

For det Almene Vel

Sundhed, lovgivning og forvaltningsret

Det danske sundhedsvæsen 1870–90

Af Helle Blomquist

Kan analyse af et forvaltningsorgans udvikling, institutionelt og opgavemæssigt, oplyse os om sammenhængen mellem dette forvaltningsorgans funktion og retsudviklingen indenfor det område, som organet er sat til at forvalte? I det følgende vil forsøges afdækket, hvorledes enkelte aspekter af denne sammenhæng udspillede sig indenfor det centrale danske sundhedsvæsen, Sundhedskollegiet, i perioden 1870–90. Problemstillingen er set fra sundhedsvæsenets perspektiv. Der er taget udgangspunkt i Sundhedskollegiets opgaver og i dets samspil med omverdenen. Vægten er lagt på de aktiviteter, der har at gøre med tilblivelse af nye ordninger, vejledninger, lovgivning, el. lign. Det er samtidig forsøgt at belyse de forestillinger, som læger og jurister gjorde sig med hensyn til intentioner bag sundhedslovgivning og dens funktion. Der er derimod ikke set på effekten eller regelsættets anvendelse ved domstolene.

Det er blevet fremhævet, at det danske sundhedsvæsens to største opgaver i de første 4 årtier i det 19. århundrede var vaccinationen og bekæmpelse af epidemier,¹ ligesom det er understreget, at der i denne periode var en befolkningstilvækst bl.a. som følge af vaccinationens indførelse.² Den kritiske eller revisionistiske medicinalhistorie har anført, at udviklingen af samfundet generelt har været

mere afgørende for infektionssygdommenes tilbagetrængning end medicinen.³ Indenfor dansk socialhistorie er indtaget et medicinal-kritisk synspunkt om årsagerne til de sundhedsmæssige forbedringer i Danmark før 1870.⁴

Som teoretisk ramme for denne undersøgelse vil blive anvendt Andrew Abbotts betragtninger om professionsystemet. Jeg betragter sundhedsvæsenet som den legale sfære, der har været anvendt af den dominerende profession som tomrum for bibeholdelse og udvidelse af sin dominans. Det forsøges klarlagt, om der i dansk sundhedsvæsen 1870–90 har været en dominerende sundhedsprofession. Der opstilles den hypotese, at det var denne professions strategier, krav og ønsker, der som udgangspunkt formede sundhedsvæsenet; dog i et samspil og modspil med andre professioner og under modtagelse af overensstemmende og modsatrettede påvirkninger fra den offentlige sfære og arbejdspladsen, hvorved det samlede system af professioner stadig har forrykket sig. Det antages endvidere, at kulturelle og sociale værdier i omgivelserne har været med til at forme professionen, ligesom den selv under bearbejd-

1. Erik Nørr, *Præst og administrator*, Administrationshistoriske Studier, nr. 4 (Kbh.: Rigsarkivet/G. E. C. Gad 1981), p. 386.
2. Claus Bjørn, *Fra reaktion til grundlov*, Gyldendal og Politikens Danmarkshistorie, nr. 10 (Kbh.: Gyldendal & Politiken, 1990), p. 25–33, p. 36. Desuden Lorenz Rerup, *Danmarks Historie. Bd. 6. 1864–1914*, (Kbh.: Gyldendal, 1989), p. 279–80, der tillige peger på behovet for en nærmere undersøgelse af forbedringerne i sundhedstilstanden.

3. Dette anføres fra McKcown-skolen, se Øivind Larsen, »Medisinsk historie-årsberetning, regnskab eller revisjon?«, (*Norsk Historisk Tidsskrift* (1987): 522ff. Desuden den radikalt-konservative medicin-kritiker Ivan Illich, der dog nævner vaccination som en positiv undtagelse, se Holsten Fagerberg et. al, *Medicinsk etik og menneskosyn*, (Malmø: Liber, 1984), p. 59.
4. Hans Chr. Johansen, *En samfundsorganisation i opbrud*. Dansk Socialhistorie, bd. 4, (Kbh.: Gyldendal, 1979), p. 289–99, der samtidig, p. 297 nævner, at der efter 1800 med få undtagelser ikke var alvorlige epidemier, der hærgede landet.

ning og tilegnelse af disse værdier har udformet den metode, der konstituerede dens ekspertise.⁵

En profession er i den sammenhæng en erhvervsgruppe, der med udelukkelse af andre anvender teoretisk viden på konkrete tilfælde. En professions virke hviler dermed på dens jurisdiktion over et bestemt område, dvs. dens udøvelse af arbejde indenfor området med udelukkelse af andre faggrupper. Denne jurisdiktion tilvejebringes dels i kraft af objektive faktorer, som teknologi dels i kraft af de subjektive faktorer, der udgøres af professionens problemkonstruktion, der kan sammenfattes i begreberne diagnosticering, fortolkning og behandling.⁶ Betegnelserne jurisdiktion og diagnosticering er fagudtryk hentet fra henholdsvis den medicinske og juridiske faggruppe, men anvendt uden den specifikke betydning, de tillægges i disse.

Andre teorier er relevante for en sådan undersøgelse. To indfaldsvinkler, der har været anvendt navnlig i relation til den medicinske historie og socialhistorien er synsvinklen om

social kontrol og den revisionistiske eller kritiske medicinalhistorie. Socialkontrolkonceptet som katalysator i velfærdsstatsforskningen er blevet angrebet for ikke at udgøre et sammenhængende begreb, og for at være antaget som indlysende uden at være påvist.⁷ Imidlertid har social kontrol som et system af interrelationer mellem stat og samfund været genstand for en række analyser i 1970'erne og 80-erne.⁸

Professionsteoriene

Professionslitteraturen repræsenterer ikke et samlet, afklaret teoriapparat, men en lang tradition indenfor navnlig den anglo-amerikanske sociologi, med vekslende retninger fra 1930-erne til idag. Den har beskæftiget sig med de trin, der kan iagttages i professionernes fremvækst som sådan, med enkelte professioner: ingeniører, læger og jurister, f.eks. eller den har belyst den historiske fremvækst

5. Andrew Abbott, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, (Chicago og London: The University of Chicago Press, 1988). Anmeldelse af Eva Marie Rigné, »Andrew Abbott: The System of professions: An Essay on the Division of Expert Labour,« *Sozialwissenschaftlichen Literatur Rundschau* (1990): 79–82. Abbotts tankegang vil ikke blive betragtet som en teori, der forsøges verificeret, men anvendes som udgangspunkt for undersøgelse af det danske sundhedsvæsens funktion samt interaktion med offentlighed og politisk forum.
6. Abbott, p. 55–60, p. 64–71. Jeg har oversat Abbotts udtryk to diagnose, to infer, to treat med at diagnosticere, at fortolke, at behandle. Der synes at være fællestræk med den terminologi, som anvendes af Knud Michelsen i hans analyse af den lægelige antropologi, se Knud Michelsen, *Synalejomfruen og den lægevidenskabelige menneskeopfattelse*, (Kbh.: Munksgaard, 1989), p. 42–43, p. 91 og p. 179 om den lægelige kompetence til at definere sygdomsbegrebet, behandlings- og fortolkningsmonopolet, selvom Michelsen ikke kan have anvendt Abbotts essay. Udtrykket jurisdiktion er tidligt indarbejdet indenfor professionsteorien, se Harold Wilensky, »The professionalization of everyone,« i *American Journal of Sociology*. Vol. LXX, (September 1964) 137–158, sp. p. 138.
7. Robert van Krieken, »Soziale Kontrolle im Abscits: Zur Erklärungskraft der historischen Soziologie des Wohlfahrtsstaates,« *Sozialwissenschaftlichen Literatur Rundschau* (1990): 57–72, sp. p. 21ff.
8. Et eksempel indenfor sundhedsområdet er den Foucaultinspirerede fremstilling af hygiejnens udvikling Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Kristensen, *Lys, luft og renlighed. Den moderne socialhygiejnes fødsel*, (Kbh.: Akademisk Forlag, 1986). Desuden Signild Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik. Ett bidrag til de danska sjukhusens historia 1750–1880*, (Kbh.: FADL, 1985). Som baggrund for dansk børneforsorg er social kontrolbegrebet anvendt i Annette Faye Jacobsen, »Kontrol og demokrati: Træk af dansk børneforsorgs historie 1933–1958,« (Dansk) *Historisk Tidsskrift* (1989), s. 253, hvor der tillige er henvisning til forskningsoversigt hos Stanley Cohen og Andrew Scull (red): *Social Control and the State*, (Oxford: Martin Robertson, 1983). En analyse af den lægelige antropologis udvikling i 1800-tallet er Knud Michelsen, *Synalejomfruen og den lægevidenskabelige menneskeopfattelse*, (Kbh.: Munksgaard, 1989). Anne Løkke, »Børnereddere. Den private filantropi og behandlingen af kriminelle og forsømte børn i Danmark omkring år 1900,« (Dansk) *Historisk Tidsskrift* (1991): 92–132.

af en eller flere professioner som et led i og formidler af en strukturel sammenhæng,⁹ med analyser af professioner som en selvstændig klasse¹⁰ eller med påvisning af de professionelles magt som et resultat af anvendelse af deres formelle, til den videnskabelige uddannelse knyttet kundskab og fortolkning og samfundsmæssige praktisering af denne.¹¹ Efterhånden som professionalismeteorierne som sådan udviklede sig er professionerne set i en sammenhæng med bureaukratisering og politik.¹² Endelig er der i amerikansk sociologisk litteratur i 70-erne opstået en retning, der har beskæftiget sig med samtidig amerikansk professionsudvikling ud fra betragtninger om de professionelle gruppers fald med udgangs-

punkt i deres ændrede status som ansatte snarere end som selvstændige.¹³

Signild Vallgård har givet en analyse af de danske lægers stilling i det 19. århundrede med inddragelse af den klassiske professions-teoris elementer. Hun konkluderer, at de danske læger i midten af 1800-tallet opfyldte kriterierne for at være en profession, og at de var dominerende indenfor sundhedsvæsenet, idet de i vidt omfang førte tilsyn med det øvrige sundhedspersonale. Hun peger dog samtidig på, at der var visse elementer i professionaliseringskomplekset, som de danske læger havde sværere ved at få anerkendt end andre. Blandt disse peger hun navnlig på den del af monopolet, der handler om lægernes egenkontrol med uddannelsen indenfor hospitalsvæsenet og befolkningens tillid til at lægerne handlede uegennyttigt i patientens interesse.¹⁴

I mine undersøgelser har jeg lagt vægt på en betragtning om, for det første professionaliseringen som en udviklingsproces snarere end etablering af en tilstand med faste elementer og for det andet, at der ikke nødvendigvis er tale om en professionalisering en

9. Harold Wilensky, »The professionalization of everyone,« i *American Journal of Sociology*. Vol. LXX, (September 1964) 137–158 har anført, at professionalisering foregår i 5 trin, heltidsbeskæftigelse, formel uddannelse, organisering, etisk kodeks for professionen. Magali Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism a Sociological Analysis*, (Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1977), bl.a. p. 216ff. Beskæftiger sig med professionalisering som sådan, navnlig for læger, jurister og ingeniører i England og USA.
10. Navnlig anglo-amerikansk teori, for såvidt angår C. Wright Mills som repræsentant herfor, se Eliot Freidson, *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, (Chicago og London: The University of Chicago Press, 1986) p. 42–44. I modsætning hertil vil en del kontinental europæisk litteratur betragte professionerne som en del af småborger-skabet, som fx. Poulantzas, *Classes in Contemporary Capitalism*, (London: New Left Books, 1975), omtalt hos Freidson, p. 44.
11. Det er denne retning, som Michel Foucaults forfatterskab har dannet skole for, jfr. Freidson, p. 6–13.
12. R. Torstendahl og Michael Burrage (ed.), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, The Swedish Collegium for Advanced Study in the Social Sciences, nr. 4 (London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications, 1990) p. 11.

13. Denne litteratur gennemgås hos Freidson, p. 110ff. Freidson tager afstand fra betragtningen om professionernes nivellering. Han medgiver, at den præmoderne mysticisme omkring professionerne er væk, at det nok er afgørende for professionernes status om de har kontrol over deres arbejde, men at dette ikke nødvendigvis udelukker ansættelse. Karakteren af de professionelle ansættelsesforhold giver dem stadig, på trods af en stilling som ansat en væsentlig stærkere position end »manden på gulvet«, Freidson, p. 119 og p. 126–30.
14. Signild Vallgård, »Læger, sundhedsvæsen og befolkning i det 19. århundrede,« *Ugeskrift for Læger* (Særnummer, maj 1988): 16–22. Et norsk værk, den norske lægeforenings jubilæumsbog om den norske lægestand er en fremstilling af den norske lægeprofessions udvikling, se Øjvind Larsen (red). *Legene og samfunnet*, (Oslo: Universitetet i Oslo, Den Norske Lægeforening, 1986), se anmeldelse heraf Jon Ivar Elstad, »Legene og Samfunnet,« *Tidsskrift for samfunnsforskning* (1987): 290.

gang for alle.¹⁵ I sådanne forløb må man være opmærksom på den anglo-amerikanske model overfor den kontinentale professionaliseringsmodel som to forskellige traditioner, der hver har deres karakteristiske forløb, og hvor statens vækst ses som afgørende for den kontinentale professionalisering, medens formation af et markedsmonopol og etablering af selvstændige næringsdrivende ses som den typiske vej for den anglo-amerikanske professionalisering. Jeg anvender således professionsteoriene til at analysere den politiske kamp om det bureaukratiske apparats tilde- ling af sundhedsopgaver.¹⁶

På denne måde bliver professionsteorien anvendt til at klarlægge en sammenhæng mellem organ og regel.¹⁷ Perioden 1870–90 er velegnet ud fra flere betragtninger. Der er lange perioder, hvor der ikke forekommer ekstraordinære katastrofesituationer, som under de store epidemier.¹⁸ Det vil sige, at der ikke er enkelt sygdomssituation, som eventuelle ændringer kan tilskrives. Og i relation til Abbotts professionsteori er det af betydning, at der er tale om ca. 20 års afstand til perioden omkring 1850, hvor sundhedsvæsenet blev søgt gennemgribende reformeret. Abbotts påstand om, at der i den legale sfære med ca. 20–50 års mellemrum vil blive foretaget genforhandling af professionsjurisdiktionen vil dermed kunne afprøves, ved at un-

15. Torstendahl og Burrage, p. 8, redegørelse for den position, der blev udtrykt af Magali Saffatti Larson, der netop påpegede den amerikanske lægeprofessions udvikling i en gentagne professionalisering.
16. Torstendahl og Burrage, p. 21–22 om de 3 felter, der i dag har åbent sig for professionsforskningen.
17. Signild Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik*, p. 118–20 peger på en vigtig problemstilling for det danske sundhedsvæsen, når hun anfører, at det i modsætning til f.eks. det engelske var statsligt styret.
18. Vagn Dybdahl, *Det nye samfund på vej*, Dansk Socialhistorie bd. 5, (Kbh.: Gyldendal, 1982), p. 30–31 anfører, at de epidemiske sygdomme udgjorde en faldende andel af sygdomstilfældene fra 1870 til 1913, dog afbrudt af enkelte store epidemier i 1889, 1891 og 1908. Dvs. at der var tale om fortsættelse af den tendens, der var karakteristisk for 1800-tallet, se note 4.

dersøge Sundhedskollegiets behandling af disse spørgsmål for den valgte periode.

