den dårlige kvalitet af forskning i fordele og ulemper ved de forskellige sovestillinger.²¹⁵ Blandt de postulerede fordele var, at barnet ikke blev kvalt i opkast og gylp, at vejrtrækningen blev forbedret, at man kunne forebygge krumning af rygsøjlen, at den motoriske og psykiske udvikling blev styrket, at barnet sov bedre og græd mindre, specielt hvis barnet havde kolik. Egentlig videnskabelig holdbar dokumentation for alle disse fordele forelå ikke. Det hele byggede på antagelser, "sund fornuft" og dagligdagserfaringer. Et vendepunkt for mange lande har været den 13. internationale kongres for pædiatri i Wien i 1971, hvor to tyske børnelæger argumenterede tilsyneladende meget overbevisende for fordelene ved mavelejring.

USA havde en længere tradition for mavelejring, hvilket blandt andet hang sammen med, at man havde gode erfaringer med at transportere bevidstløse eller alvorligt sårede soldater på maven i anden verdenskrig og Koreakrigen.²¹⁶ Det samme måtte så også gælde for spædbørn. I hele dette forløb så man bort fra de foreliggende epidemiologiske undersøgelser af vuggedød. En gennemgang af disse undersøgelser fra 1950'erne og fremefter viser, at der faktisk allerede i 1970 var tilstrækkeligt med dokumentation til at fastslå med sikker statistisk styrke, at sovestilling måtte være en risikofaktor.²¹⁷ De epidemiologiske undersøgelser blev imidlertid ikke anset for rigtig videnskab, og tanken om, at gåden om vuggedød kunne hænge sammen med noget så enkelt som, om hvorvidt barnet lå på ryggen eller maven, kunne vanskeligt indpasses i den dominerende tankegang.

Den kendte engelske vuggedødsforsker Peter Fleming blev således engang spurgt om, hvilken videnskabelig begivenhed, der havde haft størst betydning for hans banebrydende forskning i vuggedød. Hans svar var Susan Beals tanker fra 1982 om, at mavelejring forøgede risikoen for vuggedød: "Jeg brugte tre år på at vise, at denne opfattelse var

alt for forsimplet til at være sand, og jeg endte op med at overbevise ikke bare mig selv, men alle andre om, at hun havde ret”.²¹⁸

Den sociale ulighed og vuggedød

Vuggedød har altid haft en social slagside og været forbundet med vanrøgt, social armod og misbrug. I undersøgelsen af vuggedødsfald i København fra 1956 til 1971 fandt man således, at der var en overvægt af mindre velstillede og privilegerede miljøer blandt vuggedødsbørnene, og at familierne havde et dårligere samarbejde med læge, jordemoder og sundhedsplejersker.²¹⁹

I Danmark giver det næppe meget mening længere at forholde sig til social ulighed i forbindelse med vuggedød. Vi har årligt under fem tilfælde af vuggedød. Når vi er nået så langt, hænger det sammen med, at vi med de praktiserende læger, svangreomsorg og de kommunale sundhedsplejersker har et meget udbygget sundhedsvæsen, der når ud til alle familier, og hvor der er mulighed for at tilpasse sundhedsplejen i forhold til familiernes behov.

I andre lande har kampagnerne derimod skabt en ulighedsproblematik. I Skotland øgedes den sociale ulighed i vuggedød umiddelbart omkring kampagnen *Back to Sleep* i 1991. I socialt privilegerede områder faldt vuggedøden meget hurtigt og endda før selve kampagnen. I socialt udsatte områder skete der også et markant fald, men først længere inde i forløbet. Den sociale ulighed aftog herefter igen. Forskerne tolker det som udtryk for, at forældre i de privilegerede områder langt hurtigere tog anbefalingerne til sig. De begyndte at vende deres børn, før kampagnen startede i 1991.²²⁰ Store aviser som *The Guardian*, *The Times* og *The Independent* havde omfattende dækning af artiklerne om vuggedød i *British Medical Journal*. Vuggedød var godt pressestof, hvilket også var Sundhedsstyrelsens erfaring herhjemme.

I USA afdækkede forskere et tilsvarende forløb.²²¹ Man sammenlignede perioden 1989 til 1991 før kampagnen *Back to Sleep* med en periode efter kampagnen (1996-1998). Undersøgelsen omfattede samtlige

vuggedødsfald i de to perioder i USA – mere end 21.000 tilfælde – og man sammenlignede med et udtræk på 10 % af alle overlevende børn i samme periode. Også her fandt man den velkendte sammenhæng med mødrenes skoleuddannelsestrin: jo længere uddannelse, jo færre tilfælde af vuggedød. Spædbørn af de kortuddannede havde fem gange større risiko for at dø set i forhold til børn af de højtuddannede før kampagnen. Efter kampagnen var risikoen øget til mere end seks gange – også når der var taget hensyn til forskelle i rygevaner, moders alder, etnicitet, civilstand, fødselsvægt og så videre. Forklaringen på den øgede sociale gradient efter kampagnen kan hænge sammen med to ting: for det første nåede kampagnens budskaber måske i mindre udstrækning ud til de kortuddannede, og for det andet fulgte de kortuddannede måske i mindre grad anbefalingerne.

De højtuddannede er sædvanligvis *first movers*, når det gælder om at følge nye sundhedsråd. Det bidrager til umiddelbart at øge den sociale ulighed – under den klare forudsætning, at sundhedsrådene faktisk øger sundheden. Historien om vuggedød er et grumt eksempel på, at det kan være farligt at være *first mover*, når denne forudsætning ikke er opfyldt. I 1970'erne og 1980'erne, hvor rådet var at lægge børnene til at sove på maven, må vi formode, at højtuddannede også her har fulgt anbefalingerne i højere grad end de mindre privilegerede grupper²²² og dermed øget deres risiko for vuggedød. Det er ikke et godt eksempel til efterfølgelse, når social ulighed i sundhed skal bekæmpes. Måske hænger den danske succes med forebyggelse af vuggedød sammen med, at vi har et veludviklet primært sundhedsvæsen og en sundhedspleje, der når alle. På den måde er sagen om vuggedød et eksempel på, at sundhedsvæsenet kan spille en vigtig rolle i at bekæmpe den voksende ulighed i sundhed.

Hvad står tilbage?

Historien om forebyggelse af vuggedød er unik på mange måder²²³ og alligevel indeholder den flere vigtige generelle pointer.

For det første er det helt afgørende at være ydmyg i forhold til at give sundhedsråd. Sundhedsråd skal i videst muligt omfang bygge på videnskabelig evidens, om hvad der virker, og hvad der kan skade. Og er denne evidens ikke til stede, må der arbejdes på at udvikle den. 1970'ernes udokumenterede anbefalinger om, at børnene skulle sove på maven, har kostet tusindvis af spædbørn livet. Kravet til ydmyghed bliver desto større, for hvem kunne med rimelighed forestille sig de katastrofale konsekvenser af at anbefale, at spædbørn sover på maven? Og hvem kunne også forestille sig, at forebyggelsen skulle rettes mod alle børn og ikke kun de få børn, som var i særlig risiko?

Ydmygheden gælder også internt i forskerverdenen, hvor fagchauvinisme og manglende åbenhed over for andre discipliner er en del af historien om vuggedød. Så sent som i 1993, hvor der allerede var påvist de første dramatiske fald i vuggedøden i flere lande, kunne man i en leder i *New England Journal of Medicine* læse, at "den løbende diskussion om potentielle risikofaktorer som sovestilling eller om, hvorvidt barnet sover for varmt, kan forplumre sigtet med forskning i vuggedød. Dette sigte er at forstå de grundlæggende fysiologiske mekanismer, der fører til disse tragiske dødsfald, og på grundlag af denne indsigt at finde metoder til forebyggelse".²²⁴

En anden vigtig pointe er, at sundhedsoplysning er et meget stærkt værktøj, hvis man kan nå alle i befolkningen, der har behov. I den offentlige debat underkendes betydningen af sundhedsoplysning ofte. I dette tilfælde var sundhedsrådet usædvanligt enkelt, effektivt og omkostningsfrit. Derfor var det nemt at formidle, og der var i sagens natur ikke stærke økonomiske, politiske eller ideologiske interesser, der arbejdede imod, at børnene skulle lægges på ryggen – som det er tilfældet med eksempelvis tobak eller alkohol. Der var ingen industri, der profiterede af, at spædbørn sov på maven. Der var heller intet større marked for produkter, der foregav at kunne forebygge vuggedød – eksempelvis vejtrækningsalarmer, der registrerer, hvis barnet ikke trækker vejret, særlige babysenge, sengetæpper og så videre.

Endelig var der heller ikke – på det tidspunkt – kritik af Sundhedsstyrelsen for at ville blande sig i forældrenes ret til at bestemme, om

deres barn skulle sove på ryggen eller maven, og dermed ”statsliggøre og ensrette” den daglige omsorg for spædbørn inden for hjemmets fire vægge. Sundhedsoplysningen blev med andre ord ikke modarbejdet, mistænkeliggjort eller bragt på vildspor af pseudoløsninger, der kunne tjenes penge på.

5 TOBAKSEPIDEMIEN

En sundhedskatastrofe – men også en forebyggelsessucces

”Vores virksomhed skal skabe øjeblikke med stor nydelse for rygere [...] At handle ansvarligt over for det enkelte menneske, samfundet og miljøet er kernen i vores forretning. Vi anerkender, at tobak adskiller sig fra andre forbrugsvarer. Vi mener, at rygning kun er for voksne, og vi arbejder ikke for at øge antallet af rygere eller øge det samlede salg af tobak”.²²⁵

Scandinavian Tobacco Groups hjemmeside 2017

”60 % af dem, der ryger, vil gerne holde op med at ryge.
72 % af de personer, der ryger eller tidligere har røget, ville ikke ryge, hvis de skulle leve deres liv om.
76 % af dagligrygerne har forsøgt at stoppe én eller flere gange.
43 % af dagligrygerne oplever sig som meget afhængige af nikotin.”²²⁶

Sundhedsstyrelsens hjemmeside 2017

I 1992 deltog jeg som kontorchef i Sundhedsstyrelsen i den danske delegation til WHO's årlige generalforsamling i Geneve. Jeg fløj derved sammen med Sundhedsministeriets departementschef, som undervejs – med en vis stolthed og åbenlys ringeagt for tobaksforebyggelse – forklarede, hvorledes ministeriet havde sikret, at et EU-direktiv, der ville forbyde tobaksreklamer i danske blade og magasiner, ikke blev vedtaget. En fuldmægtig blev sendt i byen for at købe en stribe udenlandske blade og magasiner med masser af tobaksreklamer. Bladene blev forelagt politikerne i Folketingets EU-udvalg for at illustrere, at forbuddet ville være et slag i luften. Folketingets EU-udvalg besluttede da også – på dette grundlag – at Danmark ikke skulle stemme for direktivet. Det fik til konsekvens, at direktivet blev udskudt i adskillige år.

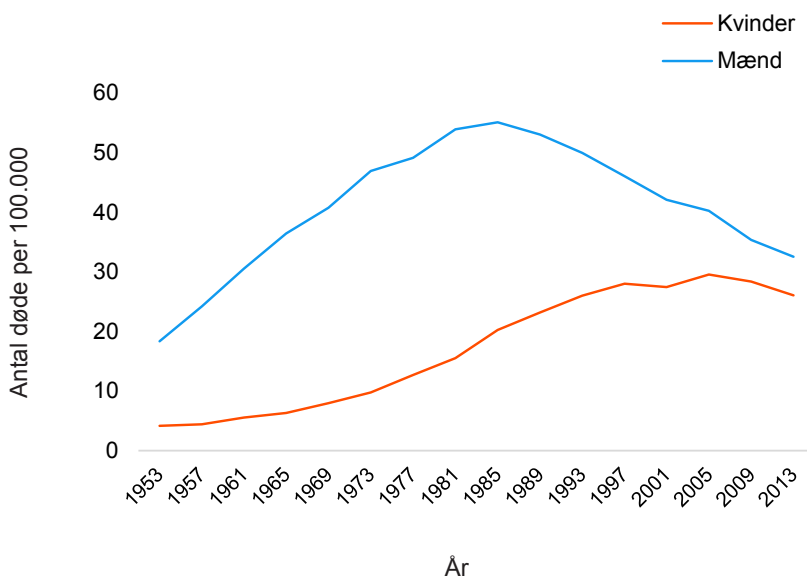
Senere er det kommet frem, at Philip Morris (PM) var særlig aktiv i Danmark, hvor man etablerede den tilsyneladende uafhængige Komiteen for Kommerciel Ytringsfrihed med fremtrædende repræsentanter fra erhvervsliv og universiteter – blandt andet teologiprofessor Knud Løgstrup fra Aarhus Universitet. Philip Morris' kommunikationschef Bobby Caplan kunne senere fortælle, at komiteen var afgørende for Danmarks stemmeafgivning, og at det var en forudsætning, at komiteen var styret ”med en armslængde – med afstand til PM”.²²⁷ Den daværende sundhedsminister har efterfølgende afvist, at ministeriet havde været udsat for pression fra tobaksindustrien, og det er måske korrekt. Det var nemlig slet ikke nødvendigt at udøve pression.

Det offentlige Danmark har altid været fodslæbende, og nogle gange, som her, har Sundhedsministeriet arbejdet direkte imod aktiv tobaksforebyggelse, hvilket denne anekdote viser.

Tobaksepidemien siden 1950 er uden sammenligning vor tids største sundhedskatastrofe, der har kostet mere end en halv million danskere livet. Samtidig har andelen af rygere i befolkningen været konstant faldende i de seneste 70 år. Og det må trods alt betegnes som en succes. Successen har unægtelig været langstrakt, og den kan opdeles i forskellige faser, hvor forskning, medieomtale, oplysningskampagner, offentlig regulering og lovgivning hver især og med forskellig styrke har stimuleret til, at stadig flere har droppet tobakken. En trofast og vedholdende aktør har dog været tobaksindustrien, som igennem hele forløbet har været en aktiv og initiativrig modspiller – først og fremmest i USA, men absolut også i Danmark.

Tobaksepidemien som sundhedskatastrofe

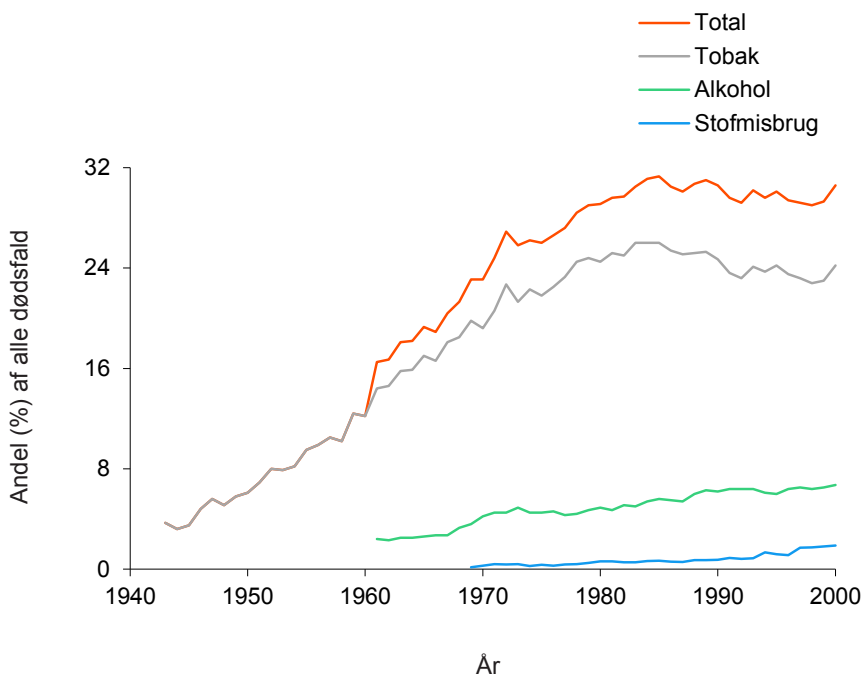
Dødelighed, lungekræft²²⁸



Rygningen er forbundet med en meget bred vifte af sygdomme, der berører stort set alle kroppens organer. Cigaretrøg indeholder mere end 7.000 kemikalier, hvoraf mindst 69 er kræftfremkaldende, og mange af de øvrige kemikalier kan forårsage andre hyppigt forekommende sygdomme.²²⁹ Omfanget af sundhedskatastrofen kan illustreres ved figuren på forrige side, der viser, hvorledes dødeligheden af lungekræft er steget siden 1950'erne – først for mændene og senere for kvinderne. Forekomsten toppe for mændene i 1980'erne og for kvinderne i midten af 00'erne, for herefter at falde i takt med, at stadig færre ryger.

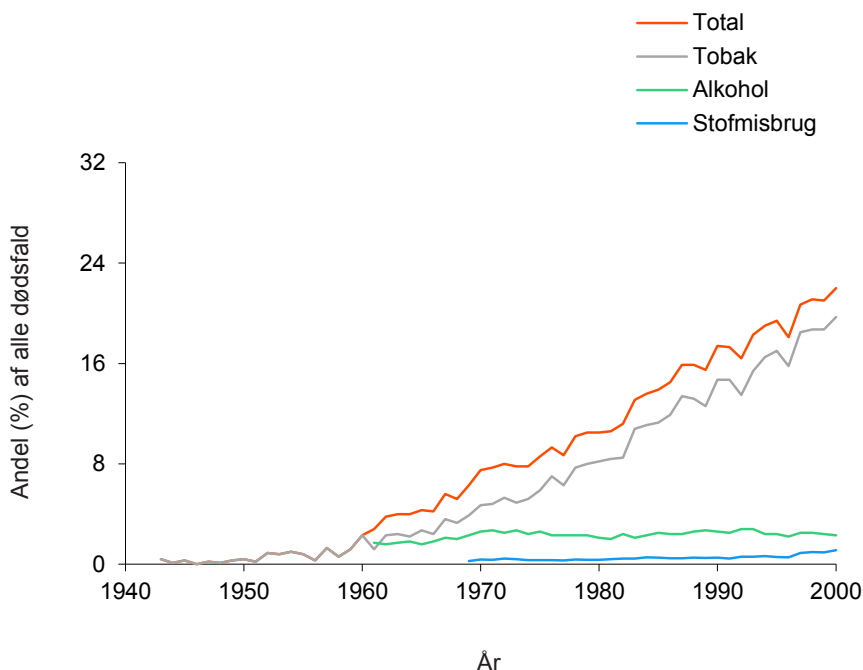
En anden måde at anskueliggøre tobaksepidemiens helbredsmæssige følger på i Danmark er at se på andelen af samtlige dødsfald, der kan relateres til rygning gennem årene. Af nedenstående figurer ses, at for mændene stiger andelen fra omkring 5 % i 1950 til mere end 25 % i midten af 1960'erne for herefter at falde svagt.

Dødsfald relateret til tobak, alkohol og stofmisbrug blandt mænd²³⁰



For kvindernes vedkommende er der tale om en konstant stigning fra 0 % til næsten 20 %. Ingen anden helbredstrussel mod den danske befolkning siden 1950 matcher rygning i bare antydningssvis samme omfang.

Dødsfald relateret til tobak, alkohol og stofmisbrug blandt kvinder²³¹



I vor tid er rygning – på trods af det store fald i antallet af rygere gennem årtier – stadig en voldsom belastning af befolkningen, sundhedsvæsenet og den offentlige økonomi. Fortidens rygevaner trækker dybe spor ind i vor tid.

Rygning reducerer middellevetiden i Danmark med tre og et halvt år for mænd og tre år og en måned for kvinder. Og bag dette abstrakte tal skjuler der sig følgende, når man sammenligner rygere og eksrygere med aldrig-rygere:

- 13.600 ekstra dødsfald.
- 150.000 ekstra somatiske indlæggelser.
- 500.000 ekstra somatiske skadestuebesøg og 220.000 psykiatriske skadestuebesøg.
- 2,2 millioner ekstra kontakter til praktiserende læger.
- 2,7 millioner ekstra dage med kortvarigt sygefravær og 2,8 millioner ekstra dage med langvarigt sygefravær.
- 3.400 ekstra nytilkendte førtidspensioner.

Og til dette skal det siges, at andelen af ekstra tilfælde stiger med faldende uddannelsesniveau, hvilket betyder, at rygning er en helt afgørende årsag til social ulighed i sundhed.²³²

Tobaksepidemien siden 1950 – de tre faser fra fald til stagnation

Historien starter for alvor i 1930'erne. Tobakken havde vundet indpas i Danmark allerede 200 år før – i form af cigarer og pibe. I starten var det – som med bilen – en overklasseforøjelse, men senere spredte rygning sig til andre samfundsklasser. I de første mange år var det en forøjelse, der helt var forbeholdt mænd. Det skulle ændre sig med udbredelsen af cigaretterne, der for alvor kom på markedet efter første verdenskrig.

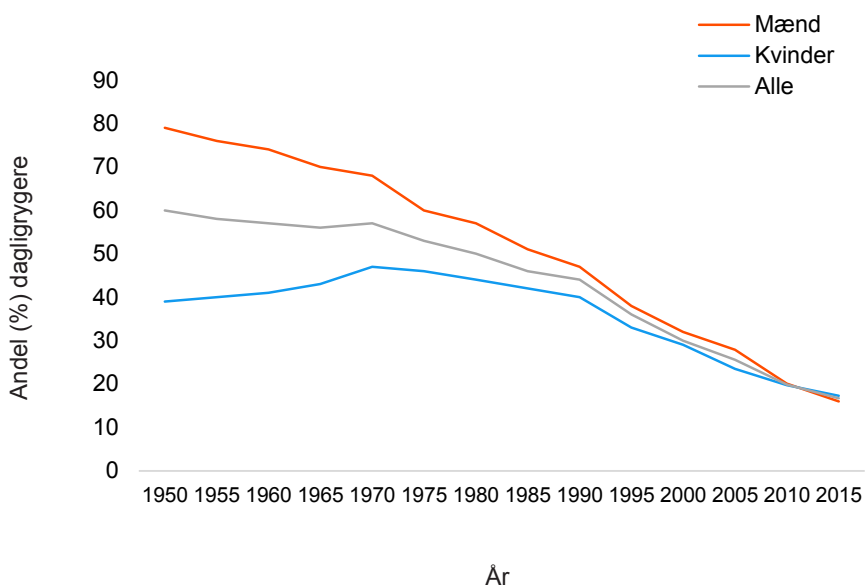
Der er siden begyndelsen af 1950'erne foretaget en lang række undersøgelser, der viser, hvorledes rygevanerne har udviklet sig i befolkningen. Forløbet kan opdeles i tre faser:

- Den første fase – et vedvarende langsomt fald i rygning – fra 1950-1990: Andelen af rygere faldt fra cirka 60 % til 45 %. For mændenes vedkommende var faldet markant større – fra cirka 80 % til 45 %. Andelen af rygere blandt kvinderne steg fra 40 % til cirka 50 % i 1960'erne for herefter også at falde konstant frem til 1990, hvor andelen af kvindelige rygere igen var cirka 40 %. Kvinderne har således haft et lidt forskudt forløb i forhold til mændene. Antallet af

cigaretter per indbygger over 15 år steg fra et årligt forbrug på 400 i 1945 til 1.500 i 1960.²³³ Cigaretterne var især populære blandt unge og kvinder, og forbruget steg først i hovedstaden, dernæst i provinsbyerne og sidst på landet. I 1954 røg 36 % af københavnernes cigaretter mod 25 % i provinsbyerne og kun 13 % i landdistrikterne.²³⁴

- Den anden fase – et forstærket fald – fra 1990-2010: Andelen af rygere faldt nu stærkere end i den første fase fra cirka 45 % til 20 %, og kønsforskellene i rygevanerne udjævnedes.
- Den tredje fase – stagnation – fra 2010: De foregående årtiers vedvarende fald i rygningen erstattes tilsyneladende af begyndende stagnation. Andelen af mandlige og kvindelige dagligrygere i befolkningen har i denne periode ligget konstant på 15-17 %. Og der er nu flere kvinder, der ryger, end mænd.