Lægevidenskabeligt gennembrud 1870

»Medicinens unge eksakte æra er ved at udvikle sig i sin fulde flor, og alle kræfter optages af forudsætningsløs detailforskning efter en streng induktiv metode, man bærer med uhyre energi fra alle sider stene sammen til lægevidenskabens store fremtidsbygning, uden at have tid til at tænke på, hvorledes bygningen tegner til at blive, og end mindre på, hvilke fundamenter, tidligere tider allerede har lagt.«

Således indledte professor, dr. med. Julius Petersen sine forelæsninger ved Københavns Universitet i 1874 om den danske lægekunsts videnskabelige udvikling.¹⁹ Og han sluttede med at konkludere, at denne induktive stræben var et resultat af tidligere tiders udviklingsbevægelse, der nu ved hjælp af statistikken bevægede sig fra et tidligere terapeutisk nulpunkt ind i den positive viden, med terapeutiske erfaringer baseret på klinisk iagttagelse.²⁰

I Kuhns tolkning af af naturvidenskaber- nes udvikling kan den af Petersen beskrevne aktivitet ses enten som den normale naturvidenskabelige faktaindsamling, eller den usædvanlige tilstand, der opstår i perioden mellem et nedbrud af et paradigma og opkomsten af et nyt, hvor videnskabsmanden vil søge tilfældigt anstillede eksperimenter blot for at se, hvad der sker.²¹

Lægevidenskabens udøvere havde en forestilling om at stå i et gennembrud, ligesom de i øvrigt opfattede deres samtid som en »brydningens og gæringens tid, i ordets egentlige

19. Julius Petersen, *Den Danske Lægekunsts historiske Udvikling*, (Kbh.: Andr. Fred. Høst & søn, 1876) p. 1.
20. Julius Petersen, p. 298ff.
21. T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, 2. nd. ed, enlarged, International Encyclopedia of Unified Science, Vol. 2, no. 2. (USA: University of Chicago Press, 1970) p. 1–2, p. 27 og 86–87.

forstand en overgangsperiode«. ²² Denne sympati for gennembrudstanker behøvede ikke at være ensbetydende med en overensstemmelse med Brandes tanker om det moderne gennembrud. Lægerne kunne anføre, at Brandes' opfattelse ikke var epokegørende, at de som naturforskere havde den naturvidenskabelige metode som deres oprindelige fagområde, og at Brandes' opfattelse af f. eks. familierelationer stred mod fremtrædende naturforskere lærdom og den viden, fremtrædende naturforskere med dygtighed havde demonstreret i deres specialfag. ²³ Den induktive forskning har således været et etableret lærdomsområde for lægerne i 1870-erne, og dens resultater har været opfattet som et gyldighedskriterium og en baggrund for videnskabelig definering af kulturelle værdier. ²⁴

Den forskningsmæssige udvikling indenfor bakteriologien i 1880-erne og 90-erne syntes i sig selv at være et eksempel på, hvorledes omdefineringen af de lægevidenskabelige grundbegreber er sket med udgangspunkt i den induktive forskning, samtidig med at denne omvæltning gav anledning til krav om et offentligt styret og finansieret kontrolprogram, nemlig etablering af kødkontrollen. ²⁵

Hospitaler, forskning og undervisning

Specielt lægernes forskning var knyttet til de institutioner, hvor de havde adgang til at praktisere og systematisere deres iagttagelser, og den har været opfattet af de etablerede læger som lægestandens eksklusive viden, som andre ikke med faglig dækning kunne udtale sig om. Af de institutioner, der har været afgørende for lægevidenskaben har universitetet været centralt, men selvom der var tale om vækst i sundhedsvæsenet og antallet af sundhedsinstitutioner, var antallet af docenter ved universitet fra 1850 til 1870 blevet reduceret med 1 fra 11 til 10. ²⁶

Lægevidenskabens udvikling har med denne kundskabsopfattelse været afhængig af en række andre institutioner ved siden af universitetet. Og navnlig hospitalerne var i fokus som oplæringssted for læger. Denne hospitalsopgave blev etableret i Europa og i Danmark i det 18. århundrede. Dens oprindelse som en integreret del af lægevidenskaben tilskrives opbygningen af det parisiske hospitalsvæsen i første halvdel af det 19. årh. ²⁷ Men omkring 1870 blev de danske hospitalers medvirken til lægernes uddannelse et stridspunkt mellem hospitalslægerne og fakultetslægerne. Også i forholdet mellem sygehusmyndigheden og lægerne blev hospitalet omstridt. I 1863 forbigik Københavns kommune en indstilling fra Sundhedskollegiet vedr. besættelse af lægestilling på Kommunehospitalet. ²⁸

Professor Panums forslag fra slutningen af 1860-erne til en universitetsreform blev opfattet som et forsøg på at inddrage alle Københavns hospitaler under fakultetets kontrol. Anstødsstenen var forslaget om at sikre

22. Ax (Synonym for stadslæge P. A. Schleisner), *Den ny sensualistiske lære og Dr. G. Brandes*, (Kbh.: C. A. Reitzel, 1872) p. 4-5, 18-20, i det følgende citeret som Schleisner, *Den ny sensualistiske lære og Dr. G. Brandes*.
23. Schleisner, *Den ny sensualistiske Lære og Dr. G. Brandes*, p. 28-29.
24. Se tillige Knud Michelsen, p. 71-76 omtaler perioden omkring 1870 som et generelt paradigmeskift, hvor naturvidenskabelig rykker op som førende i det videnskabelige hierarki, og lægen fremstår som »tidens helt« (et udtryk, anvendt af Georg Brandes).
25. Se overdyrlæge F. A. C. Møller, »Om Kjødkontrollens Betydning og Udvikling«, *Hygiejniske Meddelelser*, 3. rk., bd. 2, Selskabet for Sundhedsplejen (udg.), (Kbh.: Jacob Lund, 1884), p. 243-76, sp. p. 274-76 og J. G. Ditlevsen, »Oversigt over vort nærmere kendskab til bakterierne med hensyn til deres betydning for sundhedsplejen«, *Hygiejniske Meddelelser*, 3. rk., bd. 2, p. 312-25.

26. Falbe-Hansen og Scharling, *Danmarks Statistik V.*, (Kbh.: Gad, Delbanco, Hegel & Lose, 1881) p. 80.
27. Ivan Waddington, »The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine,« *Sociology. Journal of the British Sociological Association*, (1973): 211ff.
28. Signild Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik*, p. 79.

fakultetet indflydelse på »hele det store hospitalsmateriale«. ²⁹ Panums forslag kom efter lang tids diskussion indenfor fakultetet, og afslørede betydelig uenighed mellem de forskellige opfattelser, ligesom Engelsteds modstand viste, at heller ikke udenfor universitetets mure kunne man samle enighed om den fremtidige ordning. Engelsteds forslag var at specialisere lægeuddannelsen og nedtone hjælpevidenskaber samt lægge vægt på den kliniske iagttagelses udvikling igennem lægens hele virke. ³⁰

Tendens til specialisering var netop på dette tidspunkt sat ind i den lægevidenskabelige uddannelse i form af særlige prøver i enkelte discipliner, men en ny studieordning stødte bl.a. på modstand fra de mere konservativt indstillede professorer, der var modstandere af at lægerne skulle behandle smådele af det menneskelige legeme. Diskussionen i 1868 udmundede i en ny studieordning i 1873. Men eksaminerne gav stigende specialisering, ligesom der blev bedre mulighed for de studerendes kliniske øvelser, dog under hospitalets kontrol. ³¹

Panums forsøg på at bringe hospitalerne under større indflydelse fra fakultetets side var dermed mislykkedes, selvom hans appel havde været rettet til både offentlighed, regering og Rigsdag. Diskussionen i 1868 om

den lægevidenskabelige uddannelse blev dermed også i høj grad et spørgsmål om forskellige lægegrupperes indre stridigheder, hvorunder de har rettet deres forhåbninger mod den del af det offentlige system, som de hver for sig var institutionelt mest knyttet til, universitetslægerne mod staten, hospitalslægerne mod kommunalbestyrelsen. ³²

Sundhedsvæsenets opbygning

I 1870 var der ialt 75 civile sygehuse i hele landet. De var opført over en periode af over hundrede år, med Kgl. Frederiks Hospital som det ældste fra 1757. I perioden fra 1871 til den 1. januar 1880 blev ibrugtaget nye bygninger og opført yderligere 16 sygehuse, heraf 5 i Københavns kommune/Københavns amt, tilsammen i et antal af 25 sygehuse. I perioden fra 1851–70 var der opført 33 nye sygehuse. Selvom sygehuset som institution var veletableret, blev en mere udbredt anvendelse først praktisk så sent som efter 1850, men da i stigende grad i vækst, med nyopførelser og moderniseringer af bestående bygninger. ³³ Betjeningen af hospitalerne foregik i 1870-erne i mange tilfælde som hidtil ved at distriktslægen tillige var sygehuslæge. Men antallet af sygehuslæger var steget markant, i København fra 28 i 1850 til 50 med udgangen af 1871. Udenfor hospitalerne havde der i 1850-erne og 60-erne været et stigende antal af læger til betjening af befolkningen, i hvert fald for så vidt angår de praktiserende læger, hvis antal i forhold til befolkningen var forøget, både i Københavns og provinsen. Embedslægerne derimod, hvoraf de underordnede distriktslæger fungerede som fattiglæger, var blevet færre i forhold til den samlede befolkning. Der var i 1871 ialt 676 læger i hele landet, 10 år efter var der 856. Embedslægerenes opgaver havde ændret sig fra århundredets midte til 1870-erne. De havde fået flere

29. Dette udtryk er Panums eget, citeret fra Sophus Engelsted, *Professor Panums forslag til reform af det medicinske Studium*, (Kbh.: C. A. Reitzel, 1868) p. 3–4 og p. 8. Engelsted var på dette tidspunkt overlæge på Københavns Kommunehospital, afdeling for hud- og kønssygdomme samt lærer ved universitetet. Året efter blev han medlem af Sundhedskollegiet. Hans standpunkter har således ikke hindret ham i adgang til den øverste medicinalstyrelse.

30. Waddington, p. 211–12, Engelsted, *Professor Panums forslag*, p. 22–23 og p. 11. Engelsted angreb Panums forslag for at være inspireret af den preussiske ordning, som Engelsted selv tog afstand fra.

31. Knud Brøchner-Mortensen, »Det lægevidenskabelige fakultet 1842–1979«, i *Københavns Universitet 1479–1979*, Bd. VII, red. Svend Ellehøj m. fl. (Kbh.: G. E. C. Gad, 1979), p. 91–196, sp. p. 103–04 må nærmest forstås således at han mener, at ordningen i 1873 var en tillem্পing af nye erfaringer indenfor bestående rammer.

32. Engelsted, *Professor Panums Forslag* . . . , p. 35 og p. 33.

33. Falbe-Hansen og Scharling, *Danmarks Statistik V* p. 88–96.

egentlige embedsopgaver i form af obduktioner og justitssager, uden at der var sket en yderligere opdeling i embedsdistrikter eller forøgelse af lægeantallet. Den almindelige befolknings behov for lægehjælp måtte i 1870-erne i højere grad end i de tidligere årtier tilfredsstilles på hospitaler og af praktiserende læger. Antallet af sygekasser steg navnlig fra 1864, og 1860'erne, 70-erne og 80-erne blev store stiftelsesår for sygekasser. En ny bølge kom efter vedtagelse af sygekasseloven i 1892.³⁴

Antallet af jordemødre i forhold til befolkningstallet var derimod for nedadgående, i København endda i drastisk grad. I 1871 var der over 50% flere indbyggere pr. jordemoder end i 1850, medens der i provinsen var tale om en svag stigning i antallet af indbyggere pr. jordemoder.

Forsyningen med apoteker havde mod 1850 udviklet sig i retning af et faldende befolkningstal pr. apotek, både i København og provinsen. I 1860 var det enkelte apoteks befolkningsgrundlag blevet bredere, men havde indsnævret sig igen i 1870, hvor antallet af indbyggere pr. apotek igen var faldet. Denne tendens vendte op mod 1880 for København, mens der for provinsen var et gennemsnitligt faldende grundlag for hvert apotek.³⁵

De statslige udgifter til medicinalvæsenet havde været stigende op igennem 1860-erne, men fra 1870-erne stagnerede og faldt de, bortset fra en stigning i 1884, hvor staten overtog sindssygevesent. De kommunale udgifter varierede ikke i så høj grad som de statslige. Her var tale om en jævn stigning i løbet af hele sidste halvdel af 1800-tallet.³⁶

Samlet var sundhedsvæsenets struktur i 1870-erne under en ændring, hvorunder hospitalet var begyndt at spille større rolle, dels som behandlingsanstalt, dels som arbejds-

plads for læger og basis for lægevidenskaben som et led i lægens uddannelse. Af det øvrige sundhedspersonale var jordemødrenes og embedslægerne antal vigende, og embedslægerne gik ind i mere administrative opgaver. Apotekerne havde forbedret deres eksistensgrundlag i forhold til perioden omkring midten af århundredet. Antallet af unge læger og lægestuderende var stigende ved indgangen af 1870-erne.³⁷

Sundhedstilstanden

Sundhedstilstanden var erkendt som værende i bedring. Fødselsoverskuddet var stigende, og der var ikke i 1870-erne de stærke fald, som epidemierne i 1830-erne og 50-erne havde medført. Kopperne optrådte tidligere med større voldsomhed, og denne aftagen havde sin væsentlige andel i de mindre udsving i dødeligheden.³⁸ Også de samtidigt udarbejdede indberetninger fra lægerne om sundhedstilstande i 1870-erne viser, trods påpegnings af problemer, gennemgående en opfattelse af tilfredsstillende og bedret sygdomssituation.³⁹ Til gengæld var der utilfredshed med de hygiejniske tilstande, såvel på landet som i byen.⁴⁰ I de større byer klages over industriforurening og affaldsstoffer fra en stigende tilvandring af proletariseret befolkning, i de mindre byer over en uordentlig

37. Engelsted, *Professor Panums Forslag*. . . , p. 17.

38. Falbe-Hansen og Scharling, *Danmarks Statistik. I* (Kbh.: Gad, Delbanco, Hegel & Lose, 1885), p. 431–32 og 436–37, p. 463.

39. Th. Bricka, *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning*, (Kbh.: C. A. Reitzel 1871), for så vidt angår 1870-beretningen, dvs. sundhedstilstanden i 1869, p. 295, for 1871-beretningen, p. 477f, for 1872-beretningen, p. 380, for 1873-beretningen, p. 439, for 1874-beretningen, p. 298, for 1875-beretningen, p. 372, for 1876-beretningen, p. 376, for 1877-beretningen, p. 586f.

40. I 1885 blev situationen dog opsummeret således at man ved hygiejniske forbedringer havde trængt koleraen tilbage, se H. Westergaard, »Fødselshyppighed og dødelighed,« i *Danmarks Statistik I*, red. Falbe-Hansen og Scharling, p. 463, der samtidig, p. 475 gav udtryk for bekymring for det stigende fødselsoverskuds mulige negative virkning på kommende generationer.

34. H. Daniel (red.), *Danmarks Sygekassevesen gennem århundreder*, (Kbh.: Forlaget Videnskab og Kultur, 1937) p. 40 og 68, samt Poul Thestrup, *Nærbutik og næringslovsomgæelse*, (Odense: Odense Universitetsforlag, 1986), p. 304ff.

35. Falbe-Hansen og Scharling, *Danmarks Statistik V* p. 75–85.

36. Hans Chr. Johansen, *Danmarks Historie. Bd. 9. Dansk økonomisk statistik 1814–1980*, (Kbh.: Gyldendal, 1985), p. 343ff.

sammenblanding af bybeboelse og landlige møddingsforhold. I de hygiejniske forhold vises et samspil med politiet og sundhedskommissionen. Men netop opgaverne indenfor den offentlige hygiejne kom i 1870-erne til at bære præg af nye professionelle grupper, der kom til at gøre sig gældende ved håndtering af sundhedsproblemerne. Som en ny type sagkyndig deltog arbejdsinspektør, kemikeren Haldor Topsøe f. eks i 1874 som tilkaldt af embedslægen til forhandling i spørgsmål om forurening fra fabriksskorstene i Frederiksværk. Også brøndboringer og kemiske drikkevandsanalyser blev taget i brug til måling af vandkvaliteten.⁴¹

Dette samspil mellem forskellige professionsgrupper blev udbygget i 1890-erne, og den lokale embedslæges muligheder for overhovedet at rejse en sag overfor en kommunalbestyrelse kunne helt afhænge af samarbejde med en kommuncingeniør eller opbakning fra en dyrlæge.⁴²

Lægevidenskab og sundhedsvæsen

Der er en sammenhæng mellem lægevidenskab og sundhedsvæsenets opbygning og funktion, og i 1889 opfattede den officielle lægeverden det således, at der i hele 1800-tallet havde udspillet sig en reformbevægelse på sundhedsvæsenets område med lægerne som aktører. Denne reformbevægelse havde fundet sit udtryk i Sundhedskollegiets initiativer, i enkelte praktiserende lægers og navnlig embedslægers offentlige petitioner og andre appeller til offentligheden samt i embedslægernes daglige færden på det lokale arbejdssted.⁴³ I 1889 var lægernes hovedkrav til

sundhedsvæsenet: 1. omorganisering af den centrale styrelse fra kollegium til departementalt system, 2. permanent brug af læger i sundhedskommissionerne og 3. forbedring af distriktslægerne forhold, således at de ved en bedre aflønning kunne blive fritaget for fattigpraksis.⁴⁴ Disse krav rettede sig netop mod staten, som den ansvarlige for et samlet sundhedsvæsen, i overensstemmelse med en kontinental professionsmodel med et centralt styret embedskorps af læger.

Med et udtryk fra professionsteorien kan man sige, at lægerne allerede fra 1800-tallets begyndelse var den siddende og dominerende profession i dette samlede system. Den siddende profession skulle forventes at søge sin indflydelse bevaret ved i den legale sfære at forsvare sig mod angreb, derfra bevæge sig ud i den offentlige sfære og til slut forsøge at hævde sin position på arbejdspladsen. For den udfordrende profession vil bevægelsen være modsat. I denne dynamik vil såvel professionseksterne som interne faktorer gøre sig gældende.⁴⁵

En betydelig del af sygebehandlingen har formentlig være foretaget af kvaksalvere, kloge mænd og koner, barberer og materialister eller andre, der solgte uautoriseret helsemedicin, »arkana«, og lignende midler mod dårligdomme. Hvor mange kvaksalvere, der har været, var der næppe nogen i det officielle system, der har været klar over, men i 1864 opgjorde Sundhedskollegiet det samlede antal til 244.⁴⁶ Det almindelige indtryk i 1867 var, at 70 års aktivitet med forsøg på at stoppe kvaksalveriet ikke havde båret frugt,

41. Det Kgl. Sundhedskollegiums Aarsberetning, 1870-77. 1870, p. 419-26, 1871, p. 602-616, 1872, p. 546-559, 1873, p. 602-610, 1874, p. 472-482, 1875, p. 577-67, 1876, p. 659-673, og 1877, p. 782-794. Fyn Fysikat var i disse år det fysikat, der hyppigst meldte om tilfredsstillende forhold.

42. Se sagen om Ringsted kommunes vandforsyning og afløbsforhold, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 401a-1895.

43. J. Lehmann, *Reformbevægelsen på vor civile Medicinalforfatnings område*, (Kbh.: J. H. Schultz, 1889).

44. Disse krav var blevet rejst allerede i forbindelse med forsøg på reformering af embedsvæsenet i 1850-erne.

45. Andrew Abbott, p. 135-39.

46. Opgørelsen er refereret i *Rigsdagstidende 1867/68, Tillæg B*. sp. 142. Den blev forelagt Rigsdagen i forbindelse med forhandlingen om lov om uautoriserede personers lægevirksomhed. En oversigt over den tidlige professionsudvikling hos de danske læger findes hos Signild Vallgård, *Læger, sundhedsvæsen og befolkning* og Gordon Norrie, »Embedslægevæsenets udvikling i Danmark,« i *Medicinalkommissionens betænkning ang. ordning af embedslægevæsenet og den kommunale sygepleje i Danmark*, (Kbh: Schultz, 1911), Bilag 1.

og en begrundelse for at ophæve lægemonopolet var bl.a., at det ikke var lykkedes at håndhæve det. Agtelsen for lovene ville svækkes, hvis den faktiske tilstand var i strid med lovens forskrift.⁴⁷

Den autoriserede lægestands monopol var grundpillen i det danske medicinalsistem. Det gav basis for Sundhedskollegiets magt til stillingsbesættelser, det gjorde lægerne til enebehandlere og tilsynsførende med alt andet sundhedspersonale, og det gav lægerne det afgørende ord ved fastlæggelse af deres egne og andet sundhedspersonales arbejdsgange, undervisning og videnskabelighed samt en væsentlig rolle ved fastlæggelsen af sundhedspolitikken.⁴⁸ Der var i princippet to måder, hvorpå dette monopol kunne ændres indholdsmæssigt. Den ene var at hævde andres ret til sygebehandling, den anden var at opdele sygebehandlingen på forskellige faggrupper. Medens den første gruppe af krav blev stillet offentligt som forslag til at frigive lægenæringen, blev den anden gruppe af krav gradvist i løbet af 1860-erne og 70-erne en del af de krav som lægerne, i nogle tilfælde i samarbejde med andre faggrupper rettede til den legale del af sundhedsvæsenet. De to strategier eksisterede samtidig, men betegnende nok i forskellige regier og fra 1870-erne fik den opdelende strategi, der var baseret på lægestandens monopol overtaget i form af en række nye reformer, der foretog præcisering og opdeling af behandlingsområdet.

Rigsdagens holdning til læger var kritisk i slutningen af 1860-erne og i begyndelsen af 1870-erne var opgavefordelingen på sundhedsområdet til forhandling i Rigsdagen. Et privat lovforslag om at tillade uautoriserede personer at foretage sygebehandling blev ganske vist ikke vedtaget, men fik betydelig støtte, navnlig i Folketinget, og et regeringsforslag om stigende autoritativ kontrol med arkana blev ikke vedtaget, fordi Rigsdagen

var betænkelig ved dette indgreb i den personlige frihed og apotekernes næringsudøvelse. Det var således i det offentlige liv ikke nogen selvfølge, at lægerne skulle bibeholde deres monopol, eller at administrativ kontrol med sundhedspersonale eller produkter skulle udbygges. Og som den faggruppe, der primært var forbundet med bestyrelsen af det statslige sundhedsvæsen var lægerne trængt. Alternativet til lægernes jurisdiktion set i det perspektiv var ikke opgaveløsning ved en anden profession, men lægfolk og fri næringsudøvelse, fri disposition over ejendomsretten, eller politisk magtudøvelse og forhandling i sundhedskommissionerne. Det gjaldt for såvidt angår sygebehandlingen, bygningsindretningen, apotekerdrift eller hygiejnespørgsmål. Dette var i overensstemmelse med liberaliseringsbestrebelseerne i århundredets midte.⁴⁹

Sundhedskollegiet, Det Kgl. Medicinske Selskab og Den Almindelige Danske Lægeforening havde en væsentlig andel både i at opretholde monolet og i at virke for opdeling af behandlerområdet. Organisatorisk styrkede lægerne sig ved en sammenslutning mellem de to lægefaglige foreninger Kgl. Medicinsk Selskab og Philiatrien i 1872. Et forsøg fra Den Almindelige Danske Lægeforening på i 1873 at inkorporere Det Medicinske Selskab mislykkedes, fordi selskabet opfattede sig selv som sagkyndig fremfor en interessebetonet organisation.⁵⁰ Generelt har lægerne iværksat en større organisatorisk samling til at varetage deres erhvervsmæssige interesser, også et udtryk for en reaktion mod det pres, deres monopol har været udsat for.⁵¹

Andre faggrupper, som tandlægerne og apotekerne støttede denne strategi i et vist

47. Rigsdagstidende, 1867/68, tillæg B., sp. 130.

48. Wilensky vil lægge mindre vægt på den legale side af monolet som karakteristisk for professionaliseringsprocessen. Han går så vidt som til at sige, at loyal beskyttelse ikke er en del af professionernes »natural history«, p. 145.

49. Se om den norske kvaksalverlov, der var forbilledet for det danske forslag, Ulf Torgersen, *Profesjonsosologi* (Oslo – Bergen – Tromsø: Universitetsforlaget, 1972), p. 20–27.

50. V. Christophersen, p. 15–16.

51. Jfr. skriftet *Forhandlingen i Det Kgl. Medicinske Selskab i anledningen af den i Rigsdagen forelagte lov om frigivelse af lægepraksis* (Kbh.: C. A. Reitzel, 1868) Skriftet blev udgivet i særtryk, netop i den erkendelse som lægerne på mødet gav udtryk for i retning af nødvendigheden af at gøre offentligheden bekendt med deres synspunkt.

omfang, fordi den gav dem beskyttelse i forhold til de frie næringsdrivende, barbererne og materialisterne, der truede deres erhvervsområde. Sundhedskollegiet udgjorde her det legale organ, der af disse faggruppers officielle repræsentanter blev anvendt som forum til at kræve monopolreglerne overholdt.⁵²

Hvor udfordrerne af monopolet gik til pressen og offentligheden, holdt de etablerede faggrupper, f. eks. tandlægerne, sig til den legale sektor. Dette mønster genfindes også for det egentlige alternativ til den ortodokse lægestand, nemlig homøopaterne, der agiterede gennem publikationer, foredrag og dagspresse. En undtagelse var her tilsyneladende Island, hvor homøopaterne havde skabt en slags omvendt jurisdiktion i lokalsamfundet (men naturligvis ikke i selve sundhedsvæsenet, hvor lægerne var udnævnte af kollegiet). Dette var bl.a. sket i kraft af homøopaternes stilling som ansete mænd i lokalsamfundet og i kraft af amtmandens velvilje og evne til gennem Justitsministeriet at opnå særlige beføjelser, som han udnyttede til at hindre indgreb overfor homøopatisk virksomhed.⁵³

Sundhedskollegiet gav en bevidst støtte ikke alene til sikring af monopolets overhol-

delse, men også til selvstændiggørelse af embedsvirksomheden i forhold til andre myndigheder. Dette skete på forskellige måder: Opbakning til fysici i hævde af deres ret til at foretage embedsrejser uden at disse blev berørt af de lokalkommunale myndigheder, fastlæggelse af selvstændige forpligtelser for distriktslægerne, regler for forholdet mellem den private og statsansatte læge og forsøg på reformering af distriktslægerens lønninger, således at de kunne slippe fattiglægepraksis og leve af deres embedsopgaver.⁵⁴ Den instruks for embedslæger, der kom i 1877 og som præciserede embedsopgaverne var et led i denne strategi og blev af en af kollegiets mest fremtrædende medlemmer, Emil Fenger, kædet sammen med overvejelser om styrkelse af det centrale medicinalbestyrelse.⁵⁵ Et led i disse overvejelser var diskussioner om

52. Se f. s. a. medicinalvæsenet, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 3-1882 og med hensyn til lægerne, *Forhandlingerne i Det Kgl. Medicinske Selskab i anledningen af det i Rigsdagen fremlagte lovforslag om frigivelse af Lægepraksis*, samt sagen vedr. pastor Hass' kvaksalverpraksis, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 450-1860 om homøopatisk forening, samt de argumenter, der blev fremført under 1860-ernes rigsdagsforhandlinger om frigivelse af lægepraksis, f. eks. Rigsdagstidende 1865/66, Folketingets Forhandlinger, sp. 3541-3555, hvor der fremdrages eksempler på, at Sundhedskollegiet var mere fjendtlig overfor næringsfriheden på området end det havde været Folketingets intention.

53. Både den islandske sag og tandlægespørgsmålet viste en tilbøjelighed hos Kollegiet til at gå længere i regulering af sundhedsforholdene end Justitsministeriet. Kollegiet havde således allerede i 1862 (afgivelse af kommissionsbetænkning i 1865) foreslået Justitsministeriet en eksamen for tandlæger, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 372-1871. Tandlægeeksamen kom først i 1873, i det væsentlige i overensstemmelse med indstillingen fra 1865, se C. Hage, *Det danske Tandlægevæsen* (Kbh.: J. H. Schultz, 1886), p. 149. Justitsministeriet havde desuden været mindre lægevenlig end kollegiet i sagerne vedr. homøopati, apotekervæsen samt i lovforslaget vedr. frigivelse af lægepraksis.

54. Sundhedskollegiets virksomhed i 1870-erne og 80-erne viser disse faglige stridigheder og reformer. Forsøg på selvstændiggørelse af embedslægerne findes i Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 220-1875 og 27-1871, hvor kollegiet hævdede embedslægens sagskundskaab overfor den praktiserende læge, samme, jr. nr. 531-1875 om tjenesterejser og jr. nr. 460-1875 om distriktslægers lønninger ved ligsyn. Først i 1904 fik distriktslægerne fast tilskud til kontorhold, se *Sundhedskollegiets Forhandlinger for 1904*, (Kbh.: C. A. Reitzel, 1905) p. 264.

55. Forarbejder til instruksen, se Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 382-1872.

skabelse af en mere slagkraftig centralforvaltning, der senere mundede ud i lovforslag om et centralt sundhedsråd, der blev fremsat i 1890-erne, men uden at kunne blive vedtaget. Mindre reformer blev dog foretaget administrativt: Kollegiet rationaliserede sin arbejds-gang i 1889, fik selvstændigt lokale og tilskud til udgivelse af sine forhandlinger og medicinalberetningen, da den tidligere ordning havde vist sig urentabel for bogtrykkeren.⁵⁶ Underretninger om sundhedstilstanden i Danmark var af afgørende betydning for sundhedsvæsenet, men uden interesse for den brede offentlighed. Situationen viser splittelsen mellem den lægelige kundskabsudvikling og offentligheden.