Danskernes rygevaner. Procentdel, der ryger dagligt²³⁵



Første fase 1950-1990: erkendelse og angst

De første tegn på, at noget var galt, var den kraftige stigning i lungekræfttilfælde i lande som England, USA og Danmark. Lungekræft var dengang en meget sjælden sygdom. Herhjemme registrerede Cancerregisteret med overlæge Johannes Clemmesen i spidsen en femdobling af dødeligheden for luncancer fra 1931 til 1945 for mænd i København. Der var også en mindre stigning i provinsbyerne og på landet. Forskerne skønnede, at forbedret diagnostik i København var årsagen til, at man registrerede flere tilfælde af lungekræft.²³⁶ Det var derfor vurderingen, at der ikke var tale om en reel stigning.



*Johannes
Clemmesen*

I et opfølgende studie fra 1953 fandt man nu en tidobling af lungekræftdødeligheden blandt mænd i København fra 1931 til 1950. Mønsteret med efterfølgende tidsforskudte stigninger i provinsbyer og på landet var uændret. Denne gang måtte man konkludere, at stigningen ikke kunne tilskrives forbedret diagnostik. Der var nemlig ingen stigning i autopsier, særlige vævsundersøgelser eller hospitalsindlæggelser, hvor diagnosen kunne stilles med større sikkerhed. En mulig anden årsag kunne være atmosfærisk forurening som for eksempel afdampning fra de mange nye asfalterede vejstrækninger, men denne hypotese afvistes også. I København var der nemlig ikke nogen sammenhæng mellem byområder med forskellig luftforurening og forekomst af lungekræft, og stigningen med otte og ti års forsinkelse i provinsbyerne og på landet tydede heller ikke på en særlig atmosfærisk forurening. Man vurderede derfor, at der var tale om en ukendt kræftfremkaldende påvirkning, der øjensynlig begyndte at træde i kraft fra omkring 1900-1910.²³⁷

Mistanken om, at cigaretterne kunne være kræftfremkaldende, startede i Argentina og Tyskland i 1930'erne. I Argentina gennemførte læge og forsker Angel Honorio Roffo omfattende undersøgelser af

kræftpatienter, som påviste, at rygning måtte være en væsentlig risikofaktor. Endvidere gennemførte Roffo en række eksperimentelle dyreforsøg, hvor han smurte tjære fra tobaksrøg på mus og viste, at musene udviklede kræft. I det hele taget fandt Roffo, at røgen udviklede kræft overalt i "rygevej" fra læber til de yderste bronkier i lungerne.²³⁸ I



*Angel Honorio
Roffo*

Tyskland publiceredes flere studier i 1930'erne, der bekræftede Roffos fund. Studierne blev imidlertid overset eller negligeret på grund af krigen og formodentlig også, fordi forskning i Tyskland i de år ikke helt uden grund blev anset for at være nazificeret, og endelig hjalp det heller ikke, at Hitler var kendt som fanatisk antirygger. Et gennembrud kom i 1950, hvor der blev publiceret ikke mindre end fem case-kontrolstudier blandt andet fra USA og England, hvor man sammenlignede patienter med lungekræft med forskellige kontrolgrupper. Alle studierne viste en klar sammenhæng mellem rygning og lungecancer.²³⁹

Studierne vakte også opsigt i Danmark. Langt størstedelen af befolkningen var trods alt rygere. Den landsdækkende sygelighedsundersøgelse fra 1954 viste, at 6 % af cigaretrygerne enten havde nedsat deres forbrug eller var holdt helt op med at ryge som følge af den megen debat om især cigaretternes farlighed. Blandt cigar- og piberygerne havde kun lidt over 2 % ændret rygevaner. Omregnet til alle rygere svarede det til, at 74.000 rygere havde ændret vaner, og heraf havde 9.000 helt droppet rygningen. Undersøgelsen viste med andre ord, at en "energisk propaganda med megen presseomtale og diskussion rundt omkring kan påvirke befolkningens forbrug af en stimulan".²⁴⁰ Der var selvfølgelig tale om et øjebliksbillede, og man kunne ikke vide, i hvilket omfang de ændrede vaner nu også blev fastholdt.

Allerede i løbet af 1950'erne væltede det frem med undersøgelser, der alle pegede i samme retning. Cigaretterne var kræftfremkaldende, men nu også årsag til mange andre sygdomme – herunder ikke mindst hjertekarsygdomme. Når fokus i særlig grad blev sat på lungekræft, var det – ud over at kræft i sig selv var en skræmmende syg-

dom – også, fordi cigaretterne viste sig at være den helt dominerende årsag til sygdommen. Det var næsten udelukkende cigaretrygere, der blev ramt. Argumenter om, at der var andre måske vigtigere årsager til lungekræft end rygning, havde derfor en tung gang på jord. Ud fra en rent videnskabelig synsvinkel kunne der fra slutningen af 1950'erne derfor ikke mere herske berettiget tvivl om kræftrisikoen ved rygning. Fra tobaksindustriens side og dens mange støtter inden for universiteter og presse blev der uafsladeligt og helt urimeligt sat spørgsmålstegn ved denne konklusion. Var der publiceret tilsvarende undersøgelser om eksempelvis spinat, ville sagen være afklaret for længe siden, og spinaten blevet trukket fra markedet. Nu var der behov for entydige officielle autoritative blåstemplinger af forskningen.

I 1959 opfordrede Kræftens Bekæmpelse Sundhedsstyrelsen til sammen med foreningen og Den Almindelige Danske Lægeforening at nedsætte "Fællesudvalg til fælles drøftelse af hele spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter – og lungekræft, herunder hvilke præventive foranstaltninger, det måtte være ønskeligt og muligt at træffe".²⁴¹ De lægelige medlemmer af udvalget var alle ledende professorer og overlæger inden for deres specialer og repræsenterede således den højeste sundhedsfaglige sagkundskab i Danmark.

Udvalget gennemgik en række internationale oversigtsarbejder vedrørende rygning og lungekræft, og man hæftede sig ved, at dødeligheden blandt mænd med lungekræft i Storkøbenhavn var mere end 15-doblet fra 1931 til 1958. Og der var nu også markante stigninger i provinsbyerne og på landet. For kvindernes vedkommende var der også en meget bekymrende udvikling med en firedobling af lungekræftdødelighed fra 1931 til 1958.²⁴² Udvalget fandt, at denne udvikling var nøje forbundet med udbredelse af cigaretrygning, og man konkluderede, at man måtte "anse det for godtgjort, at den oprindelige kliniske iagttagelse af en sådan mulig sammenhæng har fået statistisk støtte, og det må derfor mene, at der er en årsagsmæssig sammenhæng mellem tobaksrygning – først og fremmest cigaretrygning – og lungekræft".²⁴³ Og hermed fastslog landets højeste sundhedsmyndighed, Sundhedsstyrelsen, at rygning forårsagede lungekræft.

I 1962 i England udsendte The Royal College of Physicians en omfattende og veldokumenteret rapport, der fastslog, at rygning forårsagede lungesygdomme, herunder lungecancer, hjertesygdomme og mavetarmsygdomme. I rapporten opfordredes regeringen til at gribe ind og læger til at rådgive deres patienter om at stoppe med at ryge. Rapporten fik et enormt gennemslag. Den blev lanceret ved selskabets allerførste pressekonference, og den skabte en mediestorm. Der blev solgt 33.000 eksemplarer af rapporten i de følgende måneder i England og mere end 50.000 i USA.²⁴⁴ I England gav rapporten anledning til det første – midlertidige – fald i forbruget af cigaretter på cirka 12 %.²⁴⁵

Inspireret af den engelske rapport opfordrede The American Cancer Society, The American Heart Association, The National Tuberculosis Association og The American Public Health Association præsident Kennedy til at nedsætte en kommission, der kunne afklare de skadelige virkninger af rygning. Kommissionen blev nedsat i 1962. Efter pres fra tobaksindustrien måtte der kun udpeges "neutrale" medlemmer, der ikke havde forsket i området. Industrien havde endvidere vetoret i forhold til sammensætningen af kommissionen, og to af medlemmerne havde endog arbejdet som konsulenter for et par af de store tobaksfirmaer.²⁴⁶ I de følgende to år gennemgik kommissionen over 7.000 videnskabelige artikler med assistance fra mere end 150 forskere. Konklusionerne var helt entydige og på linje med den engelske rapport – dog lå det uden for kommissoriet at fremsætte forslag til, hvad der kunne gøres. I januar 1964 blev rapporten offentliggjort.²⁴⁷ Den ramte USA som en bombe og var forsidehistorie i alle medier fra kyst til kyst. Den gjorde indtryk på befolkningen, og rapporten blev en af det 20. århundredes mest kendte bøger. I årene efter 1964 begyndte forbruget af cigaretter at falde. I starten var det i særlig grad læger og sundhedspersonale, der droppede rygningen. I 1965 besluttede kongressen, at alle cigaretter skulle indeholde en advarsel, og i 1969 blev reklamer for cigaretter i radio og tv forbudt.²⁴⁸

I Danmark gav rapporten også genlyd, hvilket fremgår af nedenstående klip fra Politiken omkring offentliggørelsen af rapporten. Klippet viser, hvor opsigtsvækkende og kontroversiel sagen har været.

e ti-
o-af-
ative
ynde
fire

have
mini-
fter-
n ind

gter,
fter-
et af
maj,
erva-

gettet
nmer
erne.
e af-
top-

Dom over tobakken ventes med spænding

Amerikansk rapport frigives på børs-løs dag

WASHINGTON, søndag.

Med største spænding afventer man i USA offentliggørelsen af en rapport om tobakkens indflydelse på helbredet. Den er udarbejdet af et 11-mands udvalg og ventes at foreligge 5. januar.

Udvalget arbejder under forhold, der leder tanken hen på, at det drejer sig om de vigtigste statshemmeligheder. Der er truffet vidtgående forholdsregler mod, at noget siver ud

i utide. Af hensyn til de store økonomiske interesser, der står på spil for tobaksindustrien, vil rapporten blive offentliggjort på en lørdag, da børsen er lukket.

For at hindre forhastede konklusioner vil de første eksemplarer blive udleveret på et pressemøde bag lukkede og låsede døre i et værelse uden telefon. De indbudte journalister lukkes ikke ud, før de har haft lejlighed til gennem flere timer at sætte sig ind i det forelagte materiale.

Politiken, 2. december 1963



SØNDAG POLITIKEN

Tlf. CE 8511. Døgnet rundt. „Oplysningen“ hverdage 12—22. CE 4088

KØBENHAVN, SØNDAG 12. JANUAR 1964

Cigaretter er farligst Piben næsten frikendt

**USA-rapport
om tobakken
hård og klar**

WASHINGTON, lørdag *POLITIKEN PRIVAT*

CIGARETRYGNING frembyder en så alvorlig helbredsfare, at det bør foranledige indgreb fra myndighederne. Dommen over cigaretterne var hård og klar, da det amerikanske sundhedsministeriums ekspertkomité i dag fremlagde resultatet af et års undersøgelse af rygningens farer. Piben og cigaren blev næsten helt frikendt — det er cigareten, som er den hovedanklagede.

Komiteen erklærede, at man ikke har fundet noget, der tyder på, at filtercigaretter skulle være mindre farlige, men man



Politiken, 12. januar 1964

Tobaksindustriens modtræk: misinformation og illusionsmageri om den ufarlige cigaret

På baggrund af den massive offentlige interesse for, om cigaretterne var kræftfremkaldende, er det påfaldende, at ordet lungekræft ikke optræder i jubilæumsskrifter for store danske tobaksvirksomheder. Det gælder eksempelvis jubilæumsbogen for R. Færchs Tobaksfabrik i Holstebro fra 1869-1961, som udkom i 1984.²⁴⁹ Selv ikke i omtalen af Skandinavisk Tobakskompagni, som var en fusion mellem de tre største danske tobaksproducenter, strejfes lungekræften. Faktisk byggede fusionen jo på et produkt, der ville slå hver anden kunde ihjel – selv når kunden fulgte forskrifterne for at bruge produktet. Skandinavisk Tobakskompagni blev alligevel en strålende – kommerciel – succes, der ekspanderede i Letland med dansk eksportstøtte efter Sovjetunionens sammenbrud og endda med en dansk eks-udenrigsminister som bestyrelsesmedlem.

Tobaksindustrien udviklede flere modsatrettede, men effektive strategier, der havde til formål at berolige rygerne og dermed fastholde dem som rygere og samtidig begrænse statslig regulering mest mulig. Den første strategi handlede om at afvise/bagatellisere, at rygning overhovedet var farlig. Det gjorde man på mange måder, blandt andet ved at fastholde, at lungecancer skyldtes mange forskellige faktorer – ikke kun cigaretter, at der var modstridende undersøgelsesresultater, at foreliggende undersøgelser var mangelfulde, at der kun var tale om statistiske sammenhænge – ikke årsagssammenhænge, at dyreforsøg ikke var udført korrekt og så videre.²⁵⁰

Et typisk eksempel på denne misinformationsstrategi er følgende forsideartikel fra Politiken fra 1964. Den i artiklen omtalte videnskabelige leder af Rådet for Tobaksforskning var en højt estimeret cancerforsker og tidligere rektor for flere universiteter, men nu ansat af industrien. Man kan undre sig over, at artiklen overhovedet fandt vej til forsiden – uden en henvisning til den officielle rapport, der blev omtalt i Politiken et halvt år tidligere, og som byggede på 7.000 undersøgelser.



Politiken, 17. august 1964

Den anden strategi var – paradoksalt nok – at udvikle nye ”sundere” cigaretter, der kunne dulme sygdomsskræmte rygere og berolige læger, der dagligt blev konfronteret med de angste rygere. Tanken om at gøre cigaretten sundere var ikke kun noget, industrien fandt på. Det blev faktisk anbefalet i de forskellige rapporter fra Danmark, England og USA. Og endda også af Kræftens Bekæmpelse i Danmark, hvor formanden professor Jens Einar Meulengracht først og fremmest satte sit ”håb til, at man finder en eller anden metode, der fjerner kræftstofferne fra cigaretterne. Man arbejder med dette spørgsmål i USA, og hvorfor skulle det ikke lykkes? I Kræftforeningen vil vi fortsætte med vor støtte til de virksomheder, der er aktive i denne sag”.²⁵¹

Det startede med filtercigaretterne i 1950’erne, hvor ideen var, at filtret kunne reducere indtaget af tjære og andre giftstoffer. Rygerne tog ideen til sig. En undersøgelse fra 1963 blandt århusianske gymnasieelever viste for eksempel, at omkring 80 % af eleverne – uanset om de røg eller ej – mente, at filterløse cigaretter var kræftfremkaldende.

Kun omkring 2 % af eleverne mente, at filtercigaretter var kræftfremkaldende.²⁵² Filtercigaretterne blev en kæmpesucces og overtog over en kort årrække stort set hele cigaretmarkedet.

I 1960'erne udviklede man *mild-* og *light-*cigaretter med lavere tjære- og nikotinindhold. Endvidere har man gennem alle årene tilsat et utal af forskellige stoffer, alt sammen for at gøre det nemmere at ryge og ikke mindst at inhalere, berolige rygerne og gøre rygerne mere afhængige af nikotinen. Den "forventede" sundhedsbonus udeblev. Cigaretterne er ikke blevet sundere, måske endda tværtimod. De amerikanske sundhedsmyndigheder kunne i 2010 konkludere, at de sidste 50 års forsøg med at designe sunde cigaretter – herunder filtercigaretter, lavt tjæreindhold og forskellige light-versioner – ikke har reduceret risikoen for rygerne og måske endda havde forhindret forebyggelse og bestræbelser på at fremme rygestop.²⁵³

I samme forbindelse anførtes også, at tobaksindustrien allerede i 1970'erne blev klar over, at cigaretterne ikke var blevet sundere. Man tog bevidst ikke højde for, at rygerne kompenserede for nedsættelsen af nikotinindholdet ved at ryge mere og inhalere dybere for at opnå den samme effekt af nikotinen. Det gav anledning til dybereliggende kræftknuder i lungerne. Samtidig blev det klart, at den måde, hvorpå man foregav at måle rygernes eksposition for tjære og nikotin via rygerobotter slet ikke afspejlede det indtag, rygerne faktisk fik. Eksempelvis lavede man ventilationshuler i filtrene, hvilket medførte, at en del af røgen ikke blev opsuget af rygerobotterne. Rygerne lukkede derimod for disse huller med deres fingre, når de røg. Alligevel blev cigaretterne markedsført under bevidst falske betegnelser som *mild* og *light*. EU forbød i 2003, at firmaerne måtte betegne deres cigaretter som *mild* eller *light*.

Den danske cigaretindustri har fulgt trop med denne udvikling. Den første filtercigaret – All-over – kom på markedet i 1953. I 1957 blev Prince lanceret, og det mærke blev på kort tid dominerende. I 1960'erne kom Prince Light. Berømt er reklamesloganet: "Jeg er også gået over til Prince", der blev markedsført i medierne af skuespillere og andre kendte.

En tredje strategi var at lave frivillige aftaler, der kunne forebygge ubehagelige lovindgreb og samtidig vise, at industrien var rede til at tage ansvar. Frem til slutningen af 1950'erne blev der i Danmark kun i meget beskedent omfang annonceret for cigaretter og næsten udelukkende i dagbladene.²⁵⁴ Cigaretterne solgte sig selv. Det gjorde de nu ikke længere. Den megen usikkerhed om cigaretterne gjorde det nødvendigt at reklamere mere aktivt, hvilket samtidig kunne fremprovokere et lovindgreb.

I 1962 afgav Cigaretfabrikantforeningen derfor over for Indenrigsministeriet tilsagn om at afstå fra reklamer i biografer, radio og fjernsyn samt den del af ugepressen, der var rettet mod unge. Derimod ville man ikke afstå fra reklamer i dagspressen. Tilsagnet gjaldt frem til 1964.²⁵⁵ I 1972 indgik man en ny frivillig aftale om begrænsninger af reklame, idet man forudså endnu skrappe regulering via EU. De frivillige aftaler blev gradvist udvidet til også at omfatte reduktion af tjæreindholdet i cigaretterne og til offentliggørelse af en liste over de utallige tilsætningsstoffer i cigaretterne. I 1986 indgik industrien en aftale med Indenrigsministeriet om advarselsmærkning på cigaretpakkerne.

Staten: sorgløshed og passivitet

”Den danske officielle holdning til rygning som et sundhedsproblem var i en årrække præget af en utrolig sorgløshed, som står i grel modsætning til tobaksproblemets enorme størrelse. Hvis en infektionssygdom hvert år dræbte 12.000 danskere, ville nationen sandsynligvis være i alarmtilstand”, kan man læse i Danmarks Lungeforenings 100-års jubilæumsskrift fra 2000.²⁵⁶

Sorgløshed er nok ikke den helt dækkende betegnelse for statens holdning til rygning. Sagen var nemlig den, at den hidtidige tobakspolitik meget vanskeligt kunne forenes med hensynet til folkesundheden. Det krævede et kursskifte, som man ikke var rede til.

Cigaretter er en ideel vare at beskatte, og Danmark har haft tradition for høje tobaksafgifter. I 1912 indførtes en punktskat på tobaksvarer, og i 1922 gennemførtes en omfattende skattereform, der havde som grundlag, at tobaksafgifter var en vigtig og legitim del af statens

indtægter, hvilket tobaksindustrien og fagforeningerne accepterede. Til gengæld institutionaliseredes tre principper, som har været styrende frem til 1990'erne: rygning var en privat sag, som staten ikke skulle blande sig i, ny tobaksregulering skulle forhandles med industrien, og frivillige aftaler skulle foretrækkes frem for lovgivning.²⁵⁷

Disse principper sikrede staten store afgifter, hvilket har været til stor fordel for industrien, fordi de i praksis beskyttede mod udenlandsk konkurrence og samtidig gjorde det muligt for industrien løbende at sikre sig mod en regulering, der for alvor truede indtjeningen. Det var denne konsensus mellem stat og industri, der blev truet, da den nye viden om rygningens sundhedsfarer for alvor tonede frem. For det indgik på ingen måde, at cigaretter var kræftfremkaldende, og at staten på sigt ville blive presset til at lade hensynet til folkesundheden indgå som en del af tobaksreguleringen.

Et andet vigtigt forhold, der truede konsensuslinjen, var Danmarks indtræden i EU, der medførte, at Danmark gradvist måtte tilpasse de høje tobaksafgifter til de øvrige landes beskatningsniveau for at reducere grænsehandel og dermed et provenutab og i øvrigt indgå i EU's forskellige bestræbelser på at regulere rygningen.

I 1963 nedsatte Indenrigsministeriet en kommission, der havde til formål at komme med forslag til regulering af cigaretrygning i Danmark. Det var ikke muligt at sidde den offentlige debat om de mange tungtvejende rapporter om cigaretter og lungekræft overhørig. Allerede i 1964 barslede kommissionen med en rapport, som fremlagde en række – set med datidens øjne – yderst kontroversielle og vidtgående forslag.