Når lovforslaget om monopolet faldt skyldtes det modstand fra Landstinget, som i 1874 indtog den holdning, at der ikke var noget alternativ til den videnskabeligt arbejdende læge. Selvom Landstinget i sin betænkning indrømmede, at kvaksalvere i nogle tilfælde kunne helbrede patienter, som lægerne havde opgivet, måtte staten støtte lægemonopolet, simpelthen fordi lægerne arbejdede på videnskabeligt grundlag.⁵⁷

Nye politiske krav til sundhedsvæsenet

Ute Frevert har påvist, at sundhedspolitikken i Preussen allerede fra 1840-erne ændrede sig

56. Knud Erik Madsen, *Det Kongelige Sundhedskollegiums arkiv*, p. 5–6 og samme, »Dansk sundhedspolitik 1901–1921« *Historie. Jyske Samlinger*, Ny række 14, (1981–83): p. 239 ff, sp. 242–43, hvor der understreges sundhedspolitikens forsinkelse som følge af forfatningskrisen. En anden forklaring kan desuden have været, at venstre-kredse ikke var lægerne venligt stemt, jfr. Rigsarkivet, Frede Bojsens Privatarkiv, nr. 5180, pk. 26, F. 1. c, reformværket 1890–93, forslag til kvaksalverlov, hvoraf det fremgår, at Bojsen havde forestillet sig en ny kvaksalverlov, hvorefter kvaksalveri kun skulle være strafbart, hvis det havde konkrete skadevirkninger. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, Journalsag, jr. nr. 13–1879, der vedrører tilskud til trykning af selvstændig årsberetning fra kollegiet.

57. Rigsdagstidende, 1873/74, Tillæg B, sp. 43.

fra at have fattigdomsproblemet som genstand fik arbejderspørgsmålet, hvor sparekasser, sygekasser og krav om offentlige hygiejnerereformer indgik som en del af nydefineringen af sundhedsvæsenet.⁵⁸ Et skift i den sundhedsmæssige interesse skete også i Danmark, også som krav til det offentlige, stat og kommuner om reformer. En række af disse reformtanker havde dog det enkelte individ som målgruppe med en lokal samvirkebevidsthed inspireret af stedlige lærere og gårdmænd og tillige med et oplysende formål. De var forankrede i den liberalistisk selvhjælpstanke, og et afgørende skift på f.eks. sygekasseområdet i retning af større tilslutning til offentlig hjælp til selvhjælp kom først i 1878.⁵⁹

Lægerne havde en væsentlig rolle i dette arbejde med at definere de nye hygiejniske og sygeplejemæssige opgaver, der knyttede sig til den industrielle udvikling. Læger var i vidt omfang, sammen med lærere, gårdmænd og præster organisatorer ved oprettelse af sygekasser og betækningsarbejde. Som enkelte eksempler kan nævnes Hornemann som deltager i den offentlige debat om varetagelse af børns beskyttelse i arbejdssituation og i faglige kredse i udviklingen af en byhygiejne i tidsskriftet *Hygiejniske Meddelelser*, I. Brandes' ligeledes offentlige argumentation for etablering af sygeplejen og sygekasser samt fysicus Trautner som praktisk organisator af sygekassevæsenet på Fyn og af sygeplejeud-dannelse. Arbejdet blev kombineret med en

58. Ute Frevert, *Krankheit als Politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preussen Zwischen Medizinischer Polizei und Staatlicher Sozialversicherung*, Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, nr. 62 (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1984) p. 240ff.

59. Niels Clemmensen, *Associationer og foreningsdannelser i Danmark 1780–1880. Periodisering og forskningsoversigt*, (Øvre Ervik: Alvheim & Eide Akademisk Forlag, 1987), p. 91–96. Betænkning afgiven af den ifølge kgl. resolution af 20. september 1875 til undersøgelse af arbejderforholdene i Danmark nedsatte kommission. (Kbh: Schultz, 1878), p. 74–75. Kommissionens forslag var bl. a. en opbakning bag en allerede eksisterende kommunal politik med at give moderation til sygebehandling på hospital. En faktisk, positiv sammenhæng mellem de forskellige innovationer er påvist af Poul Thestrup, p. 372ff.

paternalistisk indstilling om at opdrage arbejderbefolkningen til et ordnet levned.⁶⁰

I Det Kgl. Medicinske Selskabs Hygiejniske komité fra 1845 fik bevægelsen en forankring i en fagligt betonet organisation, der rettede sine krav til kommunerne om sundhedskommissioner, vandforsyning, boligsanering og mod staten for såvidt angår mortabilitetstabeller, hospitalsstatistik og arbejderbeskyttelse.⁶¹ Væsentlige krav blev altså ikke oprindeligt formuleret af deltagerne i det legale system i deres egenskab af embedsmænd der. Heller ikke var det et samlet krav fra lægeside eller knyttet fast til en sammentømreret lægeorganisation. En væsentlig del af initiativerne kom fra Det hygiejniske Udvalg, der var en underafdeling af Det Kgl. Medicinske Selskab, som igen var en selvstændig sagkyndig forening, baseret i København og selvstændig i forhold til lægerernes landsdækkende faglige organisation, Den Almindelige Danske Lægeforening.⁶² Lægeforeningen del-

tog i formuleringen af de hygiejniske krav, men i mere begrænset omfang. I 1865 udskrev den en prisopgave for en populær fremstilling om renlighedens nytte og betydning for befolkningens sundhed og velvære, og i 1877 vedtog lægemødet en resolution om at sundhedskommissioner måtte blive obligatoriske med de stedlige embedslæger som formænd.⁶³

Disse krav om sundhedsmæssige forbedringer kædede lægerne selv sammen med nye lægeopgaver. Dette var ikke specielt for lægegruppen. Ingeniørerne kædede således også deres krav om tilsyn med dampkedler sammen med opsyn ved »sagkyndige mænd«, hvor de samtidig lagde vægt på, at disse ikke måtte være ansat i industrien.⁶⁴ Kravene blev udviklet, fremsat og diskuteret i de faglige fora, jo mere specielt dette forum var, desto mere omfattende kunne præciseringen foretages, selvom der ikke altid var klarhed over, hvad det var, man havde præciseret.⁶⁵ Det hygiejniske budskab gennemtrængte imidlertid også den generelle naturvidenskabelige forsamling og den offentlige sfære, og det var i vidt omfang de samme personer, som Gædeken, Københavns stadslæge Schleisner og Hornemann der var aktive i de forskellige relationer og som samtidig engagerede sig i opgaven med at popularisere lægevidenskabens resultater.⁶⁶

Dagspressen opfattede hygiejniske spørgsmål som værende af interesse for almenheden og gav orienteringer fra forhandlingerne på

60. Således f. eks hos lægen Th. Sørensen, se Erik Strange Petersen, »Th. Sørensen. En biografi« i *Th. Sørensen. Socialstatistiske undersøgelser i 2. halvdel af det 19. årh.*, bd. 1, (Kbh.: Selsk. for udg. af kilder til Dansk Hist., 1984), p. 28–29. Tidsskriftet *Hygiejniske Meddelelser* var som Det Hygiejniske Udvalg under Kgl. Medicinsk Selskab præget af Hornemanns aktivitet og bidrag. Det hygiejniske udvalg blev etableret i 1845, se *Hygiejniske Meddelelser*, 1860–82. V. Christophersen, *Den Almindelige Danske Lægeforening 1857–1932*, (Kbh.: Den Almindelige Danske Lægeforening, 1932) p. 180–81. Esther Petersen, *Fra opvarter til sygeplejerske* (Kbh.: Dansk Sygeplejeråd, 1988) p. 31–36. Desuden Katharina Buch, *E. Hornemann. Speciale, historie*, (Kbh.: utrykt, 1974), p. 84–93.
61. Se *Hygiejniske Meddelelser*, 1860–82. Dette havde Hygiejnisk Udvalgs formand, Emil Hornemann som udgiver. Fra 1882 blev det udgivet af Selskabet for Sundhedspleje, der var en tværfaglig forening, bestående af læger, naturforskere og ingeniører. En tydelig markering af de nye krav gav Hornemann selv med E. Hornemann, *Forslag til en bedre ordning af den offentlige sundhedspleje i København* (Kbh., 1850).
62. Det hygiejniske udvalg var præget af Hornemann. Udvalget var i denne periode så langt den væsentligste aktivitet i Kgl. Medicinsk Selskab, se Katharina Buch, s. 127–30.

63. V. Christophersen, p. 180–81.

64. *Forhandlingerne ved de skandinaviske Naturforskeres 11. møde i Kjøbenhavn 1873* (Kbh.: J. H. Schultz, 1874), p. 649ff og 676ff.

65. Se således indvendingerne mod kemiske drikkevandsanalyser, *Förhandlingarna vid de skandinaviska Naturforskarnes tolfte möte i Stockholm 1880* (Sthm.: Kongl. Boktryckeriet. P. A. Nordstedt, 1883) p. 757 og 762.

66. Hornemann var samtidig i faglig henseende på linie og nær ven med Fenger, der tillige i perioder var Rigsdagsmand og Finansminister. Alle 4 var de medlemmer af Sundhedskollegiet, se Katharina Buch, p. 114–15, 140–41.

naturforskermoderne, hvor den hygiejniske sektion fik en særlig udførlig omtale.⁶⁷

De hygiejniske diskussioner kan betragtes som offentlige krav på ny jurisdiktion fra lægernes side. Dette trådte frem i et populært skrift, som Gædeken udarbejdede i 1875, og hvor han hævdede lægernes betydelige og nye opgave indenfor den almindelige sundhedspleje som uundgåeligt nødvendig for hele befolkningens sundhed og velfærd, og det trådte indirekte frem i en avisartikel, som Schleisner udarbejdede i 1879. I denne vendte han sig dog imod hygiejnen, men kun den form for hygiejnetankegang, der påstod, at hygiejne kunne træde i stedet for mere direkte foranstaltninger i forbindelse med smitsomme sygdomme, og hvor lægernes traditionelle kærneområde, omsorgen for det syge eller sygdomstruede legeme blev trængt tilbage til fordel for hygiejneforanstaltninger. Et af Schleisners budskaber i denne artikel var en afstandtagen fra den engelske hygiejnebevægelses udelukkelse af lægerne og dermed etablering af hygiejne som en anden faglig jurisdiktion i konkurrence til lægernes. Et væsentligt led i fremsættelsen af kravet om lægelig jurisdiktion på hygiejneområdet var fremhævelsen af lægerne som aktører til fremme af civilisationen og 'opdragere af befolkningen'.⁶⁸ Her udgjorde hygiejnespørgsmålet i sig selv et felt for lægernes henvendelse til offentligheden. I embedslæge Uldalls fremstilling fra 1840 af det danske medicinalvæsen, havde sygdomsbekæmpelsen havde stået i fokus, og populære fremstillinger blev opfattet som indirekte opfordringer til kvaksalveri.⁶⁹

En ændring i forhold til den tidligere op-

fattelse var netop den virksomhed, der blev udøvet af Kongeligt Medicinsk Selskabs Hygiejniske Udvalg og kredsen omkring dette. En del af intentionerne, foruden at påvirke det offentlige system, var at videregive oplysninger om hygiejniske leveregler til befolkningen og dermed fremme forebyggelsen også på individuelt plan. Men hygiejnetankegangen havde tillige et generelt opdragende aspekt. Individet kunne få en bedre og mere moralsk tilværelse og familieliv ved at følge hygiejnens regler. En central figur til sikring heraf var husmoderen og den hygiejniske opbyggelseslitteratur har dermed støttet sig til de kulturelle og religiøse værdier, der lå i opfattelsen af familiemønstret.⁷⁰

Sundhedskollegiets daglige opgaver

Sundhedskollegiets opgaver var formelt set uforandret fra deres fastlæggelse i instruks fra 1813 til kollegiets ophør i 1907. Kollegiet skulle rådgive regeringen i sundhedsspørgsmål, forestå det løbende opsyn med sundhedstilstanden og sundhedsvæsenet, de ansatte og andre personer, der gav sig af med sundhed og sygdom. Det afgav betænkning i justitssager og indstillede til embedsbesættelser, udmærkelser samt støttede udgivelse af publikationer om sundhedsvæsenet, ligesom det udgav sine forhandlinger.⁷¹

Kollegiets opgave på anstaltsområdet er nok den gruppe, der ændrede sig mest. Anstalterne kom først reelt under kollegiets opsyn efter koleraepidemien i 1854. I 1870-erne havde dette opsyn opnået en større fasthed og kollegiet kunne mere selvstændigt gøre sine synspunkter gældende. Ved sygehusindretningen skete det bl.a. med henvisning til øget

70. Se E. Hormemann, *Frisk Luft, Sæbe og Vand*, (Kbh.: Jacob Lund, 1870 og 1886) om en kvindes omvendelse til en hygiejnisk husmoderlig levevis.

71. Om sundhedskollegiet, se Sundhedskollegiet (udg.), *Det Kongelige Sundhedskollegium 1803-13. Maj-1903* (Kbh.: J. H. Schultz, 1903), Knud Erik Madsen, *Det Kongelige Sundhedskollegiums arkiv*, Arkivserien, nr. 11, (Odense: Landsarkivet for Fyn, 1980), samme, »Dansk Sundhedspolitik 1901-21« *Historie. Jyske Samlinger* Ny rk. 14. (1981-83): p. 239ff.

67. *Berlingske Politiske og Avertissementstidende* D. - 3-9. juli 1873, der betonedde hygiejnesagerne særlige interesse for offentligheden. Sammedets omtale af generalforsamling i Apotekerforeningen og Ugeskrift for Lægers offentliggørelse af sygdomsdødsfald i København, hvilket viser en almindelig bevågenhed overfor sundhedsspørgsmål.

68. G. C. Gædeken, *Om årsagerne til de smitsomme sygdomme*, (Kbh.: Gad, 1875), p. 5-7 og 54-55. P. A. Schleisner, *Pestspørgsmålet*, (Kbh.: Berlingske, 1879), p. 6.

69. F. A. Uldall, *Haandbog i Sundhedspolitiet. Med særligt hensyn på Danmark udarbejdet for læger og jurister*, (Kbh.: Gyldendal, 1840), p. 48.

lovgivning om offentlige behandlingsopgaver. Denne lovgivning styrkede kollegiets krav, der blev fastsat mere præcist overfor sygehuse end overfor sociale institutioner.⁷² En anden markant ændring var den fordobling af justitsagerne, der fandt sted i perioden 1851–55, set i forhold til 1831–35. Her var der altså tale om, at der i første halvdel af 1800-tallet skete en væsentlig befæstelse af den lægelige jurisdiktion på 2 vigtige samfundsområder.

En gennemgang af Sundhedskollegiets dekanatsprotokol for 1871–75 kan vise, hvilke emner kollegiet behandlede og antallet af de enkelte sager indenfor de forskellige kategorier.⁷³ Det giver et indtryk af, hvilken vægt de forskellige problemstillinger har haft i kollegiets daglige virksomhed, selvom det ikke derudaf kan ses, hvilke opgaver kollegiet selv har lagt mest vægt på, eller hvilke, der har taget længst tid eller haft de mest vidtrækkende konsekvenser.

Det største antal sager var igennem hele perioden fra 1831–1895 sager vedr. embedsapparatet og indberetninger af forskellig art. Disse to grupper var begge meget omfangsrige og udgjorde over hele perioden en fal-

72. Følgende sager belyser disse forhold: Reglement for Århus Fattiggård, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 216–1871, spireglement for Odense Fattiggård, samme, jr. nr. 138–1872, og for Københavns Tvangsanstalt, Samme, jr. nr. 399–1881 samt samme jr. nr. 531–1872, hvor der blev lagt vægt på distriktlægens vurdering om at han kunne løse sine opgaver ved den valgte løsning, samme, jr. nr. 336–1873 og 448–1874 om Viborg sindsygeanstalt, samme, jr. nr. 415–1874 om Refsnæs Kysthospital og samme, jr. nr. 627–1889 om ombygning af Ringkøbing amts sygehus.

73. Dekanatsprotokollen var kollegiets journal. Den blev ført af dekanus, og alle sager, der blev taget til behandling, enten de var rejst udefra eller taget op på kollegiets eget initiativ, blev indført heri. Følgende fremstilling er skrevet på baggrund af en gennemgang af denne protokol for perioder 1831–35, 1851–55, 1871–75 og 1891–95. Alle indkomne sager i denne periode er kategoriseret og udviklingen sammenlignet. Udvalg af eksempler fra og nærmere analyse af kollegiets funktioner er dog ikke begrænset til aktiviteten i denne periode.

dende andel af alle sager, men dog i 1890-erne stadig godt halvdelen af det samlede sagsantal. Der var tale om meget forskellige opgavetyper, men alle med det fællestreik, at de tjente til at sammenbinde, understøtte, vedligeholde eller udbygge embedsapparatet. Information var en væsentlig del af indberetningerne, i form af de årlige medicinalberetninger, meddelelser om vaccination, sygdoms- og dødsstatistikker, regnskaber og journaler over medicin, der blev anvendt til behandling for offentlig regning. Embedssagerne har været ansøgninger til ledige stillinger, indstillinger til Justitsministeriet eller kancelliet om samme, påtale over embedsførelsen, oplysninger om, at en embedslæge er bortrejst, død, gået på pension eller har tiltrådt et embede. En stor del af disse sager har vedrørt jordemødevæsenet eller medicindispenseringen, som f.eks. apotekerprivilegier, og -medhjælpere eller tilladelse til lægerne om at uddele medicin. En mindre del har været tilladelser til lægfolk om at udøve begrænset medicinalvirksomhed. Foruden at være knyttet til konkrete embeder har embedsvæsenet som sådant også givet anledning til forespørgsler om beføjelser på arbejdsstedet, som f.eks. tvivl om, hvem, der skulle udfylde skemaer og hvorledes, spørgsmål om kommandogangen, som f.eks. hvem, af de lokale læger, der skulle holde opsyn med jordemødre eller hospitaler, eller hvad denne forpligtelse implicerede.

Epidemier som udløser af regler og kvaksalverivirksomhed

Epidemier er omtalt i de årlige medicinalindberetninger. Men embedslægerne har tillige i løbet af året indberettet forekomsten af epidemiske sygdomme til kollegiet i løbet af året, og der er faldet påtale i tilfælde, hvor det er blevet oplyst, at det ikke er blevet gjort. Epidemierne var af vigtighed for kollegiets virksomhed, møderne blev tilrettelagt bl.a. efter forekomsten af alvorlige epidemiske syg-



Fig. 1. Fotografi af et maleri af A. Hornemann 1873. Billedet viser en vaccinationsscene fra landet. Da vaccinationstvungen blev indført 1871 var lovforslaget oprindeligt tænkt som en liberalisering af den gældende ordning. Men stemningen ændrede sig, bl.a. som følge af aktive indlæg fra Emil Fenger og den fornyede positive interesse for vaccinationen, der var en følge af kopperpidemien i begyndelsen af 1870-erne. Kilde: Medicinsk-historisk Museum.

domme, og de kunne begrunde tildeling af ekstraordinær kompetence til dekanus, et træk, der er gennemgående for hele 1800-tallet.⁷⁴

Der er en vis tidsmæssig sammenhæng mellem forekomsten af epidemi eller truslen om samme og forsøg på etablering af ny retsorden indenfor sundhedsvæsenet. Epidemi-

74. C. Otto, *Af mit Liv, min Tid og min Kreds. En autobiografisk Skildring*, (Kbh.: L. A. Jørgensen, 1879), p. 110, samt Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, deliberationsprotokol, forhandlinger vedr. møde den 16. juli 1881, der var indkaldt i anledning af epidemi i København, den 17. august 1892 i anledning af et spørgsmål af lempelse af karantæne og mødet den 22. april 1893, hvor det blev bestemt, at dekanus alene kunne træffe afgørelse om karantæneforanstaltninger.

erne blev i nogle tilfælde de konkrete hændelser af særlig farlig karakter, der motiverede til igangsætning af initiativer til at forbedre handlemulighederne for sundhedsvæsenet. I 1831 var der et højt antal af indberetninger til Sundhedskollegiet om smitsomme sygdomme.⁷⁵ Samtidig var der frygt for koleraepidemi og man udarbejdede en forordning, der skulle sætte myndighederne i stand til at imødegå sygdomstruslen. Forordningen blev anvendt, selvom koleraen udeblev. Umiddelbart efter den store epidemi i 1853 blev iværksat et nyt lovinitiativ, pesttruslen i 1879 gav anledning til en samlet revision af lov om indførslen af smitsomme sygdomme, og efter koleratruslen i 1892–94 kom en generel lov-

75. Se Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, Decanatsprotokoller 1831–35.

givning om smitsomme sygdomme og et administrativt initiativ til opstramning af sundhedsvedtægterne.⁷⁶

En medfølgende faktor i dette billede har været kvaksalverivirksomhed. Kvaksalvere ville normalt næppe optræde blandt kollegiets opgaver med mindre en embedslæge indberettede herom af en eller anden grund, f.eks. fordi kvaksalveren offentligt havde angrebet det officielle lægevæsen, havde givet anledning til fejlbehandling og/eller tiltrukket sig en større skare af patienter. Men under større epidemier viste sig en stigning i antallet af kvaksalversager. Epidemierne blev dermed, foruden igangsætter for selve embedsvæsenet og regelværket tillige en udfordring til det etablerede embedsvæsen.

Dette forhold er ikke specielt for Danmark, f.eks. påpeger Ute Frevert fremvæksten af »koleraindustrien«, salg af gode råd og midler til bekæmpelse af kolera netop under epidemier og epidemitrusler. Den store europæiske koleraepidemi i 1830-erne er endvidere eksempel på en slagmark for stridighederne mellem de homøopatiske og alløopatiske læger.⁷⁷

Selvom 1870-erne og 80-erne ikke havde de voldsomme epidemier som de øvrige perioder viste disse sammenhænge sig dog også her i mere afdæmpet form. Spørgsmålet om risiko for fornyet opblussen af koppepidemier spillede en vis rolle i Rigsdagsdebatten i forbindelse med vedtagelsen af den første danske tvangslov for koppevaccination i 1871 med en bestemmelse om mulighed for revaccination, og da epidemien kom til København i 1871–75 cirkulerede allehånde gode råd om beskyttelse. Vaccinationen opnåede fornyet

popularitet i befolkningen ved den lejlighed.⁷⁸

Der er dog tale om et afgrænset forhold, og det kan ikke alene tegne kollegiets virksomhed i perioden. Men det er dog værd at bemærke, at det oprindelige initiativ til loven var et privat lovforslag, der var udtryk for et angreb på vaccinationssystemet.⁷⁹ Hvis man derfor vil søge efter faktorer, der viser tendenser til ændringer i opgavefordelingerne på sundhedsområdet, må man netop vende sig andre steder hen end til epidemierne.

Hygiejneproblemerne ændrer indhold

Hygiejne som sundhedspolitisk krav var som nævnt ikke nyt for 1870-erne. En forøgelse i antallet af Sundhedskollegiets sager vedr. hygiejne skete fra 1830-erne til 1850-erne. En tilsvarende udvidelse skete netop ikke fra 1850 til 70, og det kan derfor være vanskeligt at begrunde nye lægelige opgaver med tyngende byrder på dette område. Men hygiejnesagerne ændrede sig fra at være konkrete nabogenesager eller vedrøre snævre privilegispørgsmål (badeanstalter) til at relatere sig til bestemte befolkningsgrupper og deres generelle levevilkår eller større projekter med indgribende betydning for den fremtidige udvikling.⁸⁰

Et spørgsmål om placering af arbejderboli-

76. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 614–1897 har indberetninger fra embedslægerne og opgørelser over hvilke kommuner, der på dette tidspunkt havde sundhedsvedtægter, og om hvordan arbejdet i kommissionerne foregik. Indtrykket var at kun de kommissioner, der havde læger som formænd fungerede tilfredsstillende.

77. Cassedy (jfr. note 89), p. 98–99.

78. Julius Petersen, *Kopper og koppeindpodning. Et medicinsk Tilbageblik i Hundredeaaret efter Jenner's første Vaccination*, (Kbh.: Gyldendal, 1896), p. 307–12. Rigsdagstidende, Folketingets Forhandlinger, sp. 2842–44 (Casses indlæg).

79. Julius Petersen, *Kopper og Koppeindpodning*, p. 308.

80. Se sagen om de københavnske gødningsfabrikker, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 183 a og b- 1871, hvor man mente, at ulemperne fra disse ville nedsættes, når fabrikkerne gik over til produktion af industri gødning fremfor oparbejdning af animalsk gødning. Ved fabrikker med animalsk gødning måtte man stille krav om afstand til bebyggelse. Det var sjældent kollegiet selv, der tog initiativ i disse sager. Et enkelt eksempel på et sådant initiativ er Hornemanns forslag om at bede fysici om at indberette om skader efter stormfloden i 1872, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 37–1873.

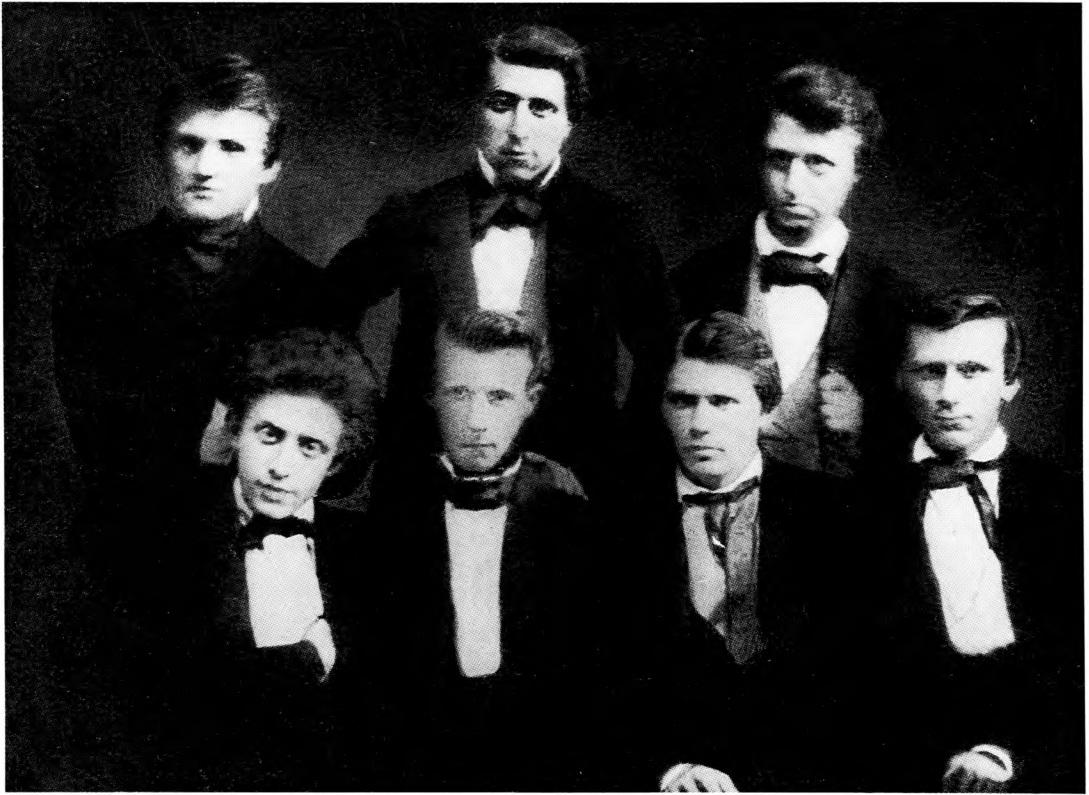


Fig. 2. Sagen om Århus vandforsyning viste, at embedslægen i sit arbejde var afhængig af sit lokale netværk og forbindelser til Sundhedskollegiet og de faglige foreninger. Lægen har haft et socialt netværk, som han har kunnet trække på til løsning af sine opgaver. Her ses sekretær for Medicinsk Selskab C. W. Driebein, (nederst til venstre) i selskab med andre fra den dannede middelklasse: C. V. Ussing, pastor D. L. Prior, apoteker Adolph Meyer, rektor Ankjær, Ålborg, skolebestyrer Manzius, Birkerød og pastor Angelius Hansen. Kilde: Medicinsk-historisk Museum.

ger i Århus var rejst overfor Sundhedskollegiet i 2 omgange. Kollegiet modsatte sig projektet i første omgang, da der var risiko for forurening af vandforsyningen til boligerne fra en nærliggende kirkegård. Tidligere havde man opgivet etablering af en amtsgård på stedet af samme årsag. Fysikus Weis spillede en væsentlig rolle og han fik støtte af amtmanden, der mente, at de hensyn der talte imod placeringen af en amtsgård måtte have endnu større betydning, når det var arbejderboliger, der drejede sig om.⁸¹

Diskussionen viser en sammenhæng mellem lokal infrastruktur og byudvikling. Den

viser tillige, hvorledes den lokale embedslæge anvendte en lægevidenskabelig, hygiejnisk problemformulering til at bringe en sag ind i det offentlige og politiske forum, idet han gjorde krav på at definere problemet, fortolke, og behandle det. Afgørende for projektets realisering synes at være tilvejebringelse af ny vandforsyning fra vandværket, der blev taget i brug i 1872. Denne problemstilling gjorde Weis opmærksom på, idet han inddrog sit lokalkendskab, skrev til Aarhus Avis, til Hygiejniske Meddelelser og forelagde sagen for Hornemann i Sundhedskollegiet. Byggesagens besværlige gang i Sundhedskollegiet må have virket som en pression på kommunalbestyrelsen i vandværkssagen. Der var stort behov for opførelse af arbejderboli-

81. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 122-1872.

ger i Aarhus, og netop i disse år var der en del større, samlede projekter.⁸²

Et yderligere eksempel på, hvorledes hygiejnegruppens problemformulering har påvirket det offentlige system og skabt nye lægeopgaver er lov om børns arbejde i fabriker.⁸³ Kollegiets andel i denne sag har øjensynlig oprindeligt været begrænset til den aflønning, lægerne skulle have for udfyldning af attesterne. Her måtte kollegiet slå et gevaldigt slag for at hævde lægeverdenens ret til selv at definere kravene til attesten. Kollegiet argumenterede her på, at det var lægens ansvar at foretage de undersøgelser, der var forsvarlige og dermed ham, der afgjorde undersøgelsens omfang. Resultatet blev en mere omfangsrig attest til en højere takst, end Indenrigsministeriet oprindeligt havde tænkt sig.⁸⁴ Set i relation til Abbotts professionssystem er dette et eksempel på lægeprofessionens og sundhedsvæsenets indtagelse af et kvalitativt nyt område, en administrativ opgave i form af

attestskrivning til brug for arbejdsgiveren.⁸⁵ Denne nye jurisdiktion blev etableret efter at flere større industrijere allerede var startet på at tilknytte læger til deres virksomhed, derefter diskuteret i offentligheden og tilslut fremlagt i det legale forum som lovforslag. Forløbet viser på een gang Abbotts iagttagelse omkring indtagelse af en ny jurisdiktion og de danske lægers afhængighed af det statslige system til skabere og betalere af ydelser, samt tillige, hvorledes det nye krav og den nye jurisdiktion netop ikke udvikles indenfor den legale sektor.⁸⁶

Epidemi og politiske krav: Pestkommissionen af 1879

Det største enkeltstående revisionsarbejde med politisk bevågenhed blev gjort indenfor epidemiområdet, hvor en nedsat kommission i 1879 afgav betænkning med forslag til foranstaltninger for at forhindre indførelsen af pestagtig sygdom. De mest aktive i kommissionens arbejde var de tre lægekyndige medlemmer, Emil Fenger, Schleisner og Engsted samt formanden, Justitsministeriets departementschef Ricard og toldembedsmanden Barner.