Kommissionen fastslog som præmis for sit arbejde, at den anså ”en omlægning af rygevanerne i den danske befolkning som en for folkesundheden meget betydningsfuld opgave”, og den anså det endvidere ”for påkrævet, at der fra det offentlige side gøres en væsentlig indsats i den henseende”.²⁵⁸ Her lagde man direkte op til et klokkeklart brud med den hidtidige konsensusbaserede tobaksregulering.

Kommissionen afviste et egentlig forbud mod cigaretter. Det ville stride mod ”dansk mentalitet”, og et forbud ville være vanskeligt at

håndhæve i betragtning af, at der årligt blev røget omkring fem milliarder cigaretter. Endelig måtte man imødesee omfattende smugling og dermed forbundet kriminalitet. Erfaringerne med spiritusforbuddet i USA skræmte. Kommissionen foreslog til gengæld²⁵⁹:

- Totalt forbud mod cigaretreklame, herunder forbud mod vinduesudstillinger og salg af cigaretter fra automater.
- Omfattende oplysningskampagner over for børn og unge og voksne med brug af de nyeste medier.
- En forhøjelse af cigaretafgifterne, hvorved man kunne tilskynde til at omlægge forbruget fra cigaretter til pibe, cigarer og cerutter.
- Skærpelse af forbuddet mod at sælge cigaretter stykvist.
- Forbud mod at indkøbe tobak til møder i stat, amter og kommuner.
- Forbud mod at sælge cigaretter uden for normal åbningstider i kiosker, forlystelsessteder, lufthavne mv.
- Forbud mod at sælge cigaretter på beværtninger, restauranter mv.
- Forbud mod rygning i offentlig transport – specielt kortdistance-transport.
- Et permanent udvalg til oplysning om cigaretrygningens skadelighed under Sundhedsstyrelsen.

Kommissionen var helt opmærksom på, at disse forslag kunne møde modstand, men fandt, at på lang sigt ville der være en stor pædagogisk virkning af, at det offentlige regulerede cigaretrygningen, og at selve reguleringen ville bidrage til at fastholde fokus på, hvor farlig cigaretrygningen var.

Kommissionen afviste, at der skulle være offentlige tobaksafvænningsklinikker. Rygning var først og fremmest en vane og ikke udtryk for nikotinafhængighed. Dette syn på rygningen skulle senere ændre sig radikalt. I dag er nikotinafhængighed en diagnose i WHO's sygdomsklassifikation, og alle kommuner har rygestoptilbud.

Forslaget om en forhøjelse af cigaretafgiften, kombineret med en nedsættelse af afgiften på øvrige tobaksvarer, blev gennemført inden for et par år. De øvrige forslag blev stort set ført ud i livet – dog med 25-35 års forsinkelse.

I 1986 fremsatte Det Radikale Venstre et forslag om røgfrihed i sundhedsvæsenet, på offentlige arbejdspladser og arbejdsmarkedet, begrænsning af tobaksreklamer og oprettelse af et tobaksskaderåd. Danmark var på det tidspunkt det eneste skandinaviske land, der ikke havde lovgivning på området. Forslaget delte Folketinget på kryds og tværs, og det blev vedtaget på trods af regeringens modstand. Den daværende indenrigsminister fra Venstre var imod lovgivning, der presede restriktioner ned over hovedet på befolkningen. ”Den mest effektive indsats over for tobaksrygningens skadevirkninger skabes gennem oplysning og frivillige aftaler”,²⁶⁰ var modargumentet, og han henviste i den forbindelse til en offentlig kampagne om passiv rygning, hvor materialet nærmest var revet væk. Det bemærkelsesværdige i hele dette forløb var, at der nu var bred accept af, at rygningen udgjorde et alvorligt sundhedsproblem. Det slag var vundet. Til gengæld var der uenighed om, hvorvidt man skulle gribe ind via lovgivning eller alene gennem oplysning og frivillige aftaler. Denne uenighed har præget den politiske debat lige siden, og temaet er unægtelig velkendt inden for den forebyggelsespolitiske debat – som beskrevet også i kapitlet om forebyggelse af trafikulykker.

Regeringen udarbejdede herefter et lovforslag, der skulle udmønte De Radikale Venstres forslag. Dette lovforslag blev imidlertid forkastet. Efterfølgende udsendte Sundhedsministeriet et cirkulære om røgfri statslige arbejdspladser og offentlig transport dog med talrige undtagelsesbestemmelser. På den måde blev der alligevel taget hul på at regulere den passive rygning. I 1990 fulgte Socialministeriet op med

et cirkulære, der skulle beskytte børn i daginstitutioner mod røg. Og i 1992 udsendte Arbejdsministeriet et cirkulære om røgfrihed i kantiner på arbejdspladserne.²⁶¹

I 1988 blev Tobaksskaderådet etableret i erkendelse af, at der var behov for et uafhængigt, sagkyndigt råd, der kunne styrke forebyggelsen af tobaksepidemien – 25 år efter, at Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget allerede i 1964 havde foreslået et sådant råd. Træerne voksede imidlertid ikke ind i himlen. Formanden for rådet var selv ryger.

Patientorganisationerne som drivende kraft

Det er uomtvisteligt, at patientorganisationerne spillede en meget vigtig rolle i forhold til at fastholde tobaksproblemet på den offentlige dagsorden – i en fase, hvor staten forholdt sig passivt til rygning.

Det var således Kræftens Bekæmpelse, der etablerede det banebrydende Cancerregister i 1942. I 1957 gennemførte foreningen en landsdækkende undersøgelse af skolebørns rygevaner og satte dermed fokus på, hvordan man kunne forebygge rygestart blandt børn. I 1961 gennemførte man en landsdækkende oplysningskampagne til alle skolebørn fra 3. klasse og opefter. Gennem 1970'erne og 1980'erne lavede foreningen undervisningsmaterialer om rygning til skoler, men dog ikke helt uden at møde modstand. ”Lærerne mente i stort flertal, at pædagogik og demokrati kom før et forbud mod rygning”, hedder det i foreningens 75-års-jubilæumsskrift.²⁶²

Og sidst – men absolut ikke mindst – tog foreningen i 1959 initiativ til at få nedsat det tidligere omtalte ”Fællesudvalg til fælles drøftelse af hele spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter – og lungekræft”. Udvalget fremkom i 1961 med en utvetydig – og af Sundhedsstyrelsen blåstemplet – konklusion, om at rygning var kræftfremkaldende.

Også Hjerteforeningen kom på banen, i starten imidlertid ikke helt så aktivt som Kræftens Bekæmpelse. Hjerteforeningen lagde i sine første år mere vægt på oplysning om kirurgi og behandlingsmuligheder for hjertesygdom end på forebyggelse af rygning. Kritikere med viceformand professor Anders Tybjærg Hansen fra Rigshospitalet i spid-

sen mente, at foreningen i højere grad burde fokusere på at rådgive befolkningen om de livsstilsfaktorer, som kunne føre til hjertesygdom: fed mad, rygning og manglende motion.

Hjerteforeningens formand professor Erik Warburg, der "selv havde smag for god mad og store cigarer", advarede dog om, at velmenende råd om livsstil blot ville forvirre befolkningen. Man skulle "vare sig for at bebyrde offentligheden med pedantiske videnskabelige pegefingre".²⁶³ Tybjærg Hansen blev imidlertid formand. Han havde været med til at udvikle nye behandlingsformer, men efterhånden som hjertesygdomme bredte sig, indså han, at man ikke kunne behandle sig ud af en folkesygdom. I slutningen af 1960'erne gennemførte foreningen kampagner for at kvitte tobakken, og i 1971 var temaet for den årlige hjerteuge cigaretter og blodpropper i hjertet. Samme år udsendte foreningen sin første pjese om tobak: "Lad ikke helbredet gå op i røg". I 1976 lanceredes en af de første landsdækkende oplysningskampagner om rygning med budskaber til forældre om passiv rygning, rygning under svangerskab, og om at børn ikke skal begynde at ryge.²⁶⁴

Danmarks Lungeforening var også aktiv, om end ikke i samme omfang som Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen. I 1985 gennemførte foreningen en kampagne mod passiv rygning: "Rygning er en privat sag – vis hensyn", og lektor, dr. med. Tage Egsmose modtog samme år foreningens ærespris for sin utrættelige indsats mod rygning.²⁶⁵

Foreningerne samarbejdede også om oplysningskampagner. Blandt andet gennemførte man i 1977 en fælles kampagne i skolerne med overskriften "Ren Luft" sammen med Komiteen for Sundhedsoplysning. Der kan ikke herske tvivl om, at foreningerne var afgørende for at fastholde fokus på forebyggelse af rygning, specielt blandt børn og unge.

Fasen fra 1950 til 1990 var således kendetegnet ved en stadig voksende erkendelse i offentligheden af, at rygning var farligt, og samtidig med industriens vedvarende bestræbelser på at berolige og afdramatisere sundhedsfarerne. Dokumentationen blev efterhånden uafviselig. Forebyggelsen fokuserede på at hindre, at børn og unge begyndte at ryge.

I gennem hele perioden var der et lille årligt fald i andelen af rygere. Faldet må nok tilskrives den kroniske usikkerhed om cigaretternes farlighed. Det var den samme effekt, der blev påvist i den landsdækkende sygelighedsundersøgelse fra 1954, hvor en lille del af cigaretrygerne holdt helt op med at ryge.

Hvor var lægerne?

Rygning blandt danske læger var udbredt. Helt frem til 1970 røg 64 % af mandlige læger og 39 % af kvindelige læger dagligt. Herefter holdt stadig flere læger op med at ryge, og i 1996 var andelen af læger, der røg dagligt, faldet til 22 % blandt mændene og 15 % blandt kvinderne. I befolkningen røg 36 % af mændene og 32 % af kvinderne. Lægerne var trods alt blandt de første til at droppe tobakken.

Selvom sammenhængen mellem cigaretrygning og lungekræft ud fra en videnskabelig vinkel var afklaret i 1950'erne, var der stadig i 1970 mere end 20 % af lægerne, der ikke anså sammenhængen for bevist. Frem til 1996 faldt andelen til under 5 %. Sammenhængen mellem blodprop i hjertet og cigaretrygning blev heller ikke anset for at være bevist af 63 % af lægerne i 1970. I 1996 var andelen af tvivlere reduceret til 2 %.²⁶⁶

Perioden fra 1970 frem til 2000 er kendetegnet ved at være årtier, hvor danske læger for alvor accepterede, at rygningen var en trussel, ikke bare mod egen, men også mod befolkningens sundhed. Det siger sig selv, at dette skift har haft væsentlig betydning for det forebyggende arbejde. En lægestand med mange rygere og modsatrettede holdninger til rygning har været en konstant kilde til usikkerhed i befolkningen og nok ikke mindst blandt rygerne, om hvorvidt rygning var sundhedsfarligt.

Anden fase 1990-2010: rygning er ikke længere en privatsag

Cigaretrøg bølgede nærmest overalt i det offentlige rum – måske med undtagelse af operationsstuer, kirker og retssale. Jeg gik i halvfjerd-

serne på Københavns Universitet, hvor der blev pulset løs til forelæserne. Bagefter havde vi røde øjne og var tunge i hovederne. Studerende, der var generede af røgen, blev anset for at være småhysteriske. På Panum Instituttet røg de lægestuderende på de lange gange, og det flød med overfyldte askebægre overalt. Gik man på restaurant, røg gæsterne ved nabobordene. Nogle steder reserverede man trods alt borde til ikke-rygere, men effekten var begrænset, da man sad i samme lokale som rygerne. (Det svarer til, at det er tilladt at lade sit vand i et særligt område af et svømmebassin). I hjemmene stillede man altid askebægre frem til gæster, der røg – ofte gerne og meget, når man spiste. I fly og tog var der røg. Børn var omgivet af røg i vuggestuer og børnehaver.

Selv på sygehusene blev der røget til langt op i halvfemserne. En undersøgelse fra 1989 viste endda, at sygeplejersker på sygehusene var betydelig mere udsat for passiv rygning end resten af befolkningen.²⁶⁷ På Bispebjerg Hospital, hvor jeg i 1995/96 var tilknyttet som konsulent i sundhedsfremme, røg personalet mere end to millioner cigaretter om året. Sammenlagt svarede rygepauserne til, at 15-20 medarbejdere dagligt var fuldtidsbeskæftiget med at ryge. Hver tredje medarbejder havde væsentlige symptomer som følge af passiv rygning.²⁶⁸ Der lå cigaretskod overalt på matriklen. Alligevel var sygehuset et af de første sygehuse, hvor samarbejdsudvalget i 1997 besluttede, at sygehuset skulle være røgfrit for personalet i 1999 og for patienterne i 2000.²⁶⁹ Det skete ikke helt uden sværdslag. En landsdækkende undersøgelse blandt sundhedspersonale i 1996 viste, at kun 66 % blandt læger og knap 50 % blandt sygeplejersker mente, at sygehusene skulle være røgfri.²⁷⁰ I dag betragtes det som en selvfølge, at der ikke ryges på sygehuse, og man undres snarere over, hvordan rygning overhovedet kom ind på sygehusene.

Opgøret med rygning på sygehuse handlede både om medarbejdernes og patienternes rygning. Der var selv blandt sundhedspersonale en mangel på viden om eller erkendelse af, at mange af patienterne ganske enkelt var indlagt, fordi rygningen ødelagde deres helbred, og at rådgivning om rygeophør derfor måtte være en naturlig del af be-

handlingstilbuddet. Det rejste uundgåeligt spørgsmålet, om hvorvidt en læge eller sygeplejerske kunne rådgive patienterne på en troværdig måde, hvis de selv lugtede af røg. Og var det rimeligt at stille krav om, at sundhedspersonalet ligefrem skulle være rollemodeller for patienterne ved ikke at ryge – ”en omvandrende sundhedsapostel eller Bispebjerg Hospital-soldat”, som en læge kaldte det?²⁷¹ Mange læger og sygeplejersker opfattede det som grænseoverskridende og måske uetisk at tale med patienterne om deres rygevaner. Et eksempel på denne holdning er nedenstående indlæg fra bladet Sygeplejersken i begyndelsen af 1990’erne. Her fremstilles rygestop som en modydelse for sygepleje. I dag anser vi rådgivning om rygestop som en naturlig del af behandlingen.

”Sygepleje uden modydelse?

Hekla blev indlagt igen og igen. Næsten hver indlæggelse indebar amputation af et led. Bid for bid blev Hekla mindre. Først yderste led på en pegefinger. Næste gang yderste led på langemand og så fremdeles, indtil alle fingrene var væk [...] Hekla led af en fremadskridende karsygdom, som først og fremmest ramte de perifere kar. Ergoterapeuterne konstruerede sindrige apparater, så Hekla kunne fortsætte sine aktiviteter. Der blev også konstrueret rygestativ, hvor cigaretterne kunne sættes fast, så Hekla kunne ryge uden at skulle have hjælp til andet end at få sine smøger tændt, og det skulle hun mange gange i løbet af en dag.

Der er masser af mennesker, som ikke har de fornødne kræfter til at lægge stilen om, og som ikke formår at leve op til den ønskede standard for brugere af sundhedsvæsenet. Heller ikke med sygeplejerskestøtte. Mennesker som kan have så meget at slås med i forvejen, at de ikke kan klare flere krav. De har brug for sygepleje uden modtydelser”.²⁷²

I 2011 mente 93 % af den voksne befolkning, at det var acceptabelt, at den praktiserende læge opfordrede patienter, der røg, til at de skulle stoppe.²⁷³ Det var imidlertid ikke patienterne, der var berøringsangste. Det var sundhedspersonalet.

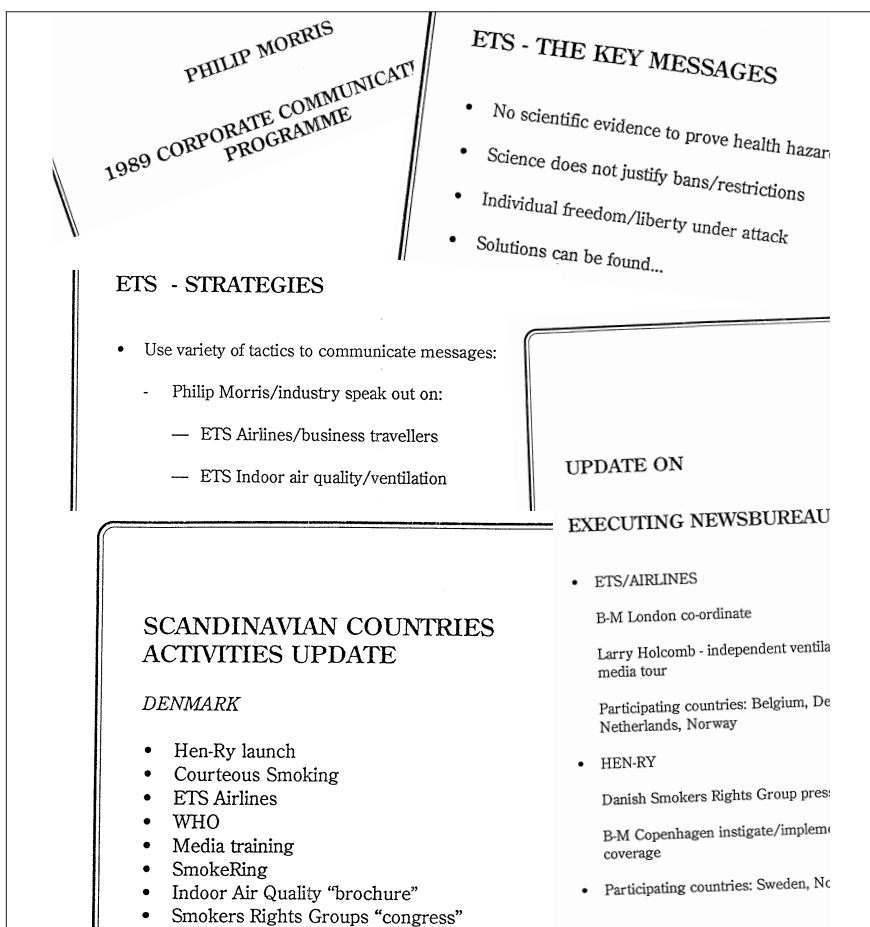
Passiv rygning – rygning ikke længere en privatsag

Allerede i 1972 fastslog den amerikanske sundhedsstyrelse, at passiv rygning muligvis kunne øge risikoen for hjertekar-, lunge- og respirationsvejssygdomme. I efterfølgende rapporter fra styrelsen blev der føjet stadig flere sygdomme til listen. Og i 1986 konkluderede styrelsen ligeud, at passiv rygning kunne forårsage lungekræft, og at børn af rygere havde større risiko for sygdomme i respirationsvejene og for dårlig udvikling af deres lungefunktion. Forskningen inden for området så at sige eksploderede. Rapporter fra blandt andet WHO og International Agency for Research in Cancer (IARC)²⁷⁴ bar yderligere ved til bålet. Og i 1992 satte den amerikanske miljøstyrelse tobaksrøg på listen over kræftfremkaldende stoffer. I styrelsens rapport fra 2006 var dommen over tobaksrøg nu helt entydig. Passiv rygning var årsag til tidlig død og sygdom hos børn og voksne ikke-rygere, og børn af rygere havde større risiko for vuggedød, respirationssygdomme, astma, problemer med ører og langsom udvikling af deres lungefunktion. Og blandt voksne ikke-rygere var der øget risiko for lungecancer og hjertekarsygdomme. Rapporten slog fast, at der ikke var nogen sikker nedre grænse for, hvor meget passiv rygning ikke-rygerne måtte udsættes for.²⁷⁵

Den amerikanske tobaksindustri reagerede voldsomt. Lækkede dokumenter fra industrien viser, at industrien på utallige måder søgte at miskreditere den ny viden. Man støttede forskere, der gennemførte tendentiøs forskning, og som på kongresser og i videnskabelige tidsskrifter på mange forskellige måder spredte tvivl og forvirring om forskningsresultater, der ud fra gængse videnskabelige kriterier var valide, og man etablerede endda et videnskabeligt selskab med eget tidsskrift.²⁷⁶ Industrien infiltrerede også WHO blandt andet gennem skjult honorering af højtplacerede WHO-medarbejdere, hvilket frem-

gik af en WHO-rapport med den sigende titel: "Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at WHO".²⁷⁷ Et absurd højdepunkt blev nået i 1994, hvor direktørerne for de syv største tobaksfirmaer ved en høring i kongressen i ramme alvor hævdede, at cigaretter ikke var afhængighedsskabende eller sundhedsfarlige.²⁷⁸

Allerede i 1989 udarbejdede Philip Morris en omfattende kommunikationsstrategi for at imødegå regulering af passiv rygning.²⁷⁹ Hovedbudskaberne fremgår af nedenstående collage



Uddrag fra Philip Morris' kommunikationsstrategi, 1989

I Danmark udsendte 16 sundhedsfaglige organisationer, herunder en række patientforeninger og fagforeninger, i 2005 en hvidbog om passiv rygning, hvor man sammenfattede den internationale viden, pegede på forebyggelsesmuligheder og endelig redegjorde for lovgivning om røgfri miljøer i 21 europæiske lande. Oversigten viste, at Danmark på det tidspunkt var blandt de fire lande, der slet ikke havde nogen lovgivning rettet mod passiv rygning – end ikke inden for sundhedsvæsenet og uddannelsessteder.²⁸⁰

De store patientforeninger – især Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen – pressede særdeles kraftigt på for at få sikret røgfrihed på offentlige og private arbejdspladser, i skoler og på uddannelsessteder.

Der var tydelig opbrud i befolkningens holdninger til rygning og ikke mindst passiv rygning. I medierne udspandt der sig ofte heftige, forbitrede debatter, hvor ord som sundhedsfascisme ikke var fremmede. Det var dog tydeligt, at det kun gik én vej. Trætheden over at blive udsat for cigaretrøg i alle mulige sammenhænge blev kun større og større – og ikke kun blandt ikke-rygerne, og det kunne give sig udtryk i groteske situationer. Ikke-rygerpladser i togene blev for eksempel hurtigt udsolgt. Som ikke-ryger kunne man derfor risikere at være henvist til ledige rygerpladser. Her kunne man så opleve, at rygere kom ind for at ryge, hvis de havde booket ikke-rygerplads for ikke at blive udsat for andres røg. Nu må der slet ikke ryges i togene, og DSB har forbudt udendørs rygning på perronerne siden 2014.