Kommissionens forslag gav i højere grad end den hidtidige lov mulighed for karantæne og isolation af personer og gods. Det byggede på det gamle system med karantænekommissioner, men præciserede, hvilke embeds-

82. Weis's indberetning vedr. vandværkssagen er optrykt i Vagn Dybdahl (red), *Sundhed og sygdom, mens Aarhus blev stor* (Århus: Sygekassen Århus, 1963) p. 106–15, p. 20–21 om arbejderboliger og s. 116–118, hvoraf det fremgår, at Weis helt til 1886 tilskrev det nye vandværk en bedret sundhedstilstand.

83. Lovens motiver bærer præg af en teknisk environmentalisme. Jfr. Pepper, *The Roots of Modern Environmentalism*, (London: Croom Helm, 1984) p. 37–68 om den afhjælpende, mekanistiske tilgang til miljøproblemer. Denne tankegang lå tillige bag de øvrige hygiejnesager, som fx. gødningsfabriksagen og Århusagerne. Forbilledet for den danske lov om begrænsning i børnearbejde var den engelske lovgivning, der havde en udpræget paternalistisk begrundelse om at staten skulle beskytte børnene mod deres forældre. Dette afspejlede sig tillige i den svenske lov, jfr. Eva Lis Bjurmann og Lars Olsson, *Barnarbete och arbetarbarn* (Uddevalla: Nordiska Museet, 1979) p. 16. De danske lovbemærkninger har ikke disse paternalistiske begrundelser, jfr. *Rigsdagstidende* 1872/73, till. A, sp. 1985ff.

84. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 423–1874.

85. Se tillige Holsten Fagerberg, m. fl., *Medicinsk etik och människosyn* (Malmø: Liber, 1984), p. 79, der skelner mellem 6 forskellige lægepatientrelationer, hvoraf attestskrivning er den ene. Som den klassiske betegnes den funktion, lægen udøver, når han bliver opsøgt af patienten selv, hvor patienten har en erkendt sygdom.

86. Abbott, p. 163, hvor der foretages en sammenligning af det amerikanske professionssystems større orientering i retning af offentligheden og det franske system, hvor professionens opmærksomhed er rettet mod regeringen, der snarere end offentligheden er forum for professionens krav. Policyfastlæggelse bliver ministeriel.



Fig. 3. Afbrænding af huse og klædningsstykker i forbindelse med bekæmpelse af pesten i Astrakan i 1870-erne. Forløbet blev nøje fulgt i den danske presse og Rigsdagen. Håndtering af sygdomsbekæmpelse på denne måde har impliceret et betydeligt politimæssigt og militært apparat, og den danske gesandt Pallisen oplyste da også, at den russiske general, der var ansvarlig, ikke veg tilbage for nogen i hårdhed. Fremgangsmåden var uhensigtsmæssig set med nutidig viden om pest: Branden har spredt rotterne, der var smittebærere. Kilde: Medicinsk-historisk Museum.

mænd, der skulle deltage i disse kommissioner, altså herunder lægerne, det foreskrev ansættelse af en statslønnet medhjælp til karantænelægen i København, det havde bestemmelse om et karantæneanlæg med sygestue, og det skærpede bestemmelserne omkring de epidemihuse, der skulle anvendes til at isolere smittede personer, der ankom til riget. Endvidere var der bemyndigelsesbestemmelser, der gjorde det muligt for Justitsministeren i konkrete tilfælde at fastsætte strengere regler samt bestemmelser om aflønning af de læger, der udførte lægeundersøgelser i medfør af loven. Samlet var kommissionens forslag en styrkelse af de lokale kommissioner, der stod for konkrete foranstaltninger ved smitterisiko-situationer. Forslaget udvidede disse kommissioners kompetence, det styrkede og præciserede lægernes stilling, det forudsatte en ekstra lægestilling og det styrkede det centrale administrative system ved omfattende bemyndigelser.⁸⁷

Kommissionsarbejdet giver et indblik i navnlig to forskellige forhold, dels sammenhængen mellem de smitsomme sygdomme og udenrigspolitiske forhold, dels lægernes stilling i 1870-ernes sundhedspolitik. Hensynet til udenrigshandelen gjorde det betænkeligt at fastsætte restriktive bestemmelser, der kunne hindre eller besværliggøre handelen. Omvendt kunne andre landes handelrestriktioner blive normgivende for danske bestemmelser. Dette betød en fokusering på andre landes konkrete foranstaltninger og det internationale arbejde med fælles konventioner på

87. Justitsministeriet (udg.), *Betænkning afgivet af den under 12. februar allerhøjest nedsatte kommission til at gøre forslag til foranstaltninger for at forhindre indførelse af pestagtig sygdom* (Kbh.: Schultz, 1879), samt kommissionens akter i Rigsarkivet, Justitsministeriet, 1. kontor, kommissioner og udvalg, Pestkommissionen af 12-2-1879.

området for foranstaltninger mod indførelse af smitsomme sygdomme. Udenrigsministeriets embedsmandsapparat, både det departementale og de udstationerede gesandter leverede de oplysninger om fremmede landes betemmelser på dette område, som var nødvendige for at fastlægge den danske holdning eller konkret tage stilling til foranstaltninger, ligesom Udenrigsministeriet pressede på for at få Justitsministeriet til at lade danske læger være repræsenteret i en vesteuropæisk delegation, der skulle tilstræbe at skabe en fælles holdning.

Særlig interesse har knyttet sig til indberetningerne fra Rusland, der var arnested for sygdommen, fra Sverige, der drev karantæne-etablissementet Kängsö, som Danmark brugte efter at Kyholm var blevet nedlagt i 1860, samt fra Tyskland, der ligesom Sverige havde de havne, der var de nærmeste alternativer til de danske når det drejede sig om samkvem med Rusland.

Den danske gesandt i St. Petersborg, Pallisen, indberettede om de russiske situation, der var en speget blanding af lægevidenskabelig uenighed, politisk-nationale magtkampe og militær aktivitet. Der var en faglig splittelse mellem på den ene side zarens livlæge Dr. Botkin, der erklærede at sygdommen var den indiske pest, og på den anden side de administrative læger, der blot talte om en epidemi. Embedslægerne var oplærte i den tyske medicinske tradition, ved universitetet i Dorpat, medens Botkin stod på den russiske tradition.⁸⁸ Botkins opfattelse vandt mere og mere frem, men gesandten ville ikke ude-

lukke, at dette skyldtes Botkins magtposition, således at de ham mere eller mindre undergivne eller afhængige læger, ikke ville tillade sig en direkte modsigelse. Der var nationale overtoner i diskussionen: Botkin stod som eksponent for den russiske medicin og dermed havde han støtte fra de russiske universiteter.⁸⁹

De russiske embedslæger havde indflydelse på de officielle medicinalberetninger, der talte om smitsom sygdom, medens militære foranstaltninger med afspærringskordon var et udtryk for støtte for Botkins opfattelse.

Et andet internationalt netværk var lægernes officielle konferencevirksomhed. Den aktuelle konference var her kolerakonferencen i Wien i 1874, hvor lægerne tildels optrådte som deres lands officielle gesandter. Den ansete tyske epidemiolog Hirsch søgte her at introducere det dansk-norske system, for Danmarks vedkommende 1868-loven som »revisionssystemet«. Dette mislykkedes, bl.a. på grund af modstand fra fransk side, hvor man ønskede at være mere restriktiv.⁹⁰ I denne forbindelse skabtes de forudsætninger, der førte de danske foranstaltninger mod indførelse af smitsomme sygdomme.

Kommissionens beslutninger blev præget af denne internationale situation. Svenskerne reaktion med hensyn til nægte at garantere for en udstrakt brug af karantænestationen Kängsö blev motiverende for kommissionens forslag om oprettelse af et dansk karantæneetablissement. Og kommissionens medlemmer så til de udenlandske bestemmelser,

88. Botkin havde som tidligere matematiker og professor netop ved Dorpat universitet (nu Tartu i Estland) der var Ruslands vindue mod vest stået for indførelse af kvantitative metoder i medicinen. Universitetet i Dorpat var et led i zarens bevidste politik i opbygning af naturvidenskabelig forskning, hånd i hånd med militærteknologien. Der blev undervist på tysk. Se W. H. G. Armytage, *The Rise of the Technocrats. A Social History*, (London og Toronto: Routledge og Kegan Paul, University of Toronto Press, 1965), p. 149–50. Botkin har således ikke selv været forbundet med en vestfjendtlig videnskab. Derimod viste den russiske epidemi nær forbindelse mellem Botkins foranstaltninger og militæret.

89. Et nationalistisk ønske om at kunne gøre sig gældende overfor Europa var også en motivation ved opbygning af den amerikanske medicinalstatistik, se James H. Cassedy, *American Statistical Thinking 1800–1860* (Cambridge, Mass. og London: Harvard University Press, 1984), p. 90. Også Armytage, p. 154–55, der betoner ligheder mellem USA og Rusland, bl.a. betydningen af en »frontier«.

90. A. Schleisner, *Pestspørgsmålet* (Kbh: Berlingske Tidende, 1879) p. 7. Pjeecen er et særtryk af Berlingske Tidende. Schleisner lægger i sin beskrivelse af konference vægt på at fremhæve sig selv i rollen som Hirsch' respekterede kollega og understregede således lægernes faglige netværk som afgørende for regeludformningen.

når de skulle formulere deres egne forslag til danske bestemmelser. Således udformede Fenger et forslag efter fransk mønster.

Pallisens bemærkninger om vurderingen af sygdommen blev ikke diskuteret i udvalget. Man tog for givet, at der var tale om pest, den indiske pest, som man kaldte den.⁹¹ Ikke desto mindre har en uvished indsneget sig i både kommissionsbetænkningens titel og den senere lov, idet man talte om *pestagtig* sygdom. Dette fleksible ordvalg skyldtes Fenger, der mente, at man ved at skrive pest ville være udelukket fra at anvende loven i situationer, hvor der vel ikke var tale om pest, men en sygdom, der måtte sidestilles med den. Der er dermed ikke tvivl om, at det har været kommissionens opfattelse, at dens forslag om strenge foranstaltninger skulle kunne bruges ikke alene ved den egentlige pest, men også ved alvorlige smitsomme sygdomme i det hele taget. Lovbestemmelsen har af Fenger været set som en adgang til at gribe til foranstaltninger under henvisning til situationens farlighed, en traditionel, afgørende beføjelse for lægerne at kunne benytte sig af på arbejdsstedet under en helbredstruende situation. Tankegangen giver mulighed for den fagkyndige for at gennembyrde det bureaukratiske system.⁹²

Kommissionsarbejdet giver en mulighed for at vurdere lægernes stilling i det sundhedspolitiske arbejde på dette tidspunkt. Der var til stadighed et nært samspil med det politiske niveau. Ricard, der var departementchef i Justitsministeriet var formand, og fik undervejs direktiver af Justitsministeren om arbejdet, og forelagt spørgsmål fra Folketinget om der var anledning til at udvide de

strengere inspektionsbestemmelser til også at omfatte andre sygdomme end pestagtige.

Denne forbindelse med det politiske niveau betød en direkte mulighed for lægerne til at komme i en dialog med politikere og departementets bureaukrater om deres krav. I forhold til de øvrige medlemmer blev de betegnet som lægekyndige. Ricard skelnede således mellem på den ene side de lægekyndige spørgsmål, der havde at gøre med smitstoffets udbredelse eller definition af giftfængende varer (to problemer, som selv lægevidenskaben måtte give op overfor, viste det sig i diskussionenes forløb) og på den anden side de sundhedspolitiske spørgsmål, der drejede sig om, hvilke praktiske konsekvenser man skulle drage af de lægekyndige spørgsmåls løsning. Sondringen blev imidlertid ikke gennemført i kommissionens arbejde. Alle medlemmer deltog i en fælles diskussion, og lægerne fremsatte krav til lovsystemet, der gik langt ud over en blot og bar lægekyndig vurdering: krav om lægeundersøgelse af mistænkelige skibe, opførelse af modtagelokaliteter til isolation i alle udhavne, fordi det ville være for hårdt at fordre transport af syge til et enkelt centralt hospital, og oprettelse af en lægestilling ved Københavns karantænekommission. Desuden var lægerne ivrige efter at få udvidet mulighederne for at anvende inspektionssystemet, tildelt skønsmæssige beføjelser til lægerne i de konkrete situationer i stedet for faste regler, (Engelsteds synspunkter), de fremsatte kravet om udarbejdelse af en samlet epidemilov også for indenlandske sygdomme (Schleisners ønske) eller, da dette ikke lykkedes, dog blot at anvende isolationslokaler til koppepatienter (Fengers forslag).⁹³ På en række af disse punkter kom de i kollision med

91. En mere forsigtig holdning indtog de samme læger udadtil. Schleisner afslog som stadslæge i København at diskutere offentligt, hvorvidt der var tale om den indiske pest, der kunne sidestilles med den sorte død. I stedet for at tale om den indiske pest, slog han fast, at det var den persiske pest, der var i udbrud, jfr. P. A. Schleisner, *Pestspørgsmålet*, p. 6.

92. Om dette principps betydning for samarbejds-mønstre på et hospital, se Elior Freidson, *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*, (New York: Dodd, Mead & Company, 1971), p. 117–19.

93. En efterkommelse af dette forslag ville efter opfattelsen hos en række af datidens læger gøre isolationslokalet uegnet til det egentlige formål, at modtage patienter fra pludseligt opståede epidemier, jfr. S. Engelsted, *Københavns Epidemivæsen* (Kbh.: C. A. Reitzel, 1890), p. 41 og p. 15, der refererer til de uheldige erfaringer, man fik med Fengers forslag til indretning af Kommunchospitalets epidemialdeling. Se tillige P. A. Schleisner, *Forebyggelse af Hospitals-sygdomme* (Kbh.: Gyldendal, 1869), p. 23–28, hvor han imødegår Fenger.

Ricard. Men Ricards argumentation gik ikke på, at lægerne ikke kunne udtale sig om disse spørgsmål, men på real eller formel uenighed af anden art.

Det legale forum og videnskaben

Pestkommissionen var det legale forum, som lægerne havde til at fremsætte deres krav til lovgivningen og dermed til sundhedsvæsenet. I et vist omfang lykkedes det, hjulpet af en bekymret indenlandsk opinion, og af parallelle reaktioner i udlandet. Sundhedsvæsenet position blev styrket i forbindelse med dette kommissionsarbejde, og det endda selvom det var usikkert, om der faktisk var tale om pest, og selvom lægevidenskaben ikke kunne forklare, hvorledes smitstoffet nærmere blev overført.⁹⁴

Situationen kan sammenlignes med det, som Wilensky omtaler som tacit knowledge: eksperterne ved så meget, at de ikke kan kommunikere det hele, og værdien af deres udsagn ligger simpelthen i selve deres medvirken.⁹⁵

Den situation, der opstod med truslen om pest gav anledning til omfattende ophidset offentlig omtale, og pestkommissionen har utvivlsomt været et element, hvormed regeringen kunne overbevise offentligheden om, at man gjorde noget. Således blev pres fra Rigsdagen for forøgelse af foranstaltninger henskudt til kommissionen. Men dette har ikke været ensbetydende med, at lægerne, som den faggruppe, hvis erhvervsområde blev tilgodeset af kommissionens arbejde, har været begejstrede for alle former for offentlig bevågenhed. En bagside af den offentlige omtale var ængstelse eller ligefrem panik, der var uheldig, fordi den kunne vanskeliggøre lægernes foranstaltninger overfor offentligheden og fremme den uautoriserede medicin.⁹⁶

Da kommissionens forslag blev ophøjet til lov, blev kommunernes forpligtelser til op-

94. Der kunne stadig findes elementer fra miasmelæren hos lægerne, se fx. Schleisner, *Pestspørgsmålet*, p. 5, der sætter sammenhæng imellem jordforstyrrelser og sygdom.

95. Wilensky, p. 145.

96. Således Schleisner, *Pestspørgsmålet*, p. 1–2

førelse af isolationslokaler udvidet, og da disse isolationslokaler, fx. i København blev opført, blev de taget i brug til behandling også af andre smitsomme sygdomme, hvilket eskalerede behovet for sengepladser. Loven gav således direkte anledning til øget sygehusbyggeri, der igen affødte behovet for flere sygehuse. Københavns kommune udarbejdede et samlet epidemiprogram til umiddelbar opfølgning af loven. Kun en del af dette blev realiseret med det samme. Men med bakteriologiens gennembrud i slutningen af 1880-erne kom det pres, der skulle til for at få realiseret resten.⁹⁷

Kommissionsarbejdet viser, hvorledes fastlæggelse af sundhedsregulering har været afgørende præget af lægernes problemformulering og årsagssammenhæng, og at denne problemformulering har haft nær sammenhæng med opgavedefineringen, sundhedspolitikken, selvom det var den departementale, juridiske opfattelse, at disse to momenter burde skilles ad. Samtidig bekræfter tilstedeværelsen af de faglige uoverensstemmelser mellem lægerne, at lægevidenskaben på dette tidspunkt, for så vidt angår smitsomme sygdomme med Kuhns udtryk har stået i en krisesituation, hvor det overordnede paradigme ikke har kunnet give tilfredsstillende rammer for udøvelse af videnskabelig virksomhed. Dette synes imidlertid ikke at have hindret videnskabens mulighed for at påvirke det legale forum, men kan have mindsket deres tilbøjelighed til at henvende sig til det offentlige forum, der samtidig i kraft af ængstelse over situationens farlighed var med til at fremprovokere udbygning af sundhedsapparatet.

Barselshjælpen maskuliniseres

Den lægefaglige sagkundskab kunne også initiere regeldannelse for andre faggrupper end læger. I januar 1871 foreslog Det Kgl. Medicinske Selskab, at kollegiet udarbejdede en ny

97. Se S. Engelsted, *Københavns Epidemivæsen*, p. 39 og 54–55.

Fig. 4. Mindeblad for indførelse af antiseptikken. Den københavnske fødselsstiftelse lagde selv stor vægt på at være blandt de første, hvis ikke den første institution, der indførte Listers antiseptik. Den omstændighed, at der blev lavet et mindeblad viser, hvilken afgørende betydning denne begivenhed er blevet tillagt, og illustrerer, hvorledes lægens opgave er blevet set som bærer af det naturvidenskabelige fremskridt i internationalt samarbejde og kappestrud mellem institutionerne. Kilde: Medicinsk-historisk Museum.



vejledning til jordemødrene.⁹⁸ Forslaget var fremsat af kapaciteten på fødselshjælpens område, professor Stadfeldt, og det var blevet til efter et udvalgsarbejde, som Medicinsk Selskab havde forestået, på grundlag af afholdelse af et foredrag af Stadfeldt. Udfaldet blev da også udsendelse af en vejledning, der gik ud med et cirkulære til samtlige fysici af den 12. marts 1871. Vejledningen var udarbejdet over Stadfeldts lærebog for jordemødre. Det var hovedsagelig en teknisk vejledning i brug af antiseptikken. Kollegiet ville gerne have givet mulighed for suspension af jordemødre,

der udgjorde en smitterisiko, men dette blev opgivet, idet nogle af medlemmerne mente, at der manglede hjemmel.⁹⁹

Barselsfeberens opståen indebar også pres fra offentligheden, netop efter det tidspunkt, hvor sundhedskollegiet havde anvist metode til undgåelse heraf. I juni 1872 klagede 124 beboere i Esbønderup til Justitsministeriet over, at der tilsyneladende ikke blev gjort noget effektivt for at forhindre en barselsfeber, der havde hærget på egnen i en del år. De var samtidigt utilfredse med de lokale myndigheders behandling af sagen, og mente, at amtet havde nedprioriteret deres jordemødervæsen.

Kollegiets betænkning i denne sag lagde oprindeligt op til en generel ordning for alle amter med de suspensionsmuligheder, som man ikke mente at kunne komme igennem med året før. Men efter en drøftelse på møde opgav man, og indstillingen til Justitsministeriet blev udformet udelukkende med henblik på Frederiksborg amt, efter at man havde sikret sig amtet og navnlig amtsfon-

98. Også her var Hornemann aktiv, se Katharina Buch, p. 123-26, men ikke i den afgørende fase. Han havde fungeret som forsvarer for den daværende overlæge på Fødselsstiftelsen, venen prof. Levy, der ud fra miasmatiske tankegang afviste antiseptikken.

99. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 186-1871, brev fra det Kgl. Med. Selskab ved formanden Trier og sekretær Driebein af 24. januar 1871.

dens opbakning.¹⁰⁰ Den 27. februar 1873 kunne Justitsministeriet til Frederiksborg amt fastsætte vilkår for en suspensionsordning, indsættelse af reservejordemødre og desinfektionsmidler stillet til rådighed af kommunen og betalt af amtsfonden. De 124 klager i Esbønderup havde fået deres krav opfyldt, og dertil fået fastlagt en særordning for hele amtet. Almuen havde dermed fået en ny rolle i forhold til 1820-erne og 30-erne, hvor den i det væsentlige var genstand for lægernes embedsudøvelse til at være en gruppe af borgere, der kunne stille krav til sundhedssystemet.¹⁰¹

Diskussionerne om jordemødrenes udbredelse af barselsfeber er et konkret udtryk for et presserende problem for medicinalvæsenet i 1870-erne: Spørgsmålet om at hæve sundhedsstandarder og det offentlige systems effektivitet. Et led i disse bestræbelser var at bringe faste over-underordningsforhold, lønreformer og specialuddannelse ind i det etablerede system. Et andet led var at skelne mellem autoriseret og uautoriseret personale og gribe ind overfor de uautoriserede.

Jordemoderspørgsmålet går ind i denne sammenhæng. Der blev fastlagt en ny ord-

ning for jordemodervæsenet,¹⁰² og diskuteret jordemoderens placering i forhold til embedslægerne og om konkrete jordemødres udøvelse af deres hverv, større præcision i udfærdigelse af statistikker, mv.¹⁰³

Ibrugtagning af Stadfeldts udgave af den listerske antiseptiske metode betød, foruden generelt en mere direkte faglig lægeinstruktion overfor jordemødrene¹⁰⁴ en mulighed for at opgive de frie jordemoderhuse i København og bibeholde Fødselsstiftelsen som den eneste egentlige fødselsinstitution under lægens opsyn.¹⁰⁵ Tidligere havde man måttet benytte jordemoderhuse i byen som aflastning når fødselsfeber rasede på stiftelsen,¹⁰⁶ men dette kunne man undgå, hvis sygdommen kunne forhindres. Kampen mod barselsfeber har indtaget en så central plads i 1800-tallets betjening af fødende kvinder, at denne sygdom til tider har truet Fødselsstiftelsens eksistens til fordel for de praktiserende jordemødre. Barselsfeberens bekæmpelse har

100. Frederiksborg amt havde en særlig jordemoderordning med offentligt jordemoderhus, se Stadfeldt, *Kjøbenhavns Fødselsstiftelse som Humanitets- og undervisningsanstalt 1787-1887* (Kbh.: Schultz, 1887), p. 41, der angiver at dette skete som et led i forbedring af jordemødres ansættelse og vilkår omkring midten af 1800-tallet. Sagen viser iøvrigt, at den paternalistiske, statslige ordning, som dette amts jordemoderhus var udtryk for var udsat for amtslige forsøg på afvikling eller nedprioritering.

101. Sagen i Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag nr. 125 i 1873. Kravet om jordemoderboliger blev vistnok ikke opfyldt. Fenger optrådte i sit votum i kollegiet de ændringer, der var sket for jordemødrene siden 1850-erne. De havde fået lønforhøjelse i 1856 og alderstillæg i 1866, men i forbindelse med opgavernes overflytning til kommunerne i forbindelse med loven i 1867 om landkommuners styrelse blev deres embedsboliger præsigeret.

102. Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, deliberationsprotokol, 1872, møderne i januar og februar, samt Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 21-1872. Fysici indberetninger, se Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 594-1872 og Justitsministeriets lovforslag, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 429-1874.

103. Sagen om tyfustillæddet, Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 654-1871, om dødsfaldet, samme, jr. nr. 323-1873, om at det er distriktslæger, der skal tage jordemødrene i konference, samme, jr. nr. 543-1873. Andre sager om jordemødre er f. eks. spørgsmål om nedlæggelse af Frederiksborg amt 8. jordemoderdistrikt, samme, jr. nr. 555-1871, forespørgsel fra fysikus i Odense om praktiserende jordemødre, samme, jr. nr. 35-1874 og samme, nr. 594-1872 om statistikker.

104. Et egentligt lægeligt overtilsyn med jordemødrene blev etableret med medicinalforordningen i 1672 og tilrettelæggelse af jordemoderundervisningen under lægeligt opsyn skete med forordning af 30. november 1714. Forordningen i 1672 var samtidig et udtryk for et skift i jordemodertilsynet fra kirkelig til medicinsk-retlig styring, se Inger Dübeck: »Jordemødre i retshistorisk belysning,« *Historie, Jyske sanlinger*, Ny række X, 3 (1973): 339-354.

105. Jfr. Stadfeldt, p. 51-52.

106. Stadfeldt, p. 27-29.

dermed også har været et spørgsmål om, at den mandlige lægevidenskab med indførelse af den listerske metode har modificeret den kvindelige indflydelse på fødeområdet.¹⁰⁷

Stadfeldts fremstilling af den danske fødselstradition og den ændring, der fandt sted i 1870-erne må betegnes som det, Grethe Jacobsen i sin kildetypologi omtaler som en mandlig kilde, dvs. en fremstilling, der ser fødslen ud fra mændenes synspunkt.¹⁰⁸ For Stadfeldt var den traditionelle jordemoderhjælp i mange tilfælde et udtryk for, at fødselshjælpen var lagt i så ukundige hænder, at fremskridtet lod vente på sig. Dette tilskrev han bl.a. de germanske kvinder ejendommelige sky for at modtage mandlig hjælp under fødslen. Den mandlige fødselshjælp var dermed samtidig en del af civilisationsgang fra syd mod nord.¹⁰⁹ Metoden til bekæmpelse af barselsfeber blev et væsentligt led i, på et enkelt område, at inddrage kvinden og kvindeligheden som genstandsområde for lægevidenskaben.¹¹⁰

Stadfeldt betragtede hospitalet som det selvskrevne miljø for denne ændring i den medicinske praksis, ligesom hospitalet for ham havde en »humaniserende virkning på

de lavere lag i samfundet i kraft af orden, renlighed og reguleret levemåde«.¹¹¹

I USA skete en omfattende maskulinisering af fødselshjælpen. Jordemodervæsenet blev effektivt erstattet med lægen. Dette skete tildels, fordi man i USA ikke i udgangspunktet havde institutionaliseret optræningen af jordemødrene.¹¹² En anden medvirkende årsag kan have været tidspunktet for den amerikanske omstilling, under den jacksoniske æras fjendtlighed overfor elite, og det pres, der samtidigt var på det forholdsmæssigt store antal af læger. De amerikanske læger indgik desuden i en argumentation, der inddrog de kulturelle værdier, der lå i opkomsten af det nye ideal af kvinden som hustru og moder. Jordemoderhvervet blev dermed uforeneligt med kvindepositionen.¹¹³

Der er dog også enkelte lighedspunkter mellem den danske og den amerikanske situation: Ny teknologi som et middel til understregning af den lægelige professions jurisdiktion over fødselshjælpsfunktionen, kombineret med argumenter fra den kulturelle sfære

111. Stadfeldt, p. 39.

112. De mandlige accoucheurers anvendelse af den numeriske metode, tangen og kroge blev symbolet på den maskuline fødselsvidenskab. Det blev da også tangen og kroge, der blev symbolet på den kritik, der blev rejst af den utidigt geskæftige læge, der ved sine indgreb satte den fødende kvinde og hendes barns liv på spil. De anerkendte medicinske lærebøgers bestræbelser gik da på at advare mod indgreb, se Jane B. Donegan, *Women and Men Midwives*, Contributions in Medical History, nr. 2 (Westport. London: Greenwood Press, 1978), p. 171, p. 146 og p. 164ff.

113. Donegan, p. 133–146. Et led i kampen mod konkurrence fra kvinderne i medicin og som jordemødre var fremhævelse af disse professioners uforenelighed med kvinden som husholderske og moder samt hendes intellektuelle underlegenhed, se Donegan, p. 259–61. Donegan mener, at denne proces i 1850-ernes USA kom til at lægge grundlaget for kvinders stilling indenfor medicin og sundhedsvæsen for de følgende hundrede år, Donegan p. 270–71. De danske lægers argumenter imod at pålægge jordemødrene mere administrativt arbejde var klasse- og ikke kønsprægede og gik på, hvad man kunne forlange af »mennesker af den klasse og med den dannelse«, se Rigsarkivet, Sundhedskollegiet, journalsag, jr. nr. 594–1872.

107. Stadfeldt, p. 41, hvor han oplyser, at der på det seneste, dvs. i 1880-erne er oprettet små fødselsstiftelser i Hillerød og Esbønderup.