Foreningen Hensynsfulde Rygere – en astroturf

Tobaksindustrien lå ikke på den lade side. Problemer med passiv rygning var en ny udfordring for industrien, fordi det nu ikke længere var muligt at fastholde, at rygning var en privatsag. Philip Morris og Skandinavisk Tobakskompagni finansierede derfor astroturfen Hensynsfulde Rygere – Hen-Ry – i 1987.²⁸¹ En Astroturf – betegnelsen for kunstgræs – foregiver at være en ægte græsrodsbevægelse, men har alene til formål at tjene skjulte kommercielle interesser. Formålet er at påvirke den politiske dagsorden ved at skabe en illusion af offentlig opbakning til en sag.²⁸²

Hen-Ry gjorde alt for at skjule, at organisationen blev finansieret af tobaksindustrien og drevet af det internationale PR-firma Burson-Marsteller, der medietrænede Hen-Rys formand og næstformand, planlagde seminarer, pressefremstød og andre aktiviteter af tilsvarende karakter. PR-firmaet aflagde detaljerede rapporter til Philip Morris om alle foreningens aktiviteter, presseomtaler og så videre. Alt dette fremgår af interne dokumenter fra Philip Morris, som kan ses på www.tobaccoarchives.com.²⁸³ Et særligt scoop var det, at den daværende udenrigsminister Uffe Elleman Jensen lod sig udnævne som æresmedlem af foreningen. Ministeren optrådte endda i marts 1989 i en helsidesannonce i Berlingske Tidende med budskabet om at vise hensyn til hinanden. Detaljer om annoncen blev drøftet på et møde i New York mellem ministeren, en højtstående repræsentant for Philip Morris og formanden for Hen-Ry.²⁸⁴

Hen-Ry overrakte også i 1989 en tolerancepris til SAS, hvis informationschef i den forbindelse udtalte, at masser af flypassagerer røg for at dæmpe deres flyskræk.²⁸⁵ I marts 1993 indførte SAS et foreløbigt rygeforbud på alle flyrejser under 2½ times varighed. Hen-Ry protesterede voldsomt, og da SAS var bange for kundernes reaktioner, blev forbuddet trukket tilbage.²⁸⁶ Få år senere gennemførte SAS – flyskræk eller ej – totalt rygeforbud på alle selskabets flyafgange. Det var mere end 15 år efter, at de amerikanske flyselskaber havde indført rygeforbud ombord på deres fly. Hen-Ry protesterede igen, organiserede en brevstorm af utilfredse kunder og beskyldte SAS for at være dobbelt-moralsk, fordi kunderne kunne købe cigaretter ombord. Via sin lobby ville man rejse sagen over for EU.²⁸⁷

Hen-Rys næstformand var lægen Tage Voss, der blev brugt flittigt i offentlige debatter, og som ihærdigt udnyttede sin lægelige autoritet til at fornægte eller bagatellisere enhver sundhedsfare ved passiv rygning. På den måde kunne foreningen ”afbalancere” eller rettere forplumre den offentlige debat om problemet. Voss blev også brugt som underskriver af breve til videnskabelige tidsskrifter og endda til WHO’s generaldirektør, der rejste tvivl om sundhedsfarer ved passiv rygning. Brevene var forfattet af tobaksindustrien, men fremsendt af

Voss på vegne af en ”græsrodsbevægelse”.²⁸⁸ Tage Voss modtog i årevis månedlig betaling for sin indsats fra Philip Morris.²⁸⁹ I et brev til selskabet pegede Voss på, hvorledes penge kunne udbetales til hans sagfører, således at relationen til Philip Morris ikke kunne afsløres.²⁹⁰

I 2000 afslørede Jyllandsposten Hen-Rys relationer til tobaksindustrien, og det kom blandt andet frem, at tobaksindustrien i Danmark betalte Hen-Ry for at skrive og udsende en såkaldt Guide til Arbejdsmarkedet om rygning på arbejdspladserne. Den blev sendt ud til store arbejdspladser, amter og kommuner – forordet var skrevet af den daværende arbejdsminister.²⁹¹

Staten: fra passivitet til lovgivning

1990’erne og 00’erne blev lovgivningens årtier på rygeområdet og dermed et brud på det politiske mantra om at basere forebyggelse på oplysning og frivillige aftaler – drevet af en offentlig opinion, aktive patientforeninger og Middellevetidsudvalgets arbejde. Det var den ny viden om passiv rygning, der gav gennembruddet. Det var ikke længere muligt at fastholde, at rygning var en privatsag, som staten ikke skulle lovgive om. Med passiv rygning blev rygning et kollektivt anliggende. Hertil kom så yderligere to andre forhold, der skubbede i samme retning.

EU arbejdede aktivt med tobaksforebyggelse og vedtog en række direktiver, som Danmark var forpligtet til at omsætte til lovgivning. I 1989 publicerede Statens Institut for Folkesundhed (dengang DIKE) en rapport om udviklingen i sundhedstilstanden i 80’erne.²⁹² Analysen viste, at udviklingen var overraskende dårlig. Tilvæksten i middellevetid var bedre i alle andre lande i Nord-, Syd- og Vesteuropa end i Danmark. Kun enkelte østeuropæiske lande havde en dårligere udvikling. Det gjaldt både for mænd og kvinder. En påfaldende kraftig stigning i danske kvinders dødelighed på grund af lungekræft var i særlig grad alarmerende.

Rapporten blev genstand for omfattende omtale i sundhedsfaglige miljøer og i offentligheden, hvilket resulterede i, at regeringen nedsatte Middellevetidsudvalget, der havde til opgave at analysere udviklingen

i befolkningens sundhedstilstand. I udvalgets mange rapporter blev rygningens afgørende betydning for sundheden slået fast igen og igen, og de udbredte rygevaner blandt danske kvinder var en helt afgørende årsag til Danmarks dårlige placering i international sammenhæng, når det gjaldt middellevetid. Danmark var på blot 20 år – fra 1970 til 1990 – raslet ned ad OECD's rangstige over middellevetiden i medlemslandene. Danske kvinder faldt fra nummer otte til nummer 21. Mændene faldt fra nummer fem til nummer 18.²⁹³

Middellevetidsudvalget fik betydelig gennemslag i offentligheden og blandt politikerne. Det viste sig specielt i forhold til behandling af hjertekarsygdomme og kræft, hvor der i de efterfølgende år blev udarbejdet hjertepakker og kræftpakker. Paradoksalt nok fik udvalget ikke samme gennemslag inden for forebyggelse, endsige tobaksforebyggelsen.

I perioden fra 1995 til 2012 gennemførtes en række love, der var rettet mod rygning og passiv rygning. Der udspandt sig meget ofte heftige politiske debatter, og lovene bærer præg af stadige kompromiser mellem hensynet til folkesundheden og et politisk ønske om at regulere så lidt som muligt af hensyn til rygernes personlige frihed. Lovene udsprang som nævnt typisk på baggrund af vedtagelser i EU og WHO, som vi havde forpligtet os til at implementere. Danmark var absolut ikke nogen frontløber i international sammenhæng. De vigtigste love i perioden er følgende:

- 1995: Lov om røgfri miljøer. Loven var rettet mod rygning i første omgang i offentlige lokaler og transportmidler. Loven blev løbende udvidet til andre områder og skærpet i 2000, 2005, 2007 og 2012.
- 2001: Forbud mod tobaksreklame og tobakssponsorering af sportsbegivenheder, koncerter og så videre.
- 2002: Cigaretpakker skulle indeholde oplysninger om cigaretternes tjære-, nikotin- og kulilteindhold, og sundhedsministeren blev bemyndiget til at fastsætte grænseværdier for disse stoffer.

- 2003: Alle tobaksvarepakker skulle forsynes med større advarsler om, at rygning kan dræbe, og at rygning er yderst skadelig for rygeren og vedkommendes omgivelser. Samtidig blev det forbudt at bruge betegnelserne *mild* og *light*. I 2012 blev det påbudt at have billeder med skader på cigaretpakkerne.
- 2004: Forbud mod salg af tobak til personer under 16 år. I 2008 blev aldersgrænsen hævet til 18 år. Danmark var i 2004 et af de sidste lande i Europa til at indføre aldersgrænser. Loven blev vedtaget på baggrund af, at Danmark skulle ratificere WHO's konvention om tobakskontrol sammen med resten af EU.

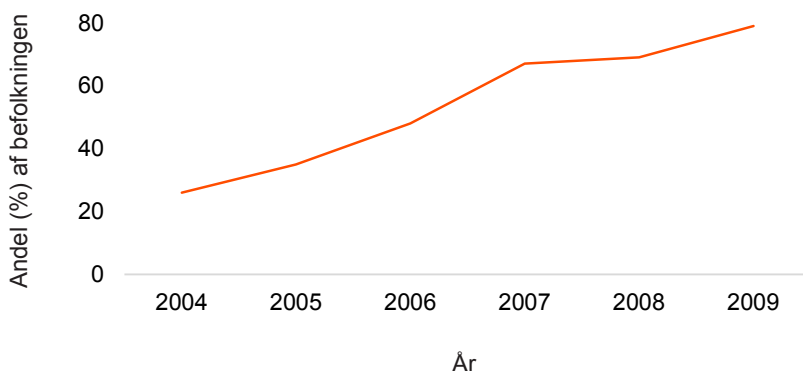
Lovgivning om røgfri miljøer var en stor succes

Lovgivningen om røgfrihed – og ikke mindst den megen debat i forbindelse med loven – medførte på få år et dramatisk fald i befolkningens udsættelse for passiv rygning på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner. I 2004 var 27 % dagligt udsat for passiv rygning på deres arbejdsplads eller uddannelsesinstitution. I 2009 var det kun 5 %. Andelen, der havde totalt forbud mod indendørs rygning, var allerede stigende før lovens gennemførelse. Loven skubbede yderligere på denne udvikling, og fra 2007 til 2009 steg denne andel fra 48 % til 67 %.

Der skete fra 2006 til 2007 et markant fald i udsættelsen for passiv rygning på værtshuse, restauranter og caféer. Det samme gjaldt i mindre grad for indkøbscentre, tog og hospitaler, hvor faldet var størst mellem 2005 og 2006.

Evalueringen af lovgivningen viste desuden stigende opbakning til loven i befolkningen og utilfredshed med lovens undtagelsesbestemmelser om rygning på enkeltmandskontorer, rygekabiner og så videre. Et meget omdiskuteret område var rygeforbuddet i restauranter, på caféer og så videre. Også her var der udbredt tilfredshed med loven, og bekymringer om, at loven ville medføre økonomisk ruin for ejerne, viste sig at være helt grundløse.

Andel, der oplyser, at der er total rygeforbud på deres arbejdsplads eller uddannelsesinstitution ²⁹⁴



Det var ikke kun på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner, at røgfriheden indfandt sig. Også i hjemmene skete der hurtige og markante ændringer. Fra 2010 til 2015 steg andelen, der havde et røgfrit hjem, fra 59 % til 75 %. Stigningen var mest markant blandt de yngre aldersgrupper. 95 % af rygerne undlod at ryge indendørs, når de var på besøg i et ikke-rygerhjem. 89 % af voksne med hjemmeboende børn havde et røgfrit hjem.²⁹⁵

Tankevækkende er det også, at lovgivningen om røgfrihed også blev udbredt til væresteder og herberger for socialt udsatte, hvoraf næsten 90 % var dagligrygere i 2007.²⁹⁶ Selvfølgelig var der i starten modstand mod indendørs rygeforbud fra brugere og også blandt mange medarbejdere, der var rygere, men bølgerne lagde sig sædvanligvis hurtigt. Et eksempel var Borgercaféen i Haderslev:

”Hele stedet har ændret sig. Før skete der ingenting. Nu har vi mange aktiviteter, vi har kreativ aften om onsdagen, vi spiller musik, maler, ser håndbold og fodbold sammen. Om torsdagen tager vi på tur i naturen, og hver mandag efter rygestopkurset går vi i svømmehallen. Vi har flyttet os. Før røg man bare hele tiden og konstant. Vi havde aldrig tænkt over, at det kunne være anderledes.”²⁹⁷

Rygning blandt børn og unge faldt også

”Rygning i skoletiden ligger mange elever på sinde. Vi synes, at alle over den skolepligtige alder, det vil sige fra 8. klasse og op-efter, selv må afgøre, om de vil ryge eller ej. Elever under dette klassetrin skal have tilladelse fra forældre, men det behøver jo ikke være ensbetydende med, at de absolut skal ryge, kun at de kan gøre det, uden at der sker noget, hvis de en dag får lyst til det”.²⁹⁸

Interview med fem elever fra Nørrevold Skole

Fra 1950 til 1990 havde tobaksforebyggelsen helt overvejende fokus på at forebygge, at børn og unge begyndte at ryge. I 1960’erne blev der gennemført kampagner i skolerne, og tobaksbranchen afstod fra at markedsføre cigaretter direkte over for børn og unge.

Rygning blandt børn var særdeles udbredt. I sidste halvdel af 1950’erne røg 80 % af drengene i 6.-7. klasse og cirka halvdelen af pigerne. Det var næsten helt udelukkende cigaretter for pigernes vedkommende, og på den måde blev det cigaretterne, der gjorde pigerne til rygere. Der blev røget af forældrene i 90 % af børnenes hjem.²⁹⁹

En undersøgelse fra 1959 viste, at næsten 40 % af drengene og 10 % af pigerne begyndte at ryge allerede i niårsalderen.³⁰⁰

I 1963 røg 45 % af mandlige og 37 % af kvindelige 18-årige gymnasieelever.³⁰¹ Langt de fleste drenge begyndte at ryge i 14-, 15- og 16-årsalderen. Pigerne startede cirka et år efter drengene. De fleste drenge røg pibe, hvorimod pigerne næsten udelukkende røg cigaretter. Langt de fleste cigaretrygere inhalerede i varierende omfang. Forældrenes rygevaner slog klart igennem hos børnene.

Et interessant fund var en sammenligning mellem skoler med og uden totalt rygeforbud. Hvor der var rygeforbud, var der færre, der røg, og flere, der holdt op med at ryge. I øvrigt var de dominerende årsager til, at nogle elever droppede rygningen, kombinationen af sygdomsfrygt og høje tobakspriser, og konklusionen var, at ”ethvert effektivt fremstød mod rygning blandt skoleelever må være en kombinati-

on af prisforhøjelse og oplysning om sundhedsfarer ved rygning. Efter tallene at dømme har sundhedspropaganda drevet efter de nuværende principper kun yderst begrænset effekt”.³⁰²

Først fra 1984 kom der tilbagevendende, ensartede rygeundersøgelser blandt skoleelever, og de viser, at omkring 20 % og 15 % af de 15-årige drenge og piger var dagligrygere frem til 1998, hvorefter andelen faldt til cirka 5 % for begge køn i 2014.³⁰³

Dette fald, som må betegnes som en virkelig succes, hang selvfølgelig sammen med de ændrede holdninger i befolkningen til rygning og den aktive statslige lovgivning mod passiv rygning og forbud mod rygning. En vigtig drivkraft bag begge faktorer har været patientforeningerne og Tobaksskaderådets lange række af indsatser. Her skal bare nævnes kampagnen fra 1992-1995, ”Når pædagogikken ryger”, der havde til formål at få landets skoler til at diskutere rygning og til at indføre en tidssvarende rygepolitik. Bag kampagnen stod Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Tobaksskaderådet. Kampagnen førte til omfattende debat på skolerne, og næsten 80 % af skolerne nedskrev deres rygeregler. Fra 1997 til 2003 steg andelen blandt gymnasier og hf, hvor der blev indført rygeforbud indendørs og udendørs, fra 5 % til 57 %. På erhvervsskolerne steg den samme andel fra 0 % til 44 %.³⁰⁴

Først i 2000 blev elevernes rygning i folkeskolen forbudt ved lov.³⁰⁵ I 2012 kom turen til gymnasier og hf med rygeforbud for eleverne.³⁰⁶ Forbuddet gælder dog fortsat ikke for erhvervsskolerne på trods af, at 37 % af eleverne på erhvervsskolerne er dagligrygere mod 12 % af gymnasieeleverne.

Tilbage står under alle omstændigheder, at det faktisk lykkedes at nedbringe andelen af dagligrygere blandt børn og unge betragteligt, hvilket må anses som en klar succes.

De gyldne år i dansk forebyggelse

1990’erne og 00’erne skulle blive de årtier, hvor befolkningens holdninger til rygning virkelig ændrede sig, og hvor staten brød med den hidtidige linje om ikke at lovgive på rygeområdet. Lovgivningen var

på ingen måde startskuddet, men snarere en sen formalisering af en igangværende udvikling.

De to årtier blev i det hele taget en periode, hvor der politisk var meget fokus på forebyggelse. Nye regeringer – både fra rød og blå blok – udarbejdede relativt omfattende forebyggelsesprogrammer, hvor rygning altid var en vigtig del, og der blev afsat midler i offentlige budgetter til forebyggelse. I forbindelse med kommunalreformen blev forebyggelse en kommunal opgave, hvilket førte til en markant opprioritering af det lokale forebyggende arbejde, som blandt andet omfattede rygestoptilbud over hele landet. Siden 2009 har de fem regioner gennemført standardiserede sundhedsprofilundersøgelser af borgerne i alle landets kommuner, hvilket har gjort det muligt at sammenligne på tværs af kommunerne og følge udviklingen over tid. Folkesundhedsarbejdet blev professionaliseret gennem nye universitetsuddannelser i folkesundhed.

Denne fase sluttede i 2011 med en national rygestopkampagne, ”Hver eneste cigaret skader dig”, som i dansk sammenhæng var nyskabende ved sin meget direkte form med billeder af ødelagte organer som lunger, hjerne, øjne og blodårer. Kampagnekonceptet var udviklet i Australien og blandt andet også brugt i Norge. Kampagnen var en bemærkelsesværdig succes. Den blev bemærket af omkring 80 % af rygerne, og over 10 % blev direkte motiveret til at prøve at stoppe med at ryge. Kampagnen udløste betydelig stigning i efterspørgsel efter forskellige rygestoptilbud – eksempelvis i form af en mangedobling af henvendelser til telefonrådgivningen Stoplinien, en stigning i køb af lægemidler mod nikotinafhængighed og i søgningen til kommunale rygestoptilbud. På trods af disse tydelige effekter har man ikke fortsat med denne type kampagner på nationalt plan.³⁰⁷

Med til historien hører imidlertid også, at priserne på cigaretter var blevet stadig relativt billigere siden 1986, og at man bevidst afstod fra at bruge afgiftsforhøjelse på cigaretter som et effektivt værktøj i forebyggelse. Skatteministeriet kunne i en analyse konstatere, at hvis inflationen ikke siden 1986 havde udhulet cigaretafgiften, skulle prisen i 2000 for en pakke med 20 styks være 41,30 kr. og ikke 32 kr. Produ-

centprisen uden afgift var i samme periode steget med over 100 %, og Skatteministeriet konkluderede, at "der har således været en unormal stor stigning i tobaksfabrikanternes overskud i Danmark.³⁰⁸

Afgiften blev yderligere sænket i 2003, da 24-timersreglen blev afskaffet, for at undgå øget grænsehandel. I årene herefter er afgifterne blevet reguleret alene ud fra et hensyn til at holde grænsehandel og smugling på et lavt niveau.

Forebyggelseskommissionen, som blev nedsat i 2008, foreslog en fordobling af afgiften i 2009, således at en pakke med 20 styks ville koste cirka 50 kr. En sådan prisforhøjelse kunne efter kommissionens skøn reducere forbruget med 8 % og på lang sigt at øge danskernes middellevetid med godt tre måneder. Afgiftsforhøjelse ville især påvirke de mange rygere i lavindkomstgrupperne og afholde mange børn og unge fra at begynde at ryge. Kommissionen skønnede endvidere, at provenuet ved en fordobling af afgifterne ville give staten yderligere 700 millioner kr., når der vel at mærke var taget hensyn til den uundgåelige stigning i grænsehandelen.³⁰⁹ På trods af denne overbevisende argumentation blev forslaget om afgiftsforhøjelse pure afvist af politikerne. Generel politisk uvilje mod at øge afgifter kombineret med hensynet til at holde grænsehandel og smugling i skak har siden fejet hensynet til folkesundheden fuldstændig af banen.

Tredje fase 2010 og frem: stagnation eller på vej mod slutspillet?

Det er måske mest i lufthavne, at rygningens paradoks udstilles. I den "toldfri" afdeling ligger cigaretkartoner i store stabler. De er i lækre farver, men cigaretpakkerne er påtrykt særdeles ubehagelige billeder af kræftknuder, tjærefyldte lunger eller måske et sørgende forældrepar, der grædende læner sig ind over en barnekiste. Med store bogstaver står der på hver pakke tekster som: "Rygning kan slå dit ufødte barn ihjel", "Rygning dræber, stop nu", og "Tobaksrøg indeholder over 70 kræftfremkaldende stoffer". Alligevel går salget tilsyneladende fint. Det samme ville nok ikke være tilfældet i parfumeriaafdelingen, hvis

kræftfremkaldende cremer skulle sælges på samme måde. Rundt om i lufthavnen er der aflukkede lokaler og små glasmontrer med udsugning. Her står rygerne, tætpakket og til offentligt skue. Ved bagageudleveringen kan der være pres på disse rygereservater, fordi nikotinabstinenserne er særlig uudholdelige efter en lang røgfri flyrejse. Og ombord får rygerne ovenikøbet at vide, at der på toiletterne er opsat detektorer – eller er det sprinklere? – der afslører, hvis nogen ryger. Af sikkerhedsgrunde er der alligevel et askebæger på flytoiletet, sådan at en ulovlig cigaret kan skoddes forsvarligt og ikke smides i papirkurven med katastrofale følger.

*Cigaretter
på paller i
Københavns
Lufthavn*



Det er ikke nemt at være flyrejsende, hvis man er ryger. Og det kan være svært at forstå, hvorfor rygerne udsætter sig selv for alt dette, men det handler i al sin enkelthed om afhængighed. I virkeligheden er lufthavnen et smukt udtryk for den tredje fase i tobaksepidemien. Der er gennemført en lang række begrænsninger og reguleringer. Cigaretterne er ikke længere toldfri – i hvert fald ikke inden for EU. Den passive rygning er helt væk. Det samme gælder reklamerne, og særdeles pågående oplysninger om sundhedsfarer er trykt på hver eneste pakke. Alligevel er der fortsat salg i cigaretterne. Med rette kan man

stille det enkle spørgsmål: hvorfor forbyder man ikke bare cigaretterne, når man gør så meget for at forhindre folk i at ryge?

Selv tobaksindustrien synes at have tilpasset sig de nye tider. Væk er fortidens fornægtelser, manipulationer og fortielser. På den danske brancheorganisation Tobaksproducenternes hjemmeside kan man læse:

”Rygning er sundhedsskadeligt. Rygning er vanedannende. Det står over enhver tvivl. Med rygning følger en sundhedsmæssig risiko, og derfor mener Tobaksproducenterne, at rygning er forbeholdt voksne, der kender og forstår de risici, der er forbundet med rygning.

Tobaksproducenterne mener samtidig, at det er en fundamental ret, at voksne mennesker kan bestemme over deres eget liv. Bestemme over hvordan de indretter deres tilværelse. Voksne borgere skal på et frit og oplyst grundlag kunne anvende nydelsesprodukter – også selv om de er usunde”.³¹⁰

Tavlen er tilsyneladende vasket ren. Skanse for skanse er faldet, og det er tydeligt, at branchen nu frygter et egentlig forbud mod at ryge eller – med branchens mere florumvundne ord – retten til at ”anvende nydelsesprodukter – også selvom de er usunde”.

Siden 2011 har andelen af dagligrygere ligget konstant på 15-17 %. Tidligere årtiers vedvarende fald i rygningen fra år til år er tilsyneladende stoppet. Stagnationen er ikke kun et dansk fænomen. Det politiske momentum fra 1990’erne og 00’erne er væk.

Meget tyder på, at der skal tages nye og mere drastiske metoder i brug, hvis rygningen skal reduceres væsentligt i de kommende år.

I den internationale debat – ikke mindst inden for WHO – taler man i stigende grad om et slutspil eller *end game*, hvor målet er inden for et givet år at nå ned på 0-5 % rygere.³¹¹⁻³¹³ Flere lande har således sat en tidsfrist for at nå målet: Irland, Sverige og New Zealand (2025), Finland (2030), Skotland (2034) og Rumænien (2035).

I Danmark har regeringen i 2017 opstillet en målsætning om, at ingen under 18 år ryger i 2030. Målsætningen er imidlertid ikke fulgt op med handlingsplaner, der kan sandsynliggøre, at man kan nå målet. End ikke et forbud mod rygning på erhvervsskolerne, hvor uforholdsvist mange elever ryger eller snarere lærer hinanden at ryge, kunne man enes om i forbindelse med Kræftpakke IV i 2017. Man vil satse på oplysning og information og et samarbejde med erhvervslivet om at få overholdt forbuddet mod at sælge tobak til unge under 18 år. Ingen af disse initiativer er nye, og de har i praksis vist, at de er helt utilstrækkelige, hvis målet er en røgfri ungdom i 2030.

Forslagene i den internationale debat om slutspillet er kontroversielle. Det mest vidtgående er en gradvis udfasning af produktion og salg af tobak med endemålet totalt forbud. Blandt de mindre vidtgående forslag kan nævnes forbud mod at besidde tobak hos alle født efter 2000, reduktion af nikotinindholdet, så rygerne ikke bliver afhængige, forøgelse af PH-værdien i røgen, sådan at man ikke kan inhalere, markant forøget beskatning, begrænset antal udsalgssteder af tobak, eksempelvis apoteker eller statslige udsalgssteder á la det svenske spritbolag og nationalisering af tobaksindustrien for at fjerne profitmotivet.³⁴ Disse indsatser må selvfølgelig understøttes af oplysning og kampagner samt udbygget gratis hjælp til rygestop i et helt andet omfang end hidtil for at understøtte indgrebenes legitimitet.

Er der opbakning i befolkningen til så drastiske skridt?

En omfattende undersøgelse fra alle Region Hovedstadens kommuner i 2013 viste, at 31 % bakkede op om et totalt rygeforbud inden for de næste 10-30 år, og 60 % støttede øget beskatning. Opbakningen til forbud var særlig stor blandt de yngre aldersgrupper, så man må forvente med tiden, at opbakningen til et forbud kan vokse. Selv blandt dagligrygerne var der 20 %, der gik ind for et forbud og forøgelse af skatterne. Blandt rygere, der ønskede at holde op med at ryge, var tilslutningen til forbud og højere beskatning, markant større i forhold til rygere, der ikke havde ønske om at droppe tobakken. Det kan tolkes

som et udtryk for, at disse rygere opfattede forbud og øget beskatning som en hjælp på vejen til at droppe tobakken.³⁵

I international sammenhæng har opbakningen i Danmark til forbud og højere beskatning været betydeligt mindre end i mange andre lande, hvilket afspejler, at Danmark sædvanligvis har været i bagkolonnen med hensyn til forebyggelse på tobaksområdet.

En generel erfaring på tobaksområdet har i øvrigt været, at holdningsskift i befolkningen og restriktiv lovgivning har spillet sammen i vekselvirkning. Lovgivning er ofte mødt med modstand for efterfølgende at vinde stadig større opbakning. I dag er der næppe nogen, der eksempelvis ønsker lovgivningen om røgfrihed eller forbud mod tobaksreklamer rullet tilbage. Meget tyder endda på, at stram regulering kan give blod på tanden til endnu mere regulering.³⁶ Sådan vil det formodentlig også gå med slutspillet om rygning, således at fremtidige generationer vil tænke tilbage på epoken med tobaksepidemien, som vi i dag tænker tilbage på fortidens epidemier som tuberkulose eller kolera – fortidens sygdomme, der tilhørte bestemte epoker i vores historie.

Hvad står tilbage?

Forebyggelse af tobaksepidemien er både en sundhedskatastrofe og en forebyggelsessucces. Den er en sundhedskatastrofe på grund af epidemiens voldsomme konsekvenser for folkesundheden gennem mere end et halvt århundrede, men den må også betegnes som en succes, da det trods alt er lykkedes langsomt at reducere rygningen i befolkningen og dermed også de helbredsmæssige følger først for mændene og senere for kvinderne. Det er trods alt kun omkring 15 % af befolkningen, der ryger, mod 60 % i begyndelsen af 1950'erne, og gradvist ser vi, at forekomsten af lungekræft, hjertesygdomme og andre tobaksrelaterede sygdomme er faldende.

Det usædvanlige ved dette langstrakte forløb har været den meget indædte modstand mod at gøre noget ved rygningen på trods af pro-

blemets overvældende omfang. Denne modstand har først og fremmest været båret af tobaksindustriens økonomiske interesser, kombineret med rygernes nikotinafhængighed og politisk berøringsangst.

Industriens helt store udfordring har været, at de sundhedsmæssige følger af både rygning og passiv rygning har været entydigt negative, og at der ikke er nogen sikker nedre grænse for, hvor lidt man kan ryge eller udsætte andre for røg uden at skade helbredet. Der findes ingen "ansvarlig" rygning. Forebyggelse af tobaksrygning handler derfor om helt at eliminere rygning og dermed også fjerne tobaksindustriens eksistensgrundlag. Dette er i modsætning til alkohol, hvor det er muligt at afgrænse et sundhedsmæssigt forsvarligt forbrug og dermed også levne plads til bryggerier, vin- og spiritusproducenter.

I betragtning af hvor veldokumenteret rygningens helbredsmæssige følger har været gennem årtier, er det tankevækkende, hvor effektiv tobaksindustrien har været til at forhale forebyggelse. Det gælder både i forhold til forskningsinstitutioner, der har modtaget omfattende bevillinger fra industrien, specielt i USA, den politiske verden, hvor der er udfoldet omfattende lobbyvirksomhed, også i Danmark, en lægestand og et sundhedsvæsen, der har været meget længe om at rådgive patienterne og tilbyde rygestopkurser. Sidst, men ikke mindst gælder det også i forhold til rygerne selv og befolkningen i det hele taget, der gennem årtier har været meget sene til at tage advarsler om rygning alvorligt – og det på trods af, at rigtig mange har oplevet store personlige tab i forbindelse med alvorlig sygdom, invaliditet og tragiske dødsfald blandt rygere i deres nærmeste omgangskreds.

Tobaksepidemien er kroneksemplet på, at overvældende og evident viden og et indlysende behov for forebyggelse ikke i sig selv fører til handling.

Og hvad med tobaksindustrien? Historien er tilsyneladende ved at gentage sig selv. Alle de store firmaer er i fuld gang med at udvikle "sunde" cigaretter i form af e-cigaretter og andre røgfri tobaksprodukter, som skal berolige rygerne og gradvist erstatte de rigtige cigaretter. Philip Morris offentliggjorde endda i 2017 et såkaldt manifest – *Designing a smoke-free future* – hvor man erklærede, at selskabet

havde truffet en dramatisk og ambitiøs beslutning om, at man fremover udelukkende ville satse på røgfri tobak. Rygerne skulle have et mindre farligt alternativ til cigaretterne, og som det ærligt fremhæves i manifestet, så havde successen med at producere cigaretter givet Philip Morris de fornødne ressourcer til at udvikle de nye produkter.³¹⁷

Langtidsvirkningerne af røgfri cigaretter er af gode grunde ukendte. Læren fra 70-80 år med tobaksepidemien er imidlertid entydig: lad være med at inhalere noget, der indeholder et utal af mere eller mindre kendte kemiske forbindelser. Og stol ikke på tobaksindustrien.

REFLEKSIONER OVER FOREBYGGELSE

“Det er bedre at være rask end syg eller død. Dette er det eneste virkelige argument for forebyggelse. Og det er tilstrækkeligt”.³¹⁸

Geoffrey Rose, 1992

Hver historisk epoke har sine sygdomme og sit fokus på forebyggelse. I 1800-tallet drejede det sig om at bekæmpe infektionssygdomme. I vor tid er fokus på forebyggelse af de store kroniske folkesygdomme som kræft, diabetes, hjertekarsygdomme og lungesygdomme. Forebyggelsesmetoderne er forskellige, men udfordringerne er på mange måder de samme.

Forebyggelse handler om at gennemføre forandringer, og forandringer i samfundet mødes sædvanligvis med uenighed og undertiden åben modstand. Uenigheden kan være helt grundlæggende og dreje sig om, hvorvidt der overhovedet er behov for forebyggelse, og om det i givet fald er en offentlig opgave, eller om ansvaret alene påhviler den enkelte borger. Uenigheden går også typisk på, hvilke forebyggelsesmetoder der er politisk acceptable, effektive og etisk forsvarlige.

De fem cases i denne bog illustrerer på hver deres måde, hvorledes denne uenighed konkret har udfoldet sig, og hvilke konsekvenser uenigheden har ført med sig. Casene åbner op for at lære af historien og reflektere over nogle af de vigtige dilemmaer, vi står overfor i vor tids forebyggelse.

Hvornår er der evidens for forebyggelse?

Effektiv forebyggelse forudsætter viden om risikofaktorer og årsagskæder, der fører til sygdom og ulykker. Vi behøver ikke at kende hver eneste led i årsagskæden, men vi skal vide nok til at kunne bryde kæden et eller andet sted. Det er forebyggelsen af vuggedød et godt eksempel på. Vi kender ikke de nærmere fysiologiske mekanismer, der fører til dødsfaldene, men det er også ligegyldigt, da det er tiltrækkeligt at ændre sovestillingen.

Inden for sundhedssektoren sværger vi til det kontrollerede eksperiment, når vi skal vurdere en ny behandling eller medicin. Kun det kontrollerede eksperiment kan give os håndfast dokumentation for, om en behandling gavner, og et solidt udgangspunkt for at veje gevinster, bivirkninger og omkostninger op mod hinanden.

Når det gælder forebyggelse, er vi vanskeligere stillet, når det gælder skudsikker evidens. Det kontrollerede eksperiment lader sig me-

get sjældent gennemføre i praksis. Vi kan ikke bare opdele befolkningsgrupper eller lande i interventionsgrupper og kontrolgrupper, vi har sjældent magt til at udsætte dem for en bestemt type forebyggelse – for eksempel en afgiftsforhøjelse, en informationskampagne eller et forbud – og vi kan slet ikke kontrollere, at andre faktorer i forsøgsperioden ikke spiller ind og ”forplumrer” forsøget. I stedet er vi henvist til studier, der er behæftet med større usikkerhed end det kontrollerede eksperiment. Det kan være casestudier, forskellige typer af epidemiologiske undersøgelser, historiske analyser af naturlige eksperimenter og lignende. Sådanne studier vil altid være forbundet med usikkerhed, og resultaterne kan være svære at generalisere eller overføre til andre forhold og tider. Det er ganske enkelt vanskeligt at give meget definitive svar på spørgsmål om, hvorvidt en given forebyggelsesindsats virker efter hensigten, og i givet fald hvor stor effekten vil være i virkelighedens verden.

Denne usikkerhed må under ingen omstændigheder tages til indtægt for, at vi slet ikke ved noget om effektiv forebyggelse, at alle synspunkter og vurderinger kan være lige gode, eller at man kan tillade sig at mene hvad som helst om, hvilken forebyggelse der virker.

Udfordringen er særlig stor, når den videnskabelige evidens for forebyggelse skal omsættes til praksis og bliver mødt med modstand fra veletablerede politiske og økonomiske interesser.

De fem cases illustrerer hver på deres måde, at evidens på ingen måde er en given størrelse, og at der ofte er uenighed om, hvornår der foreligger tilstrækkelig evidens til at forebygge.

I nogle tilfælde er skadevirkningerne ved en risikofaktor så omfattende, at behovet for forebyggelse er åbenlyst. Det gjaldt for eksempel det store alkoholforbrug op til første verdenskrig. Uenigheden – som den blandt andet kom til udtryk i den 1. og 2. ædrulighedskommission – gik ikke på, om man skulle gøre noget, men hvad man skulle gøre. Den uventede afgiftsforhøjelse i 1917 eliminerede stort set forbruget af brændevin med helt åbenlyse positive resultater – endda så positive, at der var bred enighed om at fastholde det høje afgiftsniveau efter krigen. Virkeligheden havde talt.

Situationen var en helt anden i forbindelse med kampen om rent vand og kloakering i København. Det tog årtier at få løst de omfattende problemer, selvom der forelå ganske overbevisende studier fra blandt andet England, der viste, at mangelfuld kloakering øgede dødeligheden specielt i den fattige del af befolkningen. Modstandere tillagde ikke denne dokumentation nogen betydning og fandt ikke, at man kunne godtgøre sammenhænge mellem dødeligheden og de sanitære forhold. Magten fejede med andre ord den foreliggende evidens af bordet.

Casen med forebyggelse af tobaksepidemien er nok det mest illustrative eksempel på, hvorledes der kan udvikle sig konflikter om evidens. Allerede i sidste halvdel af 1950'erne var der bred konsensus i toneangivende forskerkredse om, at cigaretter var kræftfremkaldende. Alligevel gik tobaksindustrien til angreb med modkampagner, mistænkeliggørelse af foreliggende videnskabelige undersøgelser, modundersøgelser, misinformation og forhalede på alle måder forebyggende indsatser. Ved at fornægte sammenhængen mellem rygning og kræft afviste man samtidig behovet for forebyggelse. Det var derfor nødvendigt – efter pres fra patientforeninger og læger – at der i 1960'erne blev udarbejdet en række uafhængige rapporter af de nationale sundhedsstyrelser eller lægefaglige selskaber, der blåstemplede evidensen på området. Og hele denne kamp om evidens blev endda genopført i næsten voldsommere udgaver i 1980'erne og 1990'erne, hvor fokus kom på den passive udsættelse for røg.

Endelig er forebyggelse af færdselsulykker en spændende undtagelse. Også her var der langt op i 1970'erne kamp om, hvorvidt man ved lov skulle indføre generelle hastighedsgrænser, tvungen brug af sikkerhedsseler og faste promillegrænser. Foreliggende internationale erfaringer og forskning blev typisk afvist eller helt negligeret af modstanderne. Først med oliekrisen kom der for alvor skred i trafikforebyggelsen. Følgerne af de midlertidige hastighedsgrænser i form af færre ulykker og trafikdræbte var så overbevisende, at enhver tanke om at rulle lovgivningen tilbage måtte opgives, selv af de mest ihærdige modstandere. Virkeligheden talte igen sit klare sprog.

Særlig interessant er det videre forløb med nedsættelse af den permanente Færdselssikkerhedskommission, der systematisk inddrager trafiksikkerhedsforskning, herunder evalueringer af ny lovgivning og løbende monitorering af trafikulykkerne i sit arbejde. På den måde er der skabt en organisatorisk ramme for det trafikpolitiske arbejde, hvilket gør det vanskeligere – men slet ikke umuligt – at fremsætte forslag om eksempelvis at sætte hastighedsgrænserne op på motorvejene uden at forholde sig til den foreliggende viden om, at hastighed dræber. Trafikforebyggelsen og Færdselssikkerhedskommissionen kan derfor betragtes som en rollemodel for forebyggelse af komplekse sundhedsproblemer, der kræver et langsigtet perspektiv, og hvor hensynet til evidens så at sige er forankret i kommissionen.

Fastlåste positioner og gamechangere i forebyggelsen

Evidens omsættes ikke automatisk til praktisk forebyggelse. Der vil altid være en latenstid fra den første erkendelse af et sygdomsproblem og dets mulige forebyggelse til, at forebyggende tiltag faktisk gennemføres. Længden af latenstiden er først og fremmest betinget af, i hvilket omfang de forebyggende tiltag antaster toneangivende politiske og økonomiske interesser og de givne magtkonstellationer i samfundet. Nogle gange kan latenstiden være meget kort, som det var tilfældet med forebyggelse af vuggedød. Andre gange går det meget langsomt, og kampen bølger frem og tilbage fra skanse til skanse, som det har været tilfældet med forebyggelse af tobaksepidemien og trafikulykker i lange perioder.

I nogle tilfælde skal der "hjælp" til udefra i form af gamechangere, hvis en fastlåst situation skal opløses. Eksempler på sådanne gamechangere er importforbuddet af korn til Danmark under første verdenskrig og oliekrisen i 1974. Koleraepidemien i København i 1853 kan også betragtes som en form for gamechanger, der i hvert fald bidrog til at igangsætte arbejdet med ren vandforsyning og kloakering. Uden disse gamechangere havde det taget meget længere tid at gennemføre de nødvendige forebyggende indsatser. De kuldkastede præmisserne for magtspillet, satte en helt ny dagsorden og gjorde det utænkelige muligt.

Også i vor tid er der brug for gamechangere. Et aktuelt eksempel på en fastlåst situation i Danmark er spørgsmålet om brug af afgifter i forebyggelsen. Danmark indførte som det første land i verden en afgift på fedt i 2011. Allerede i 2013 blev afgiften fjernet efter en endog meget intens lobbyindsats fra erhvervslivet.³¹⁹ Samtidig blev en planlagt forhøjelse af sukerafgiften aflyst. I 2013 fjernede man ovenikøbet afgiften på sodavand og nedsatte alkoholafgiften som et led i en vækstplan, velvidende at Skatteministeriet skønnede, at forbruget af sodavand og alkohol forventedes at stige med henholdsvis 7 % og 1 %.³²⁰

Det er til overflod dokumenteret, blandt andet af Forebyggelseskommissionen, at en reduktion af alkohol, tobak, sukker og fedt vil have stor betydning for folkesundheden. Alligevel har et stort flertal af Folketinget i de seneste ti år blankt afvist at bruge afgiftsforhøjelser som et led i forebyggelse. Hensynet til ønsket om at reducere statslige skatter og afgifter og til at holde grænsehandelen nede vejer ganske enkelt tungere end hensynet til folkesundheden.

Da effektiv forebyggelse i form af afgifter er udelukket, styres forebyggelsen i disse år over i den mere diffuse forebyggelse som sundhedskampagner, individrettede rådgivningstilbud og masser af små kortvarige forebyggelsesprojekter i kommunalt og frivilligt regi eller i partnerskab med erhvervslivet – ofte finansieret af satspuljemidler. Sådanne indsatser får medieomtale og er derfor synbare for offentligheden og viser, at der arbejdes med forebyggelse. På den anden side er effekten meget begrænset, specielt hvis den ”kombineres” med afgiftsnedsættelser fra Folketinget. På den måde kan den bløde type forebyggelse i værste fald bidrage til at sætte spørgsmålstejn ved, om forebyggelse overhovedet nytter.

Rationel forebyggelse må nødvendigvis bygge på principper om, at vi gør det, der virker, og vi undlader at gøre det, der ikke virker. For tiden ser det ud til, at vi gør det modsatte. Vi har brug for en gamechanger i Danmark.

Den personlige frihed og den kollektive forebyggelse

Alle fem cases i denne bog er eksempler på forebyggelse, hvor indsatsene har været rettet mod hele befolkningen, uanset det enkelte individs risiko for at udvikle sygdom. Denne type forebyggelse betegnes ofte masseintervention eller strukturel forebyggelse.

Masseintervention bruges typisk over for de store folkesygdomme, og den kan være særdeles effektiv, selvom langt størstedelen af målgruppen kun har en lille risiko for at blive syge. Her gælder princippet om, at mange bække små gør en stor å. Om sygdomsrisikoen reduceres med 5-10 %, betyder ikke meget for den enkelte, men på befolkningsplan kan det være af afgørende betydning, hvilket Geoffrey Rose har kaldt forebyggelsesparadokset.³²¹ Langt de fleste sygdomstilfælde indtræffer nemlig typisk hos personer med lav risiko.

Netop det forhold, at masseinterventionen er rettet mod alle uanset sygdomsrisiko, er samtidig udfordringen. Hvordan vi end argumenterer, berører masseintervention en masse personer, der har minimal risiko for at blive ramt af den sygdom, det er hensigten at forebygge.

Forebyggelse vil derfor ofte have paternalistiske træk i den forstand, at staten begrænser borgernes handlemuligheder med det formål at gavne dem, og dette sker uden deres direkte accept eller endda mod deres vilje.³²²

I den aktuelle sundhedspolitiske debat italesættes forebyggelse undertiden som et udtryk for sundhedsfascisme, og der er brugt vendinger som "selleri og skrårem". Forebyggelse associeres direkte med diktatur, nazisme og DDR, hvilket ofte er i stærk kontrast til sagernes ret trivielle indhold, som kan handle om, hvorvidt der må ryges på erhvervsskoler, eller anbefalinger om at spise flere grøntsager og frugt.

Ser vi bort fra karakteren af ordvalget i debatten, skal der imidlertid ikke herske tvivl om, at der er tale om et ægte dilemma, og at der altid vil være brug for at afveje hensynet til den personlige frihed i forhold til forebyggelse. Det gælder også de fem cases i denne bog.

Afholdsbevægelsens krav om totalt alkoholforbud er et eksempel på forebyggelse, der ville have været et endog alvorligt indgreb i den enkelte borgers ret til selv at bestemme, hvad man vil drikke.

Hensynet til den personlige frihed har også vejet tungt i flere af de andre cases. Det gælder kloakeringen i København, hvor hensynet til den private ejendomsret og grundejernes dispositionsret over deres grunde i flere årtier vejede tungere end hensynet til befolkningens sundhed.

På tobaksområdet har argumenter om den personlige frihed til at ryge spillet en central rolle, også i forhold til at begrænse passiv rygning. Restriktioner, der begrænsede udsættelsen for passiv rygning, blev mødt med megen modstand fra tobaksindustrien og mange rygere.

Også på færdselsområdet blev der gennem årtier kæmpet for bilisternes ret til selv at vurdere, hvad der var forsvarlig kørsel, når det gjaldt hastighed. Oliekrisen fejede disse argumenter til side – gevinsterne ved hastighedsgrænser var for åbenlyse. At gå imod hastighedsgrænser eller for den sags skyld lovpligtig selebrug eller faste promillegrænser med henvisning til bilisternes autonomi var blevet en håbløs kamp.

Endelig er der forebyggelse af vuggedød, hvor man kunne forvente, at Sundhedsstyrelsens anbefaling til forældre om, at deres spædbørn skulle sove på ryggen, kunne opfattes som en indgriben i forældreansvaret. Sådanne argumenter blev imidlertid aldrig fremført – nok af indlysende grunde. Det er svært at argumentere for, at forældreansvaret også omfatter retten til at bringe sit nyfødte barn i livsfare.

Set i bakspejlet er der formentlig ingen i dag, der af hensyn til den personlige frihed vil kæmpe for at få rullet de forebyggende tiltag, som er nævnt ovenfor, tilbage. Faktisk opleves tiltagene af langt de fleste som naturlige fremskridt, som vi ikke vil undvære og da slet ikke tænker på i det daglige, samtidig med at det er vanskeligt at hævde, at de reelt har indskrænket vores personlige frihed. Faktisk vil de fleste nok hævde det modsatte.

Det er en udfordring, hvis den personlige frihed gøres til en absolut størrelse, og hvis debatten føres på et abstrakt ideologisk plan uden at forholde sig til de faktiske sundhedsproblemer, som skal forebygges, og hvem der kommer til at bære prisen for manglende forebyggelse.

For det første skal vi ikke overdrive omfanget af den personlige frihed. Der er masser af områder, hvor vi ikke har personlig frihed, og hvor vi ikke kan gøre, som vi vil. Personlig frihed bygger på, at vi kan træffe bevidste valg om, hvad vi vil, og at vi faktisk har ressourcer til at føre valgene ud i livet. Det forudsætter indsigt og viden, og her kan den enkelte ikke følge med – for eksempel viden om konsekvenser af tilsætningsstoffer i fødevarer, tobak og kosmetik, sikkerhedskrav til biler og så videre. Her er vi nødt til at fæste lid til en stat, der beskytter os mod markeds kræfter, der markedsfører produkter eller agerer på måder, der kan være sundhedsfarlige. Det er en del af demokratiets vilkår, at flertallet bestemmer. Det gælder også for forebyggelse.

For det andet er sundhed en væsentlig forudsætning for personlig frihed. Det er trods alt bedre at være rask end syg, når det handler om personlig frihed. Sygdom kan begrænse vores handlemuligheder voldsomt – for eksempel ved at føre til tab af arbejde, og afhængighed af alkohol og nikotin styrer manges tilværelse på en måde, der gør al tale om personlig frihed illusorisk. Og mon ikke tidligere tiders generationer ville være dybt taknemmelige over den daglige personlige frihed, der er forbundet med ikke at være kronisk angst for sygdom og for at miste sine børn.

For det tredje kan overdreven hensyn til den personlige frihed skade andre. Der er selvfølgelig principiel enighed om, at hensynet til den personlige frihed ikke gælder, hvis man skader andre. Casene viser imidlertid, at der i praksis tit opstår uenighed om, hvorvidt noget faktisk er farligt for andre – det gælder for eksempel passiv rygning og promillekørsel, hvor argumenter om hensynet til den personlige frihed i mange år kunne overtrumfe hensynet til andres sundhed og sikkerhed.

Endelig er den personlige frihed en relativ størrelse og temmeligt skævt fordelt i befolkningen. Hvad der er muligt for nogle, er umuligt for andre. De velstillede havde personlig frihed til at forlade København under koleraepidemien. De fattige måtte blive tilbage. Begrebet personlig frihed bliver en abstraktion, hvis den ikke ses i forhold til den sociale lagdeling, der afspejler store forskelle i, hvor meget kontrol den enkelte har over sit liv, og hvilke handlemuligheder man har.

Et abstrakt forsvar for den personlige frihed risikerer nemt at blive et forsvar for de privilegeredes rettigheder i samfundet ved at sidestille den højtuddannede tandlæge med den dårligt uddannede bistandsklient. De har forskellige behov, og hvad der kan være personlig frihed for den ene, kan være vejen til sygdom og tidlig død for den anden.

Forebyggelse er i bund og grund en sag for fællesskabet. Selvfølgelig har den enkelte et ansvar for sin sundhed, men dette ansvar er svært at løfte, hvis fællesskabet ikke skaber mulighederne herfor. Hvis alle skal have glæde af forebyggelse, må alle derfor også bidrage hertil.

Hornemann og Fenger udtrykte dette således i indbydelsen til "Den hygieniske Congres i Kjøbenhavn" i 1858:

"Men én Betingelse er uomgængelig nødvendig, for at disse Bestræbelser (for at styrke befolkningens sundhed) saavidt muligt lykkes, og det er en i alle Samfundsklasser almindelig udbredt Erkjendelse af det Gode, der herved skal og kan naaes. Først således finder hver Enkelt sig villig til at offere til det Almindelige og taale Indskrænkning for det Heles skyld, først saaledes vinde Foranstaltninger til den almindelige SundhedsFremme den faste grund, uden hvilken alle Sundhedslove kun ere vaklende Bestemmelser".³²³

Dette gjaldt i 1858, og det gælder også i dag.

NOTER

KAPITEL 1

1. Hornemann, E. (1851). *Den seneste Cholera-Epidemie i England, efter Report of the General Board of Health on the Epidemie Cholera of 1848 & 1849, London 1850, med dertil knyttede Bemærkninger om vore Forhold*. Kjøbenhavn: Universitetsboghandler H.A. Reitzel. Side 54 og 56.
2. <http://www.andersen.sdu.dk/brevbase/brev.html?bid=17634>, tilgået 7.9.2017.
3. <http://www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/K/Kolera.aspx>.
4. Gyldendals store danske encyklopædi – www.denstoredanske.dk/kolera.
5. Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante. Side 402.
6. Gyldendals store danske encyklopædi – www.denstoredanske.dk/kolera.
7. Bonderup, G. (2008). Kolera i 1800-tallet – med særlig henblik på Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8), 35-48. Side 35.
8. Larsen, K. (2014). *Smitstof. Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard. Side 96.
9. Hübertz, J. R. (1855). *Beretning om Cholera-Epidemien i Kjøbenhavn 12. juni – 1. oktober 1853*. København: I commission hos Jacob Lund.
10. Hornemann, E. (1851). *Den seneste Cholera-Epidemie i England, efter Report of the General Board of Health on the Epidemie Cholera of 1848 & 1849, London 1850, med dertil knyttede Bemærkninger om vore Forhold*. Kjøbenhavn: Universitetsboghandler H.A. Reitzel. Side 5.

11. Hübertz, J. R. (1855). *Beretning om Cholera-Epidemien i Kjøbenhavn 12. juni – 1. october 1853*. København: I commission hos Jacob Lund.
12. Larsen, K. (2014). *Smitstof. Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard. Side 96.
13. Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante. Side 10.
14. Bonderup, G. (2008). Kolera i 1800-tallet – med særlig henblik på Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8), 35-48. Side 40.
15. Larsen, K. (2014). *Smitstof. Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard. Side 79.
16. Bonderup, G. (2008). Kolera i 1800-tallet – med særlig henblik på Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8), 35-48. Side 42.
17. Hornemann, E. (1851). *Den seneste Cholera-Epidemie i England, efter Report of the General Board of Health on the Epidemie Cholera of 1848 & 1849, London 1850, med dertil knyttede Bemærkninger om vore Forhold*. Kjøbenhavn: Universitetsboghandler H.A. Reitzel.
18. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 20. februar 1854, side 231-32.
19. Hornemann, E. (1851). *Den seneste Cholera-Epidemie i England, efter Report of the General Board of Health on the Epidemie Cholera of 1848 & 1849, London 1850, med dertil knyttede Bemærkninger om vore Forhold*. Kjøbenhavn: Universitetsboghandler H.A. Reitzel. Side 40.
20. Bonderup, G. (2008). Kolera i 1800-tallet – med særlig henblik på Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8), 35-48. Side 43.
21. Gunnlaugsson, G., Einarsbo, J., Ttir, F.J.A., Mentambanar, S. A., Passa, A., & Tauxe, R. (1998). Funerals during the 1994 cholera epidemic in Guinea-Bissau, West Africa: the need for disinfection of bodies of persons dying of cholera. *Epidemiology and Infection*, 120(1), 7-1.
22. Larsen, K. (2014). *Smitstof. Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard. Side 72.
23. Statens statistiske bureau (1905). *Befolkningsforholdene i det 19. århundrede*. København. Side 155-56.

24. Statens statistiske bureau (1905). Befolkningsforholdene i det 19. århundrede. København: Statens statistiske bureau. Side 128.
25. Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck. Side 106.
26. Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck. Side 108.
27. Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck. Side 118.
28. Christensen, V. (1912). *København i Frederik den Ottendes og Christian den Syvendes tid 1840-1857*. København: G.E. E. Gad. Side 161-2.
29. Christensen, V. (1912). *København i Frederik den Ottendes og Christian den Syvendes tid 1840-1857*. København: G.E. E. Gad. Side 163.
30. Hvidt, K. (1990). *Det folkelige gennembrud og dets mænd 1850-1900*. København: Gyldendal. Side 56.
31. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 68-69.
32. Knudsen, T. (1988). *Storbyen støbes. København mellem kaos og byplan 1840-1917*. København: Akademisk Forlag. Side 30.
33. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 31. oktober 1844. Side 185.
34. Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck. Side 110.
35. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853. Bilag 1.
36. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853. Bilag 2.
37. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853: Bilag 2. Side 38.
38. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853: Bilag 2. Side 38.
39. Her citeret Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 146.

40. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853: Bilag 2.
41. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853. Bilag 5. Side 50-54.
42. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853. Bilag 4.
43. Borgerrepræsentationens forhandlinger, 12. maj 1853. Side 98.
44. Parby, J. I. (2007). *Storbystrømme. Københavnerne vand, varme, lys og latrin gennem 150 år*. København: Bymuseet og Københavns Energi. Side 24.
45. Her citeret Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 100.
46. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 62.
47. Knudsen, T. (1988). *Storbyen støbes. København mellem kaos og byplan 1840-1917*. København: Akademisk Forlag. Side 46-47.
48. Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck. Side 126.
49. Københavns E (2007). *Fra stinkende rendestene til computerstyrede kloakker. Københavns kloakker gennem 150 år*. København: Københavns E. Side 20.
50. Københavns E (2007). *Fra stinkende rendestene til computerstyrede kloakker. Københavns kloakker gennem 150 år*. København: København E. Side 19.
51. Parby, J. I. (2007). *Storbystrømme. Københavnerne vand, varme, lys og latrin gennem 150 år*. København: Bymuseet og Københavns Energi. Side 50.
52. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 165-170.
53. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 209.

54. Københavns E (2007). *Fra stinkende rendestene til computerstyrede kloakker. Københavns kloakker gennem 150 år*. København: København E. Side 29.
55. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 228 og 233.
56. http://www.denstoredanske.dk/Dansk_Biografisk_Leksikon/Sundhed/Kirurg/E.A._Tscherning.
57. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 241.
58. Berlingske Tidende, 27. marts 2008.
59. Politiken, 10. april 2014.
60. Kjøbenhavns Magistrat (1876). *Statistiske oplysninger om staden Kjøbenhavn. Første Hefte*. Kjøbenhavn: Kjøbenhavns Magistrat. Side 13.
61. Danmarks Statistik (1905). *Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. Aarhundrede. Statistisk Tabelværk. Femte Række, Litra A, Nr. 5*. København: Bianco Lunds Bogtrykkeri. Side 155.
62. Danmarks Statistik (1905). *Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. Aarhundrede. Statistisk Tabelværk. Femte Række, Litra A, Nr. 5*. København: Bianco Lunds Bogtrykkeri. Side 129
63. Danmarks Statistik (1905). *Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. Aarhundrede. Statistisk Tabelværk. Femte Række, Litra A, Nr. 5*. København: Bianco Lunds Bogtrykkeri.
64. Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante.
65. Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 129-160.
66. <http://www.andersen.sdu.dk/brevbase/brev.html?bid=17634>, tilgået 7.9.2017.
67. www.brumleby.dk, tilgået 7.9.2017.

68. Jensen, K. *Bekæmpelse af infektionssygdomme. Statens Serum-institut 1902-2002*. København: Ny Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, 2002. Side 11.
69. Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante. Side 433.
70. Parby, J. I. (2007). *Storbystrømme. Københavnerne vand, varme, lys og latrin gennem 150 år*. København: Bymuseet og Københavns Energi. Side 18.

KAPITEL 2

71. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 58.
72. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab. Side 377 og 391.
73. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab.
74. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab.
75. Thorsen, T. (1990). *Hundrede års alkoholmisbrug*. København: Sundhedsstyrelsen. Side 203-4.
76. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25. juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 85.
77. Her citeret efter Arbøl, C., & Groes-Petersen, E. (1939). *Beværterloven af 15. marts 1939*. København: Nyt Nordisk Forlag. Side 12.
78. Her citeret efter Heilesen, C. C. (1914). *Alkoholforbudet*. (Efter foredrag i Nationaløkonomisk forening d. 19. marts 1914). *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 3(22), 209-249.
79. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25. juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 83.

80. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25. juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 84.
81. Arbøl, C., & Groes-Petersen, E. (1939). *Bevæsterloven af 15. marts 1939*. København: Nyt Nordisk Forlag. Side 12-13.
82. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25. juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 24.
83. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab. Side 15.
84. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab. Side 15.
85. Brandes, L.I. (1877). *Om brug og misbrug af spirituøse drikke*. København: Små populaire Arbejder. No 2. Side 18-19.
86. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 12.
87. Bomholt, J. (1939). Alkohol og digtning – En vandring gennem dansk litteratur. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen.
88. Andersen Nexø, M. (1999) Et lille kræ. I Danske Sprog- og Litteraturselskab. *Danske klassikere*. København: Borgen. Side 57.
89. Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 26-27.
90. Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 26-27.
91. Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 9.

92. Figgé, V. (1928). Den danske afholdspresse. I V. Figgé (Red.). *Blade af samarbejdets historie*. København: V. Figgés Forlag. Side 270.
93. Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 34.
94. Markersen, F. (Red.) (1939). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 529.
95. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25.juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 26-27.
96. Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25.juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri. Side 13.
97. Christiansen, N.F. (1990). *Klassesamfundet organiseres 1900-1925*. København: Gyldendal og Politikens Danmarkshistorie. Side 190.
98. Her citeret efter Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 7.
99. Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 315-16.
100. Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 8.
101. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 5-7.
102. Hindhede, M. (1939). Ernæringsforsøg og alkoholproblemer. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 378-9
103. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 21-22.
104. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab. Side 17-18.
105. Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 118.

106. Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab. Side 17-18.
107. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 528.
108. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 528.
109. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 232-3.
110. Alkoholkommissionen af 1947 (1960). *Alkoholkommissionens afsluttende betænkning. Den af kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet afgivne 4. betænkning*. København: Betænkning nr. 264.
111. Alkoholkommissionen af 1947 (1960). *Alkoholkommissionens afsluttende betænkning. Den af kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet afgivne 4. betænkning*. København: Betænkning nr. 264. Side 28.
112. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 375-76.
113. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 375-76.
114. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 533.

115. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 533.
116. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 533.
117. Hindhede, M. (1939). Ernæringsforsøg og alkoholproblemer. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 382.
118. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 31-32
119. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 31-32
120. Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel. Side 31-32
121. Estrup, L. (1921). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1921*. København: Levison. Side 28.
122. Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 146-7.
123. Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag. Side 154.
124. Larsen-Ledet, L. (1939). Kommuneafstemningerne i Danmark. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 203.
125. Larsen-Ledet, L. (1939). Kommuneafstemningerne i Danmark. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 205-6.
126. Larsen-Ledet, L. (1939). Kommuneafstemningerne i Danmark. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 205-6.
127. Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S. Side 550.

128. Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen. Side 42.
129. Weiss F. (1917). *Hvorfor dannede vi foreningen Den personlige friheds værn i Kjøbenhavn*. Indledende taler holdte ved stiftelsesmødet d. 27. Septbr. 1917. Kjøbenhavn: Den personlige friheds værn, 1917. Side 1.
130. Weiss, F. (1917). *Hvorfor dannede vi foreningen Den personlige friheds værn i Kjøbenhavn*. Indledende taler holdte ved stiftelsesmødet d. 27. Septbr. 1917. Kjøbenhavn: Den personlige friheds værn. Side 9.
131. Waage, H. (1918). Alkoholen og samfundslivet. Foredrag i Nationaløkonomisk Forening den 22. januar 1918. *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 3(26), 31-91. Side 54.
132. Markersen, F. (Red.) (1939). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen.
133. Markersen, F. (Red.) (1939). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen.
134. Iversen, L. (2015). Livsstil og helbred. I R. Lund, U. Christensen U., & Iversen, L. (Red.). *Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. København: Munksgaard. Side 100.
135. Mäkelä, P., & Österberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554-563.
136. Alkoholkommissionen af 1947 (1960). *Alkoholkommissionens afsluttende betænkning. Den afkommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet afgivne 4. betænkning*. København: Betænkning nr. 264. Side 22.

KAPITEL 3

137. Motor. Organ for Dansk Motor-Industri og – Handel. Medlemsblad for Dansk Automobilklub og foreningen til Fremme af Automobilismen i Danmark. Nr. 1, 1. Årgang – lørdag den 28. april 1906. Citeret fra Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 40.

138. Dalgaard, J. B. (1971). *Et års dansk trafik: 32.000 tabte leveår. Trafikulykker i retsmedicinsk belysning*. København: Landsforeningen Tryk Trafik. Side 42-43.
139. Se for eksempel Gehl, J. (2010). *Byer for mennesker*. København: Bogværket.
140. Nielsen, S. Aa. (Red.) (1977). *Næstekærlighed – i trafikken*. København: Stig Vendelkærs Forlag. Side 3.
141. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 9, 31 og 56.
142. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 110-111.
143. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 20-21.
144. Ipsen, E. J. (1938). Eventyret om vejmillionerne. I F. Schmitto (Red.). *Automobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag. Side 610.
145. http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden_og_data/statistik/trafikken%20i%20total/Hvor_stor_er_bilparken/Sider/default.aspx.
146. Ipsen, E. J. (1938). Eventyret om vejmillionerne. I F. Schmitto (Red.). *Automobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag. Side 604.
147. Jørgensen, N. O. (2003). Vejtrafikkens ulykker belyst gennem ulykkesstatistikken – og samspillet mellem uheldsstatikken og vej væsenets trafiksikkerhedsarbejde. *Vejhistorie. Tidsskrift fra Dansk Vejhistorisk Selskab*, 7, 3-13.
148. Møller, K. J. (1938). Automobilstatistik. I F. Schmitto (Red.). *Automobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag. Side 321.
149. <http://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=15246>.
150. http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden_og_data/statistik/trafikken%20i%20total/Hvor_stor_er_bilparken/Sider/default.aspx.
151. Møller, K. J. (1938). Automobilstatistik. I F. Schmitto (Red.). *Automobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag. Side 306.
152. Færdselssikkerhedskommissionen (1971). *Betænkning vedrørende færdselssikkerhedsfremmende foranstaltninger på eller ved vejene. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 9. Betænkning nr. 608*. København: Statens Trykningskontor. Side 8.

153. Jørgensen, N. O. (2003). Vejtrafikkens ulykker belyst gennem ulykkesstatistikken – og samspillet mellem uheldsstatikken og vej væsenets trafiksikkerhedsarbejde. *Vejhistorie. Tidsskrift fra Dansk Vejhistorisk Selskab*, 7, 3-13.
154. Færdselssikkerhedskommissionen (1971). *Betænkning vedrørende færdselssikkerhedsfremmende foranstaltninger på eller ved vejene. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 9. Betænkning nr. 608*. København: Statens Trykningskontor. Side 13.
155. Færdselssikkerhedskommissionen (1971). *Betænkning vedrørende færdselssikkerhedsfremmende foranstaltninger på eller ved vejene. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 9. Betænkning nr. 608*. København: Statens Trykningskontor. Side 15-16.
156. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 225.
157. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 225-27.
158. Brodersen, F., Jørgensen, N.O., & Lund H.V. (1975). *Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974/75. Notat 118*. København: Rådet for trafiksikkerhedsforskning. Side 14.
159. Siren, A., Sørensen, C.H. & Vinsteen, I. (2012). *Vejhastighedens politiske historie. Notat 2012:4*. Lyngby: DTU Transport Institut for Transport. Side 8.
160. Folketinget 1952-1953, tillæg A, spalte 165,210,216.
161. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere. Side 226.
162. Rådet for trafiksikkerhedsforskning (1970). *Virkninger af de periodiske hastighedsbegrænsninger i årene 1961-64. Rapport 3*. København: Rådet for trafiksikkerhedsforskning.
163. Færdselssikkerhedskommissionen (1970). *Betænkning vedrørende hastighedsbegrænsning. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 8. Betænkning nr. 567*. Side 47.
164. Bergsøe, S. (1970). *Hastigheden, der dræber*. København: Fremad. Side 17- 18
165. Bergsøe, S. (1970). *Hastigheden, der dræber*. København: Fremad. Side 18.
166. <http://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=15246>.

167. Rådet for trafiksikkerhedsforskning (1975). *Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974/75. Notat 118*. København: Rådet for trafiksikkerhedsforskning. Side 73.
168. Dalgaard, J. B. (1971). *Et års dansk trafik: 32.000 tabte leveår. Trafikulykker i retsmedicinsk belysning*. København: Landsforeningen Tryg Trafik. Side 47.
169. Rådet for Sikker Trafik (2013). *Færdselssikkerhedskommissionens nationale handlingsplan, 2013-2020*. København: Rådet for Sikker Trafik. Side 59.
170. Gürtler og Lund. Ugeskrift for Læger, 1966, side 1. Her citeret fra Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor.
171. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor. Side 9.
172. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor. Side 12.
173. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor. Side 40.
174. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor. Side 58-59.

175. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515.* København: Statens Trykningskontor. Side 66-67.
176. Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515.* København: Statens Trykningskontor. Side 46.
177. Larsen, P. H. (1997). *Spritbilister 1979-1994.* København: Danmarks Statistik. Side 6-7.
178. Bernhoft, I. M. (2000). *Effekt af nedsættelse af promillegrænsen.* Trafikdage på Aalborg Universitet. Side 809.
179. Rådet for Sikker Trafik (2013). *Færdselssikkerhedskommissionens nationale handlingsplan, 2013-2020.* København: Rådet for Sikker Trafik. Side 61.
180. www.politiko.dk. 6 maj 2013.
181. Altinget. 3. juni 2013.
182. Dalgaard, J. B. (1971). *Et års dansk trafik: 32.000 tabte leveår. Trafikulykker i retsmedicinsk belysning.* København: Landsforeningen Tryg Trafik. Side 54 og 57.
183. Kjær, Jørgen. Sikkerhedsselen fylder 50 år. www.hadsten-pingvin-nyt, (7.9.2017).
184. Østergaard, L. (1973). *Brug af sikkerhedsseler.* København: Forenede Danske Motorejere. Side 7.
185. Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM.* København: Forenede Danske motorejere. Side 231.
186. Rüdiger, M. (2004). *Statens synlige hånd – om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede.* Århus: Magtudredningen, forfatteren og Aarhus Universitetsforlag 4. Side 116.
187. Rüdiger, M. (2004). *Statens synlige hånd – om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede.* Århus: Magtudredningen, forfatteren og Aarhus Universitetsforlag. Side 121-123
188. Bergsøe, S. (1970). *Hastigheden, der dræber.* København: Fremad.
189. Folketingstidende, Tillæg a 3 1977/78. Bilag 3. Spalte 3797-3802.
190. Folketingstidende, 1. beh. Lovforslag om selebrug lov L194. 4 1977/78. Spalte 6936.

191. Helsingør Kommune (1996). *Systematisk bekæmpelse af trafikulykker/ udarbejdet i et samarbejde mellem Helsingør Kommune, Teknisk Forvaltning og Vejdirektoratet, Afdelingen for Trafiksikkerhed og Miljø*. Helsingør: Teknisk Forvaltning. Side 3-4.

KAPITEL 4

192. <http://www.mor-far.dk/brugerne-fortaeller/interviews/sara-mi-stede-sit-nyfoedte-barn.html>, 8.12.2014.
193. Geertinger, P. (1994). *Af en retsmedicinners bekendelser*. København: Munksgaard-Rosinante. Side 129.
194. Sundhedsstyrelsen (2006). *Vuggedød kan forebygges. Anbefalinger for sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.
195. Sundhedsstyrelsen (2011). *Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved*. København: Sundhedsstyrelsen. Antal vuggedødsfald for 2011 og 2013 er oplyst af Sundhedsstyrelsen.
196. Geertinger, P. (1968). *Sudden infant death in infancy*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher. Side 56-58.
197. Hilden, J., Biering-Sørensen, F., & Jørgensen, T. (1982). Pludselig uventet spædbørnsdød i København 1956-1971. *Ugeskrift for Læger*, 144, 3111-3117.
198. Milner, A. D. (1987). Recent theories on the cause of cot death. *British Medical Journal*, 295, 1366-1368.
199. De Jonge, G. A., Engelberts, A. C., Koomen-Liefting, A. M. J., & Kostense, P. J. (1989). Cot death and prone sleeping position in the Netherlands. *British Medical Journal*, 298, 722; Mitchell, E. A., Scragg, R., Stewart AW, Becroft, D. M., Taylor, B. J., Ford, R. P., Hassall, I. B., Barry, D. M., Allen, E. M., & Roberts, A. P. (1991). Results from the first year of the New Zealand cot death study. *New Zealand Medical Journal*, 104, 71-76; Dwyer, T., Ponsonby, A. B., Newman, N. M., & Gibbons, L. E. (1991). Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 337, 1244-1247; Fleming, P. J., Gilbert, R., Azaz, Y., Berry, P. J., Rudd, P. T., Stewart, A., & Hall, E. (1990). Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: case-control study. *British Medical Journal*, 301, 85-89.

200. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.
201. <http://trove.nla.gov.au/people/609337?c=people>, tilgået 7.9.2017.
202. Davies, D.P. (1985). Cot death in Hongkong: a rare problem? *The Lancet*, December14:2(8468), 1346-1349.
203. De Jonge, G. A., Engelberts, A. C., Koomen-Liefting, A. M. J., & Kostense, P. J. (1989). Cot death and prone sleeping position in the Netherlands. *British Medical Journal*, 298, 722.
204. Fleming, P. J., Gilbert, R., Azaz, Y., Berry, P. J., Rudd, P. T., Stewart, A., & Hall, E. (1990). Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: case-control study. *British Medical Journal*, 301, 85-89.
205. Mitchell, E. A., & Howard, W. H. (2014). Preventing the unpreventable: The "Cot death" story. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 855-860.
206. Mitchell, E. A., Scragg, R., Stewart AW, Becroft, D. M., Taylor, B. J., Ford, R. P., Hassall, I. B., Barry, D. M., Allen, E. M., & Roberts, A. P. (1991). Results from the first year of the New Zealand cot death study. *New Zealand Medical Journal*, 104, 71-76.
207. Dwyer, T., Ponsonby, A. B., Newman, N. M., & Gibbons, L. E. (1991). Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 337, 1244-1247.
208. Iversen, L., & Møller, L. (1994). *Prevention of Sudden Infant Death Syndrome - The Danish experience since 1991*. Third SIDS International Conference, Stavanger 31 july – 4 august 1994.
209. Møller, L., Iversen, L., & Witt, B. (1994). Meget færre tilfælde af vuggedød. *Sygeplejersken*, 1994 (35), 19-21.
210. McKee, M., Fulop, N., Bouvier, P., Hort, A., Brand, H., Rasmussen, F., Kohler, L., Varasovszky, Z., & Rosdahl, N. (1996). Preventing sudden infant deaths – the slow diffusion of an idea. *Health policy*, 37, 117-135.
211. Högberg, U., & Bergström, E. (2000). Suffocated Prone: The Iatrogenic Tragedy of SIDS. *American Journal of Public Health*, 90, 527-531.

212. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.
213. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.
214. Helweg Larsen, K., & Guldager, E. Vuggedød – et historisk tilbagemærke. *Sygeplejersken*, 2001 (31), 30-31.
215. Engelberts A. C., de Jonge G. A. Choice of sleeping position for infants: possible association with cot death. *Archives of Disease in Childhood*, 1990; 65: 462-467.
216. Högborg, U., & Bergström, E. (2000). Suffocated Prone: The Iatrogenic Tragedy of SIDS. *American Journal of Public Health*, 90, 527-531.
217. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.
218. <http://trove.nla.gov.au/people/609337?c=people>, tilgået 7.9.2017.
219. Hilden, J., Biering-Sørensen, F., & Jørgensen, T. (1982). Pludselig uventet spædbørnsdød i København 1956-1971. *Ugeskrift for Læger*, 144, 3111-3117.
220. Wood, A. M., Pasupathy, D., Pell, J. P., Fleming, M., & Smith, G. C. S. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in risk of sudden infant death syndrome, other causes of infant mortality, and stillbirth in Scotland: population based study. *British Medical Journal*, 344.
221. Pickett, K. E., Luo, Y., & Lauderdale, D. S. (2005). Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome. *American Journal of Public Health*, 95, 1976-1981.
222. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.

223. Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.
224. Poets, C. F., & Southall, D. P. (1993). Prone sleeping position and sudden infant death. *New England Journal of Medicine*, 329, 425-6.

KAPITEL 5

225. Scandinavian Tobacco Group – www.st-group.com, tilgået 7.9.2017. Citatet er oversat fra engelsk til dansk.
226. www.sst.dk. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjertereforeningen og Lungeforeningen. Danskernes rygevaner – udvalgte resultater 2016 og historisk udvikling.
227. <http://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/tzbcouio>.
228. Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N.E., Kejs, A. M. T., Hertzum-Larsen, R., Johannesen, T.B., Khan, S., Leinonen, M.K., Ólafsdóttir, E., Petersen T., Schmidt, L. K. H., Trykker, H., & Storm, H. H. (2017). *NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.3* (08.07.2016). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Tilgængelig på <http://www.anccr.nu>, tilgået 18.3.2017.
229. Se fx U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
230. Juel, K. (2004). *Dødeligheden i Danmark siden 1920*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Side 69.
231. Juel, K. (2004). *Dødeligheden i Danmark siden 1920*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Side 69.
232. Eriksen, L., Davidsen M., Jensen, H.A.R., Ryd, J.T., Strøbæk, L., White, E.D., Sørensen, J., & Juel, K. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelse.

233. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 33.
234. Lindhardt, M. (1960). *The sickness survey of Denmark 1951-1954. A statistical analysis of the general morbidity and certain other related matter.* København: Munksgaard og The Committee on the Danish national morbidity survey. Side 165
235. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/faerre-maend-ryger-kvinder-ryger-videre>, tilgået 7.9.2017
236. Clemmesen, J., & Busk, T. (1947). On the apparent increase in incidence of lung cancer in Denmark, 193-1945. *British Journal of Cancer*, 1(3), 253-259. Side 253-259.
237. Clemmesen, J., Nielsen, A., & Jensen, E. (1953). The increase in incidence of carcinoma of lung in Denmark, 1931 to 1950. *British Journal of Cancer*, 7, 1-10.
238. Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition.* Berkeley: University of California Press. Side 155.
239. Thun, M. J., Henley, S. J., & Calle, E. E. (2002). Tobacco use and cancer: an epidemiologic perspective for geneticists. *Oncogene*, 21, 7307-7325.
240. Lindhardt, M. (1960). *The sickness survey of Denmark 1951-1954. A statistical analysis of the general morbidity and certain other related matter.* København: Munksgaard og The Committee on the Danish national morbidity survey. Side 177.
241. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 5.
242. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 11.

243. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 13.
244. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>, tilgået 7.9.2017.
245. Keating, C. (2014). *Smoking kills. The Revolutionary Life of Richard Doll.* Oxford: Signal Books. Side 231.
246. Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition.* Berkeley: University of California Press. Side 236.
247. U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1964). *Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service.* Washington D. C. U.S. Printing Office. Public Health Service Publication 1103.
248. U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.. Side 24.
249. Graugaard, E.R. (1984). *Færchs Tobaksfabrik Holstebro 1869-1961.* Holstebro: Holstebro Museum.
250. Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition.* Berkeley: University of California Press. Side 236. Side 290.
251. Politiken 29. Juni 1957.
252. Andersen, I., Axelsen F., Stehouwer J., & Tonsgaard O. (1966). *Ungdom alkohol tobak – en undersøgelse af de aarhusianske gymnasieelevers ryge- og drikkevaner.* Aarhus: Akademisk Boghandel. Side 72.
253. U.S. Department of Health and Social Services (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease - A Report of the Surgeon General.* U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General Rockville, MD. Side 21.

254. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 33.
255. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 15.
256. Pedersen, J.T. (2000). *Tobak i går, i dag i morgen. Danmarks Lungeforening. Om 100 år er alting ikke glemt.* København: Danmarks Lungeforening. Side 101.
257. Albæk, E. (2005). Beslutningsdagsordenen på lang sigt: Dansk rygepolitik. I L. Togeby, J. G. Andersen, P.M. Christiansen, T. Beck, & S. Vallgård (Red.). *Ekspertter kan være gode nok, men... Om fagkundskabens vilkår i dansk demokrati.* Aarhus: Magtudredningen og Aarhus Universitetsforlag. Side 96-7.
258. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 8.
259. Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg. Betænkning nr. 357.* København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri. Side 23-26.
260. Folketingets forhandlinger 1985/86, spalte 1999. Møde 28.5 1986.
261. Albæk, E. (2005). Beslutningsdagsordenen på lang sigt: Dansk rygepolitik. I L. Togeby, J. G. Andersen, P.M. Christiansen, T. Beck, & S. Vallgård (Red.). *Ekspertter kan være gode nok, men... Om fagkundskabens vilkår i dansk demokrati.* Aarhus: Magtudredningen og Aarhus Universitetsforlag. Side 110.
262. Kræftens Bekæmpelse (2003). *75 år med kræftsagen.* København: Kræftens Bekæmpelse. Side 26.
263. Hjerteforeningen (2012). *50 år på rette sted. Hjerteforeningens historie 1962-2012.* København: Hjerteforeningen. Side 12.

264. Hjertereforeningen (2012). *50 år på rette sted. Hjertereforeningens historie 1962-2012*. København: Hjertereforeningen.
265. Danmarks Lungeforening (2000). *Om 100 år er alting glemt. Glimt fra 100 år med Danmarks Lungeforening*. København: Danmarks Lungeforening. Side 133.
266. Nielsen, P. E., Falk, J., & Danielsen, U.S. (2000). Rygevaner og holdninger til tobaksproblemet blandt sundhedspersonale i Danmark i 1996. *Ugeskrift for Læger*, 162, 4140-4.
267. Graff, V., Madsen, M., & Nielsen, P. E. (1990). Viden og holdning til tobaksproblemet blandt danske læger, sygeplejersker og jordemødre 1989. *Ugeskrift for Læger*, 152, 3332-3335.
268. Bispebjerg Hospital (1998). *Forebyggelse på hospitalet – statusrapport 1994-1997. Bispebjerg Hospital som modelhospital for forebyggende sundhedsarbejde*. København: Bispebjerg Hospital.
269. Kann, A., & Mundt, K. (2000). Frisk luft over Bispebjerg Hospital. *Sygeplejersken*, 2000 (1), 38-43.
270. Nielsen, P. E., Falk, J., & Danielsen, U.S. (2000). Rygevaner og holdninger til tobaksproblemet blandt sundhedspersonale i Danmark i 1996. *Ugeskrift for Læger*, 162, 4140-4.
271. Haveman, L. (2000). Afdeling kvitter cigaretterne. *Sygeplejersken*, 2000 (1), 51-53.
272. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1999-14/faglig-kommentar-et-par-grydelapper>, tilgået 7.9.2017.
273. Mandag Morgen og TrygFonden (2012). *Forebyggelse – i følge danskerne*. København: Mandag Morgen og TrygFonden. Side 30.
274. International Agency for research on cancer (2004). *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. World Health Organization International Agency for research on cancer. Volume 83. Tobacco smoke and Involuntary Smoking*. Lyon: IARC.
275. U.S. Department of Health and Social Services (2006). *The Health Consequences of involuntary Exposure to tobacco smoking – A report from the surgeon general*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Side 4-11.

276. U.S. Department of Health and Social Services (2006). *The Health Consequences of involuntary Exposure to tobacco smoking – A report from the surgeon general*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Side 23.
277. WHO (2000). *Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents*.
278. U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Side 32.
279. <http://www.tobaccoarchives.com>, dokument 2501047746.
280. Dansk Sygeplejeråd (2005). *Passiv Rygning. Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer*. København: Dansk Sygeplejeråd.
281. <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE3295206/Hen-Ry-i-tobak-kens-tjeneste/>
282. Toft, P.M. (2004). *Astroturf. Rundt om falske græsrodsbevægelser. Speciale*. København: Center for Nordiske Studier, Syddansk Universitet og Institut for Nordisk Filologi, Københavns Universitet. Side 103.
283. <http://www.tobaccoarchives.com>, se for eksempel dokument 203270359 og 251066526.
284. <http://www.tobaccoarchives.com> , dokument 203270361.
285. <http://www.tobaccoarchives.com> , dokument 203270352.
286. <http://www.tobaccoarchives.com> , dokument 2046303593.
287. Politiken . 23. april 1997.
288. <http://www.tobaccoarchives.com> , dokument 203270352/2501253286.
289. <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE3295206/Hen-Ry-i-tobak-kens-tjeneste/>.
290. <http://www.tobaccoarchives.com>, dokument 2028372419/2028372420.

291. <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE3295206/Hen-Ry-i-tobak-kens-tjeneste/>
292. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (1989). *Udviklingen i sundhedstilstanden i 80'erne. Nogle sundhedsmæssige udfordringer for 90'erne*. København: DIKE.
293. Middellevetidsudvalget (1994). *Levetiden i Danmark*. København: Sundhedsministeriet. Side 27-28.
294. Sundhedsstyrelsen (2009). *Evaluering af loven om røgfrie miljøer. Lov nr. 512 af 6. juni 2007*. København: Sundhedsstyrelsen. Side 31.
295. [https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/vi-gider-ikke-roeg-i-hjemmet, tilgaaet 7.9.2017](https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/vi-gider-ikke-roeg-i-hjemmet,tilgaaet7.9.2017).
296. Pedersen, P.V., Christensen, A.I., Hesse, U., Curtis, T. (2008). *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for Socialt Udsatte. Side 34.
297. Sund By-netværket (2011). *Røgfrihed for alle – et magasin om tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte*. København: Sund By-netværket. Side 7.
298. Politiken 29. november 1970.
299. Betænkning fra Fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter – og lungekræft. København 1961. Side 371.
300. Her citeret fra Andersen, I., Axelsen F., Stehouwer J., & Tonsgaard O. (1966). *Ungdom, alkohol, tobak – en undersøgelse af de aarhusianske gymnasieelevers ryge- og drikkevaner*. Aarhus: Akademisk Boghandel. Side 37.
301. Andersen, I., Axelsen F., Stehouwer J., & Tonsgaard O. (1966). *Ungdom, alkohol, tobak – en undersøgelse af de aarhusianske gymnasieelevers ryge- og drikkevaner*. Aarhus: Akademisk Boghandel. Side 41.
302. Andersen, I., Axelsen F., Stehouwer J., & Tonsgaard O. (1966). *Ungdom, alkohol, tobak – en undersøgelse af de aarhusianske gymnasieelevers ryge- og drikkevaner*. Aarhus: Akademisk Boghandel. Side 73.
303. Rasmussen, M., Pedersen, T.P., & Due, P. (Red.) (2015). *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Side 56.
304. Nielsen, P. K., Kristensen, M. J. (2003). *Røgpolitik og rygevaner på ungdomsuddannelserne – et litteratur- og datastudie*. København: Kræftens Bekæmpelse. Side 36-37.

305. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21645>.
306. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142456>.
307. Sundhedsstyrelsen (2010). *Hver eneste cigaret skader dig – Evaluering af Sundhedsstyrelsens rygestop-kampagne oktober 2009-januar 2010*. København: Sundhedsstyrelsen.
308. www.skm.dk/skattetal/analyser-og-rapporter/rapporter/.../kapitel-vii-tobaksafgift
309. Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Sundhedsministeriet. Side 388.
310. <http://tobaksproducenterne.dk/tobaksproducenternes-holdning-til-rygning>, tilgået 7.9.2017.
311. Warner, K. E. (2013). An endgame for tobacco? *Tobacco Control*, 22 (Suppl 1): i3–i5.
312. Patricia A McDaniel, Elizabeth A Smith, Ruth E Malone (2015) The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. *Tobacco Control*; 1–11.
313. Novotny, T. E. (2015) The Tobacco Endgame: Is It Possible? *PLoS Med*, 12(5).
314. Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. Berkeley: University of California Press. Side 550.
315. Lykke, M., Pisinger, C., & Glümer, C. (2016). Ready for a goodbye to tobacco? — Assessment of support for endgame Strategies on smoking among adults in a Danish regional health survey. *Preventive Medicine*, 83, 5–10.
316. Mandag Morgen og TrygFonden (2012). *Forebyggelse – i følge danskerne*. København: Mandag Morgen og TrygFonden. Side 30.
317. <https://www.pmi.com/who-we-are/designing-a-smoke-free-future>, tilgået 7.9.2017.

REFLEKSIONER OVER FOREBYGGELSE

318. Rose, G. (2008). *Rose's strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press. Side 38.
319. Bødker, M., Pisinger, C., Toft, U., & Jørgensen, T. (2015). The rise and the fall of the world's first fat tax. *Health Policy*, 119, 737–742.

320. L 217 - svar på spm. 6 om at redegøre for de sundhedsmæssige aspekter af lovforslaget, fra skatteministeren – Folketinget 17.6 2013.
321. Rose, G. (2008). *Rose's strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press. Side 47.
322. Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M.E.J. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. København: Sundhedsstyrelsen. Side 31.
323. Her citeret efter Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet. Side 112.

LITTERATUR

Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker (1931). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1931. Gær- og spiritusindustriens historie i Danmark*. København: L. Levison Junr. Aktieselskab.

Albæk, E. (2005). Beslutningsdagsordenen på lang sigt: Dansk rygepolitik. I L. Tøgeby, J. G. Andersen, P.M. Christiansen, T. Beck, & S. Vallgård (Red.). *Ekspert kan være gode nok, men... Om fagkundskabens vilkår i dansk demokrati*. Aarhus: Magtudredningen og Aarhus Universitetsforlag.

Alkoholkommissionen af 1947 (1960). *Alkoholkommissionens afsluttende betænkning. Den af kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet afgivne 4. betænkning*. København: Betænkning nr. 264.

Andersen, I., Axelsen F., Stehouwer J., & Tonsgaard O. (1966). *Ungdom alkohol tobak – en undersøgelse af de aarhusianske gymnasieelevers ryge- og drikkevaner*. Aarhus: Akademisk Boghandel.

Andersen Nexø, M. (1999) Et lille kræ. I Danske Sprog- og Litteraturselskab. *Danske klassikere*. København: Borgen.

Arbøl, C., & Groes-Petersen, E. (1939). *Bevæsterloven af 15. marts 1939*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Bergsøe, S. (1970). *Hastigheden, der dræber*. København: Fremad.

Bernhoft, I. M. (2000). *Effekt af nedsættelse af promillegrænsen*. Trafikdage på Aalborg Universitet.

Bispebjerg Hospital (1998). *Forebyggelse på hospitalet – statusrapport 1994-1997. Bispebjerg Hospital som modelhospital for forebyggende sundhedsarbejde*. København: Bispebjerg Hospital.

Bomholt, J. (1939). Alkohol og digtning – En vandring gennem dansk litteratur. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark*. I. København: H.I. Nielsen.

Bonderup, G. (2008). Kolera i 1800-tallet – med særlig henblik på Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 5(8), 35-48.

Brandes, L.I. (1877). *Om brug og misbrug af spirituøse drikke*. Kjøbenhavn: Små populære Arbejder. No 2.

Brodersen, F., Jørgensen, N.O., & Lund H.V. (1975). *Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974/75. Notat 118*. København: Rådet for trafiksikkerhedsforskning.

Bødker, M., Pisinger, C., Toft, U., & Jørgensen, T. (2015). The rise and the fall of the world's first fat tax. *Health Policy*, 119, 737-742.

Christensen, V. (1912). *København i Frederik den Ottendes og Christian den Syvendes tid 1840-1857*. København: G.E. E. Gad.

Christiansen, N.F. (1990). *Klassesamfundet organiseres 1900-1925*. København: Gyldendal og Politikens Danmarkshistorie.

Clemmesen, J., & Busk, T. (1947). On the apparent increase in incidence of lung cancer in Denmark, 193-1945. *British Journal of Cancer*, 1(3), 253-259.

Clemmesen, J., Nielsen, A., & Jensen, E. (1953). The increase in incidence of carcinoma of lung in Denmark, 1931 to 1950. *British Journal of Cancer*, 7, 1-10.

Cohn, E. (1928). *Danmark under den store Krig – en økonomisk oversigt*. Kjøbenhavn: G.E.C. Gads Forlag.

Dalgaard, J. B. (1971). *Et års dansk trafik: 32.000 tabte leveår. Trafikulykker i retsmedicinsk belysning*. København: Landsforeningen Tryk Trafik.

Danmarks Lungeforening (2000). *Om 100 år er alting glemt. Glimt fra 100 år med Danmarks Lungeforening*. København: Danmarks Lungeforening.

Danmarks Statistik (1905). *Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. Aarhundrede. Statistisk Tabelværk. Femte Række, Litra A, Nr. 5*. København: Bianco Lunds Bogtrykkeri.

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (1989). *Udviklingen i sundhedstilstanden i 80'erne. Nogle sundhedsmæssige udfordringer for 90'erne*. København: DIKE.

Dansk Sygeplejeråd (2005). *Passiv Rygning. Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Davies, D.P. (1985). Cot death in Hongkong: a rare problem? *The Lancet*, December 14; 2(8468), 1346-1349.

De Jonge, G. A., Engelberts, A. C., Koomen-Liefting, A. M. J., & Kostense, P. J. (1989). Cot death and prone sleeping position in the Netherlands. *British Medical Journal*, 298, 722.

Den 1. ædruelighedskommission (1907). *Betænkning afgiven af den af Indenrigsministeriet den 25. juni 1903 nedsatte kommission til overvejelse af foranstaltninger til ædruelighedens fremme*. København: N.J. Christensen Bogtrykkeri.

Den 2. ædruelighedskommission (1927). *Betænkning afgiven af Den af Indenrigsministeriet under 16. juli 1914 nedsatte 2. ædruelighedskommission. II Afsnit om forbud mod tilvirkning, indførsel og salg af stærke drikke*. København: J. H. Schultz A.-S.

Dwyer, T., Ponsonby, A. B., Newman, N. M., & Gibbons, L. E. (1991). Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 337, 1244-1247.

Engelberts A.C., de Jonge G A (1990) *Choice of sleeping position for infants: possible association with cot death*. Archives of Disease in Childhood 1990; 65: 462-467.

Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N.E., Kejs, A. M. T., Hertzum-Larsen, R., Johannesen, T.B., Khan, S., Leinonen, M.K., Ólafsdóttir, E., Petersen T., Schmidt, L. K. H., Trykker, H., & Storm, H. H. (2017). *NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries*, Version 7.3 (08.07.2016). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Tilgængelig på <http://www.ancr.nu>.

Eriksen, L., Davidsen M., Jensen, H.A.R., Ryd, J.T., Strøbæk, L., White, E.D., Sørensen, J., & Juel, K. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen

Estrup, L. (1921). *Aktieselskabet De Danske Spritfabrikker 1881-1921*. København: Levison.

Figgé, V. (1928). Den danske afholdspresse. I V. Figgé (Red.). *Blade af samarbejdets historie*. København: V. Figgés Forlag.

Fleming, P. J., Gilbert, R., Azaz, Y., Berry, P. J., Rudd, P. T., Stewart, A., & Hall, E. (1990). Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: case-control study. *British Medical Journal*, 301, 85-89.

Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Sundhedsministeriet.

Fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter og lungekræft (1962). *Betænkning fra fællesudvalget vedrørende spørgsmålet om tobak – specielt cigaretter og lungekræft*. København: Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse

Færdselssikkerhedskommissionen (1969). *Betænkning vedrørende spirituspåvirkede motorførere, afgivet af den af Justitsministeriet den 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr. 7. Betænkning nr. 515*. København: Statens Trykningskontor.

Færdselssikkerhedskommissionen (1970). *Betænkning vedrørende hastighedsbegrænsning. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 8. Betænkning nr. 567*. København: Statens Trykningskontor.

Færdselssikkerhedskommissionen (1971). *Betænkning vedrørende færdselssikkerhedsfremmende foranstaltninger på eller ved vejene. Afgivet af den af justitsministeren d. 18. maj 1966 nedsatte Færdselssikkerhedskommission. Kommissionens betænkning nr 9. Betænkning nr. 608*. København: Statens Trykningskontor.

Geertinger, P. (1968). *Sudden infant death in infancy*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Geertinger, P. (1994). *Af en retsmedicinens bekendelser*. København: Munksgaard-Rosinante.

Gehl, J. (2010). *Byer for mennesker*. København: Bogværket.

Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940-2002. *International Journal of Epidemiology*, 34, 874-876.

Graff, V., Madsen, M., & Nielsen, P. E. (1990). Viden og holdning til tobaksproblemet blandt danske læger, sygeplejersker og jordemødre 1989. *Ugeskrift for Læger*, 152, 3332-3335.

Graugaard, E.R. (1984). *Færchs Tobaksfabrik Holstebro 1869-1961*. Holstebro: Holstebro Museum.

Gunnlaugsson, G., Einarsbo, J., Ttir, F.J.A., Mentambanar, S. A., Passa, A., & Tauxe, R. (1998). Funerals during the 1994 cholera epidemic in Guinea-Bissau, West Africa: the need for disinfection of bodies of persons dying of cholera. *Epidemiology and Infection*, 120(1), 7-1.

Hansen, A. (1939). Den danske afholdsbevægelses oprindelse og historiske udvikling. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark*. I. København: H.I. Nielsen.

Haveman, L. (2000). Afdeling kvitter cigaretterne. *Sygeplejersken*, 2000 (1), 51-53.

Heilesen, C. C. (1914). Alkoholforbudet. (Efter foredrag i Nationaløkonomisk forening d. 19. marts 1914). *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 3(22), 209-249.

Helsingør Kommune (1996). *Systematisk bekæmpelse af trafikulykker/ udarbejdet i et samarbejde mellem Helsingør Kommune, Teknisk Forvaltning og Vejdirektoratet, Afdelingen for Trafiksikkerhed og Miljø*. Helsingør: Teknisk Forvaltning.

Helweg Larsen, K., & Guldager, E. Vuggedød – et historisk tilbageblik. *Sygeplejersken*, 2001 (31), 30-31.

Hilden, J., Biering-Sørensen, F., & Jørgensen, T. (1982). Pludselig uventet spædbørnsdød i København 1956-1971. *Ugeskrift for Læger*, 144, 3111-3117.

Hindhede, M. (1920). *Beretning til Indenrigsministeriet om rationeringens indvirkning på sundhedstilstanden*. København: Jacob Lund. Medicinsk Boghandel.

Hindhede, M. (1939). Ernæringsforsøg og alkoholproblemer. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark*. I. København: H.I. Nielsen.

Hjerteforeningen (2012). *50 år på rette sted. Hjerteforeningens historie 1962-2012*. København: Hjerteforeningen.

Holm, A. & Johansen, K. (1941). *København 1840-1940. Det københavnske bysamfund og kommunens økonomi*. København: Nyt Nordisk Forlag – Arnold Busck.

Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M.E.J. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. København: Sundhedsstyrelsen.

Hornemann, E. (1851). *Den seneste Cholera-Epidemie i England, efter Report of the General Board of Health on the Epidemie Cholera of 1848 & 1849, London 1850, med dertil knyttede Bemærkninger om vore Forhold*. Kjøbenhavn: Universitetsboghandler H.A. Reitzel.

Hvidt, K. (1990). *Det folkelige gennembrud og dets mænd 1850-1900*. København: Gyldendal.

Högberg, U., & Bergström, E. (2000). Suffocated Prone: The Iatrogenic Tragedy of SIDS. *American Journal of Public Health*, 90, 527-531.

Hübertz, J. R. (1855). *Beretning om Cholera-Epidemien i Kjøbenhavn 12. juni – 1. oktober 1853*. København: I commission hos Jacob Lund.

Indenrigsministeriets udvalg vedrørende foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget (1964). *Betænkning om foranstaltninger til nedsættelse af cigaretforbruget. Afgivet i det af Indenrigsministeriet under 29. maj 1963 nedsatte udvalg*. Betænkning nr. 357. København: J. H. Schultz A/S. Universitets-Bogtrykkeri.

International Agency for research on cancer (2004). *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. World Health Organization International Agency for research on cancer. Volume 83. Tobacco smoke and Involuntary Smoking*. Lyon: IARC.

Ipsen, E. J. (1938). Eventyret om vejmillionerne. I F. Schmitto (Red.). *Autobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag.

Iversen, L., & Møller, L. (1994). *Prevention of Sudden Infant Death Syndrome - The Danish experience since 1991*. Third SIDS International Conference, Stavanger 31 july – 4 august 1994.

Iversen, L. (2015). Livsstil og helbred. I R. Lund, U. Christensen U., & Iversen, L. (Red.). *Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave*. København: Munksgaard.

Jensen, K. (2002) *Bekæmpelse af infektionssygdomme. Statens Seruminstitut 1902-2002*. København: Ny Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Juel, K. (2004). *Dødeligheden i Danmark siden 1920*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Jørgensen, N. O. (2003). Vejtrafikkens ulykker belyst gennem ulykkesstatistikken – og samspillet mellem uheldsstatikken og vej væsenets trafiksikkerhedsarbejde. *Vejhistorie. Tidsskrift fra Dansk Vejhistorisk Selskab*, 7, 3-13.

Kann, A., & Mundt, K. (2000). Frisk luft over Bispebjerg Hospital. *Sygeplejersken*, 2000 (1), 38-43.

Keating, C. (2014). *Smoking kills. The Revolutionary Life of Richard Doll*. Oxford: Signal Books.

Kjøbenhavns Magistrat (1876). *Statistiske oplysninger om staden Kjøbenhavn. Første Hefte*. Kjøbenhavn: Kjøbenhavns Magistrat

Knudsen, T. (1988). *Storbyen støbes. København mellem kaos og byplan 1840-1917*. København: Akademisk Forlag.

Kræftens Bekæmpelse (2003). *75 år med kræftsagen*. København: Kræftens Bekæmpelse.

Københavns E (2007). *Fra stinkende rendestene til computerstyrede kloaker. Københavns kloaker gennem 150 år*. København: København E.

Larsen, K. (2014). *Smitstof. Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard.

Larsen, P. H. (1997). *Spritbilister 1979-1994*. København: Danmarks Statistik.

Larsen-Ledet, L. (1939). Kommuneafstemningerne i Danmark. I F. Markersen (Red.). *Afholdsbevægelsen i Danmark*. I. København: H.I. Nielsen.

Lindegaard, H. (2001). *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det københavnske kloaksystem 1840-2001*. Kongens Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet.

Lindhardt, M. (1960). *The sickness survey of Denmark 1951-1954. A statistical analysis of the general morbidity and certain other related matter*. København: Munksgaard og The Committee on the Danish national morbidity survey.

Lykke, M., Pisinger, C., & Glümer, C. (2016). Ready for a goodbye to tobacco? — Assessment of support for endgame Strategies on smoking among adults in a Danish regional health survey. *Preventive Medicine*, 83, 5–10.

Mandag Morgen og TrygFonden (2012). *Forebyggelse – ifølge danskerne*. København: Mandag Morgen og TrygFonden.

Markersen, F. (Red.) (1939). *Afholdsbevægelsen i Danmark I*. København: H.I. Nielsen.

Mäkelä, P., & Österberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554–563.

McKee, M., Fulop, N., Bouvier, P., Hort, A., Brand, H., Rasmussen, F., Kohler, L., Varasovszky, Z., & Rosdahl, N. (1996). Preventing sudden infant deaths – the slow diffusion of an idea. *Health policy*, 37, 117–135.

Middellevetidsudvalget (1994). *Levetiden i Danmark*. København: Sundhedsministeriet.

Milner, A. D. (1987). Recent theories on the cause of cot death. *British Medical Journal*, 295, 1366–1368.

Mitchell, E. A., Scragg, R., Stewart AW, Becroft, D. M., Taylor, B. J., Ford, R. P., Hassall, I. B., Barry, D. M., Allen, E. M., & Roberts, A. P. (1991). Results from the first year of the New Zealand cot death study. *New Zealand Medical Journal*, 104, 71–76.

Mitchell, E. A., & Howard, W. H. (2014). Preventing the unpreventable: The “Cot death” story. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 855–860.

Motzkus, F.C. (2009). *100 år i bilistens tjeneste. Historien om FDM*. København: Forenede Danske motorejere.

Møller, K. J. (1938). Automobilstatistik. I F. Schmitto (Red.). *Automobilets historie og dets mænd. Første bind*. København: Alfred Jørgensens Forlag.

- Møller, L., Iversen, L., & Witt, B. (1994). Meget færre tilfælde af vuggedød. *Sygeplejersken*, 1994 (35), 19-21.
- Nielsen, P. E., Falk, J., & Danielsen, U.S. (2000). Rygevaner og holdninger til tobaksproblemet blandt sundhedspersonale i Danmark i 1996. *Ugeskrift for Læger*, 162, 4140-4.
- Nielsen, P. K., Kristensen, M. J. (2003). *Røgpolitik og rygevaner på ungdomsuddannelserne – et litteratur- og datastudie*. København: Kræftens Bekæmpelse.
- Nielsen, S. Aa. (Red.) (1977). *Næstekærlighed – i trafikken*. København: Stig Vendelkærs Forlag.
- Novotny, T. E. (2015) The Tobacco Endgame: Is It Possible? *PLoS Med*, 12(5).
- Parby, J. I. (2007). *Storbystrømme. Københavnernes vand, varme, lys og latrin gennem 150 år*. København: Bymuseet og Københavns Energi.
- Pedersen, P.V., Christensen, A.I., Hesse, U., Curtis, T. (2008). *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for Socialt Udsatte.
- Pedersen, J.T. (2000). *Tobak i går, i dag i morgen. Danmarks Lungeforening. Om 100 år er alting ikke glemt*. København: Danmarks Lungeforening.
- Pickett, K. E., Luo, Y., & Lauderdale, D. S. (2005). Widening social inequalities in risk for sudden infant death syndrome. *American Journal of Public Health*, 95, 1976-1981.
- Poets, C. F., & Southall, D. P. (1993). Prone sleeping position and sudden infant death. *New England Journal of Medicine*, 329, 425-426.
- Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante.
- Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. Berkeley: University of California Press.

Rasmussen, M., Pedersen, T.P., & Due, P. (Red.) (2015). *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Rose, G. (2008). *Rose's strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

Rüdiger, M. (2004). *Statens synlige hånd – om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede*. Århus: Magtudredningen, forfatteren og Aarhus Universitetsforlag.

Rådet for Sikker Trafik (2013). *Færdselssikkerhedskommissionens nationale handlingsplan, 2013-2020*. København: Rådet for Sikker Trafik.

Rådet for trafikikkerhedsforskning (1970). *Virkninger af de periodiske hastighedsbegrænsninger i årene 1961-64. Rapport 3*. København: Rådet for trafikikkerhedsforskning.

Rådet for trafikikkerhedsforskning (1975). *Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974/75. Notat 118*. København: Rådet for trafikikkerhedsforskning.

Siren, A., Sørensen, C.H. & Vinsteen, I. (2012). *Vejhastighedens politiske historie. Notat 2012:4*. Lyngby: DTU Transport Institut for Transport.

Statens statistiske bureau (1905). *Befolkningsforholdene i det 19. århundrede*. København: Statens statistiske bureau.

Sund By-netværket (2011). *Røgfrihed for alle – et magasin om tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte*. København: Sund By-netværket.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Vuggedød kan forebygges. Anbefalinger for sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2009). *Evaluering af loven om røgfrie miljøer. Lov nr. 512 af 6. juni 2007*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010). *Hver eneste cigaret skader dig – Evaluering af Sundhedsstyrelsens rygestop-kampagne oktober 2009-januar 2010*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011). *Forebyg vuggedød – og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thorsen, T. (1990). *Hundrede års alkoholmisbrug*. København: Sundhedsstyrelsen.

Thun, M. J., Henley, S. J., & Calle, E. E. (2002). Tobacco use and cancer: an epidemiologic perspective for geneticists. *Oncogene*, 21, 7307-7325.

Toft, P.M. (2004). *Astroturf – rundt om falske græsrodsbevægelser*. Speciale. København: Center for Nordiske Studier, Syddansk Universitet og Institut for Nordisk Filologi, Københavns Universitet.

U.S. Department of Health and Social Services (2006). *The Health Consequences of involuntary Exposure to tobacco smoking – A report from the Surgeon General*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Social Services (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease - A Report of the Surgeon General*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General Rockville, MD.

U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and Health (1964). Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington D. C. U.S. Printing Office. Public Health Service Publication 1103.

Waage, H. (1918). Alkoholen og samfundslivet. Foredrag i Nationaløkonomisk Forening den 22. januar 1918. *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, 3(26), 31-91.

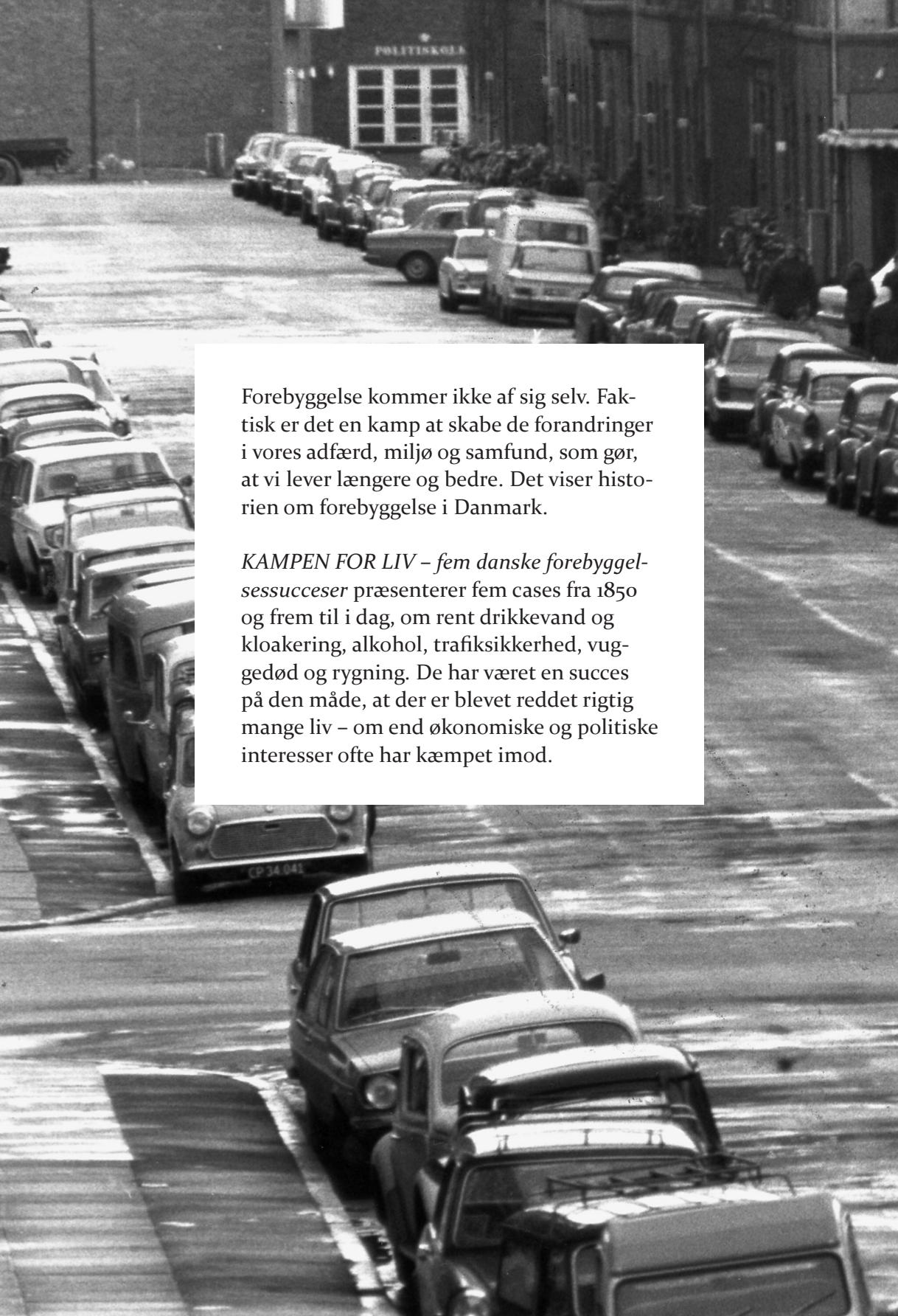
Warner, K. E. (2013). An endgame for tobacco? *Tobacco Control*, 22 (Suppl 1): i3-i5.

Weiss, F. (1917). *Hvorfor dannede vi foreningen Den personlige friheds værn i København. Indledende taler holdte ved stiftelsesmødet d. 27. Septbr. 1917.* København: Den personlige friheds værn.

WHO (2000). *Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents.* Geneva: WHO.

Wood, A. M., Pasupathy, D., Pell, J. P., Fleming, M., & Smith, G. C. S. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in risk of sudden infant death syndrome, other causes of infant mortality, and stillbirth in Scotland: population based study. *British Medical Journal*, 344.

Østergaard, L. (1973). *Brug af sikkerhedsseler.* København: Forenede Danske Motorejere.



Forebyggelse kommer ikke af sig selv. Faktisk er det en kamp at skabe de forandringer i vores adfærd, miljø og samfund, som gør, at vi lever længere og bedre. Det viser historien om forebyggelse i Danmark.

KAMPEN FOR LIV – fem danske forebyggelsessucceser præsenterer fem cases fra 1850 og frem til i dag, om rent drikkevand og kloakering, alkohol, trafiksikkerhed, vuggedød og rygning. De har været en succes på den måde, at der er blevet reddet rigtig mange liv – om end økonomiske og politiske interesser ofte har kæmpet imod.