108. Grethe Jacobsen, »Pregnancy and Childbirth in the Medieval North: A Typology of Sources and a Preliminary Study,« *Scandinavian Journal of History*, vol. 9, nr. 2 (1984): p. 91–111, sp. p. 93–96. Grethe Jacobsen bekræfter Stadfeldts antagelse om at fødsel tidligere var en begivenhed, som kun kvinder tog del i. Se desuden Anne Margrethe Berg, »Hekse, kloge koner og jordemødre« i *Kvindfolk I*, red. Anne Margrethe Berg, Lis Frost og Anne Olsen (Kbh.: Gyldendal, 1986), s. 17–49, sp. p. 33–38.

109. Stadfeldt, p. 5.

110. Se Pil Dahlerup, *Det moderne gennembruds kvinder* (Kbh.: Gyldendal, 1983) p. 27–35 og Bente Rosenbeck, *Kvindekøn. Den moderne kvindeligheds historie. 1830–1980* (Kbh.: Gyldendal, 1987), p. 54–55, der sammenkæder opdagelse af forplantningsmekanismerne med lægernes overtagelse af fortolkningen af den kvindelige natur, hvor forplantningen kom til at stå som konstituerende for denne.

med understregning af civilisationen og det faktum, at uddannelse på dette tidspunkt var en speciel maskulin foreteelse. Men konsekvensen for det danske system blev mindre indgribende. Med en ny jordemoderinstruks fra 1877 blev foretaget en mere defineret opdeling af jordemoderens opgaver og med et tættere lægetilsyn. Grænserne for hendes faglige kompetence i forhold til lægens blev præciseret og indskrænket (fx. i muligheden for at behandle syge kvinder) og der blev givet detaljeret instruks for de faglige krav indenfor hendes eget område. Desuden blev hendes næring indskrænket, således at hun normalt heller ikke på landet kunne modtage fødende kvinder i sit eget hjem. I instruksen er det tillige forudsat, at lægen skulle udøve en mere aktiv tilstedeværelse ved fødsler, noget der både indikerer en faktisk øget tilstedeværelse af læger og gav holdepunkt for lægens dispositioner i denne situation.¹¹⁴

Den moderne læge

Netop sygdoms- og dødsstatistikken kom der et stærkere greb om i 1870-erne. Dødsårsagsstatistikken blev fastlagt for mange år frem, og sygdomsstatistikken blev reformeret med udgangspunkt i et forslag, som Hornemann havde udarbejdet, oprindeligt i Hygiejnisk Udvalg. For dødsårsagsstatistikken var ligsynsloven fra 1871 udtryk for et skift i hensyn fra den oprindelige intention om at hindre begravelse af skindøde til nu også i højere grad at lade denne statistik indgå i det forebyggende sundhedsarbejde – et skred fra hensynet til den enkelte til hensynet til befolkningens generelle sundhed. Det var samtidig et udtryk for lægernes villighed til at påtage sig arbejde ud over det snævert behandlingsmæssige, i forlængelse af lægernes øvrige administrative journal- og indberetningsarbejde. Sundhedskollegiet havde argumenteret for, at alle ligsyn skulle ske ved læge, men dette synspunkt kom ikke igennem, på trods af, at der havde været god anledning til at håbe på, »at den stigende velstand hos be-

114. Instruks for jordemødre af 28. september 1877.

folkningen og det større antal læger ville have kunnet give lovgivningsmagten mod til at gennemføre en ordning, hvorved der blev tilvejebragt en nogenlunde pålidelig statistik«, som Ugeskrift for Læger udtrykte det.¹¹⁵

Selvom stigningen i efterspørgslen efter lægernes ydelser ikke var helt så stor som lægerne selv mente det rimeligt, var der tale om en udvidelse af markedet for sundhedsydelser, netop udtrykt i forøgelsen af antallet af sygekasser. Med sygekasserne blev der etableret et nyt forhold mellem lægen og hans patienter, hvor sygekassene stod som betalere af ydelserne eller arbejdsgiver for lægen.¹¹⁶ Med de behandlende ydelser fulgte de administrative. Lægens attest havde tilbage fra ca. 1830 været den almindelige dokumentation, der skulle til for at en person som syg kunne få udløst ydelser fra kassen.¹¹⁷ Lægens medvirken i dette led blev fortsat en nødvendig kontrolfunktion, som man lovgivningsmæssigt tyede til, når man skulle hindre misbrug. Stigningen i antallet af sygekasser ændrede dermed både kvantitativt og kvalitativt de praktiserende lægers arbejde.

Den offentlige understøttelse af et udvidet sundhedsmarked var umiddelbart måleligt tillige på hospitalsområdet og ved tilknytning af ansatte læger. For København blev der

115. Citeret fra Børre Johansson, *Den danske sygdoms- og dødsårsagsstatistik*, (Kbh.: Munksgaard, 1946), p. 107–112, p. 175.

116. Dette skred bliver især tydeligt, hvis man ser på udviklingen længere frem. Sygekasse-spørgsmålet gav i Tyskland omkring århundredskiftet anledning til konflikt mellem lægerne og sygekasserne, en konflikt, som lægerne vandt, se Claudia Huerkamp i Geoffrey Cocks og Konrad Jarausch, *German Professions 1800–1950* (New York og Oxford: Oxford University Press, 1990), p. 79. De danske læger var opmærksom på de tyske forhold, og drøftede selv muligheder for at benytte sig af fagforeningernes styrke, se lægeforeningens officielle leder i Ugeskrift for Læger, 1914, p. 1–5. Svend Christiansen, »Sygekasseloven af 1892. Forudsætninger og tilblivelse« i *Fra Laugskasser til Folkeforsikring*, Sygekassenævnet (Udg.), (Kbh.: Egmont H. Petersen) har p. 55 redegjort for de etablerede lægers opfattelse af, at sygekasserne omkring 1887 påførte lægerne urimelig konkurrence ved at optage medlemmer, der ikke var ubemidlede.

117. Svend Christiansen, p. 16.

vedtaget love om ansættelse af 24 og 26 kommunelæger i 1871 og 1881, og der blev løbende givet tilskud til uddannelse og etablering af sygeplejersker udenfor København (fra 1876).

For den offentlige hygiejne blev nye arbejdsfelter etableret med vedtagelse af 126 nye sundhedsvedtægter i 1885 og adskillige tillæg i 1887 og 88.

Et vigtigt område, nemlig tandpleje, blev gjort til et hverv for ikke-læger. Dette skete med Sundhedskollegiets velsignelse. En fraktion på det almindelige danske lægemøde i 1887 foreslog en resolution, der fordømte dette, men dette forslag blev taget af bordet og konflikt med tandlægerne afværget.¹¹⁸ Samlet var disse ændringer udtryk for, at der blev skabt en ny lægetype, for hvilken forebyggelse, popularisering og administrative opgaver fik større vægt.

Denne ændring blev tilvejebragt ved en ændret opgavefordeling gennem den offentlige sektors regelfastsættelse og havde som forudsætning, dels et stigende antal af læger og præcisering af deres opgaver, dels en opdeling af sundhedsopgaverne, hvor lægeopgaver blev uddelegeret til f. eks. tandlæger og en ny gruppe, sygeplejerskerne opstod, og en væsentlig del af hygiejne og arbejderbeskyttelsesspørgsmål gled fra lægerne over til andre faggrupper.¹¹⁹

Denne nye lægetype blev ikke skabt i eller af Sundhedskollegiet, og de initiativer, der skabte forudsætningerne for de nye lægeopgaver blev ikke taget i Kollegiet. Men kollegiet var på flere måder aktiv i processen.

Kollegiets muligheder for at medvirke blev forringet i 1890-erne. Optagelseskriterierne med selvsupplering bevirkede, at udskiftningen altid var foregået meget langsomt; Mange sad i kollegiet i 20 eller 30 år. Den lægevidenskabelige udvikling forløb særdeles hurtigt i 1890-erne, nye discipliner opstod, bakteriologien ændrede grundlæggende ældre forestillinger, en underskov af faglige specialforeninger og konferencer blev dannet. Kollegiets medlemmer blev marginaliseret på vig-

tige spørgsmål, som tuberkulose, veneriske sygdomme, kødkontrol og privilegietildelinger, og der opstod andre alliancer mellem de nye læger og Venstre, hvor kollegiet i en lang periode havde været forbundet med Højre.¹²⁰ Den forbindelse mellem videnskab og politik, der var så afgørende for lægernes opgaver blev dermed knyttet udenom kollegiet, f.eks. i foreninger, der havde enkelte sundhedspolitiske mærkesager på programmet.¹²¹ Samtidig initierede Den Almindelige Danske Lægeforening begrebet konfliktfond og fagforening for læger samt etiske regler, der blev vedtaget i 1892.

Forhandlingerne omkring sygekasseloven af 1892 var præget af denne alliance mellem navnlig venstrepolitikerne Neergaard og de læger, der samlede sig omkring de liberalt influerede foreninger, heriblandt Julius Petersen, Edv. Ehlers, der var ekspert i hud- og kønssygdommer og Lorenzen, der var engageret i Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, samt E. A. Tscherning, der var formand for Medicinsk Selskab.¹²²

Genforhandling og interaktion

Abbotts teori om stadige genforhandlinger af professionsjurisdiktionerne kan på mange måder siges at være relevant for de aktiviteter, der kan iagttages på sundhedsområdet 1870–1900, og sådanne forestillinger om faglige jurisdiktioner, bekæmpelse af udfordrere til monopol og opretholdelse af det offentligt støttede system har da også været en levende del af aktørernes egne handlinger og motiver. Der er desuden tale om en klar tendens til, at

120. Om den politiske magtkamp mellem kollegiet og Alberti som optakt til medicinalreformen fra 1908–21 se Knud Erik Madsen, *Dansk Sundhedspolitik 1901–21*.

121. Eksempler på sådanne foreninger er Ligbrændingsforeningen (1881), Foreningen til Kønssygdommes Bekæmpelse (1902), Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse (1901). Foreningsdannelser blev desuden foretaget indenfor børnesygdomme, skolehygiejne og kræft.

122. N. Neergaard, *Erindringer fra Ungdomsaarene og fra mit politiske Liv*. (Kbh.: Gyldendal, 1935), p. 155–300.

118. V. Christoffersen, p. 174.

119. Jfr. Abbott, p. 79–91.

den dominerende eller monopolhavende profession, fx. de traditionelle læger overfor homøopaterne i højere grad har benyttet sig af den legale sektor, medens den udfordrende profession har benyttet offentligheden som forum. Genforhandlinger med hver sit modsat rettede formål foregik sideløbende i forskellige fora. Medens Rigsdagen har været optaget af det af Hass inspirerede forslag om ophævelse af lægemonopolet, har kollegiet været optaget af at udbygge det offentlige lægesystem netop under hensyn til ængstelse for stormløb herpå.

Til gengæld har også den i andre henseender dominerende profession, lægerne, virket offentligt, knapt så meget til forsvar for monopolen, som til udvidelse af deres jurisdiktion. Dette kan også betragtes som en form for oplæg til genforhandling. Dermed relativiseres begrebet dominerende profession noget, men betragtningen om, at et krav på ny jurisdiktion normalt bliver fastsat i offentligheden og på arbejdspladsen snarere end i den legale sektor synes at have en vis bæredygtighed. Dette gælder både, hvor dette krav kommer fra en veletableret profession og hvor det fremsættes fra en egentlig udfordrer.

Dernæst kan man spørge, om Abbotts tankegang om intervallerne mellem genforhandlinger i de forskellige fora er holdbar. Indenfor det danske sundhedssystem synes det som om genforhandling i denne periode ikke er noget, der foretages på en gang, men mere jævnt og med mindre justeringer. Man kan godt fremstille genforhandlingen af jurisdiktioner i det danske sundhedsvæsen således, at man fremhæver reformen med lov om sundhedsvedtægter i 1858, instruks for embedslægerne i 1877 og lov om medicinskommisjonen i 1908 som de afgørende legale genforhandlinger i den legale sektor. Hermed støttes teorien om at genforhandling i den legale sektor finder sted med lange mellemrum, i dette tilfælde med 19–31 års intervaller, og 50-års intervaller, hvis man ser på gennemgribende omorganiseringer. Men samtidig ser man dermed bort fra de udvidelser og justeringer af lægernes opgaver, der blev resultat af de love og bekendtgørelser, der blev vedtaget i den mellemliggende periode, og de

genforhandlinger, der blev forsøgt, men ikke vedtaget, som f.eks. forslag til lov om et Sundhedsråd. Vanskeligheden ligger muligvis i jurisdiktionsbegrebet, der så at sige følger professionen, når den først har etableret sig. Enhver ny opgave er en ændring af jurisdiktionen, enten der er tale om overtagelse af andres opgaver eller definition af et nyt område. I et sundhedssystem som det danske har sådanne udvidelser og justeringer ofte en legal side, og selvom de grundlæggende rammer forbliver uantastet vil disse ændringer kunne implicere en ny udstrækning af jurisdiktionen.

Lægen i forvaltningsretten

Lægernes opgave som civilisationens agenter blev formuleret i normative former i den forvaltningsret, som juristerne udviklede netop i disse årtier. Helbred og sundhed blev betragtet som de vigtigste forudsætninger for den åndelige og økonomiske udvikling. Udgangspunktet var, at det var den enkeltes *pligt* at sørge for sin sundhed. Da den enkelte ikke i alle tilfælde kunne opfylde denne pligt på grund af faktorer, for hvilke han ikke selv var ansvarlig, så blev staten nødt til at gribe ind, og den enkelte måtte derfor tåle indgreb i sin personlige frihed. Disse betragtninger var en etableret og fællesskandinavisk opfattelse, der gik igen næsten enslydende i den danske forvaltningsret fra 1870 til den nordiske retsenkyklopædi fra 1887. Den nordiske encyklopædi var udarbejdet med udgangspunkt i forhandlingerne på de skandinaviske juristmøder, der blev etableret i 1876, og som blev en integreret del af den redefinering og reorganisering af retsvidenskabens, som disse skandinaviske juristmøder var en del af.¹²³

Staten havde ingen forpligtelse til at sørge for den enkeltes helbredelse, men måtte ind-

123. C. G. Holck, *Den danske Statsforfatningsret*, C. Goos og J. Nellemann (udg.), (Kbh.: Gyldendal, 1870), se formuleringen p. 263, sammenholdt med Aschehoug, Berg og Krieger, p. 236–37.

skrænke sig til at stille dertil autoriseret personale til stede, og bortset fra embedslægerne var lægerne i det hele at betragte som private næringsdrivende.¹²⁴

Betragtningerne om sundheden som en pligt for den enkelte faldt godt i tråd med de argumenter, som lægerne i 1868 kunne fremføre i Kgl. Medicinsk Selskab som begrundelse for at opretholde lægemonopolet. Schleisner, Hornemann og Stadfeldt var her de mest fremtrædende debattører, og alle tre understregede de med forskellige nuancer ønskeligheden i at få etableret begrænsninger for den personlig frihed: Den enkelte var ikke berettiget til at indhente lægehjælp, hvor han selv mente det bedst. Befolkningen var hensunken i uvidenhed og enfoldighed, og vidste ikke at skelne hjælp fra skade, (Schleisner), det var generelt på tide at trænge de frihedsbestrebelse tilbage, der var ved at blive det spøgelse, der knuste alle andre hensyn, (Hornemann) lægen måtte som formynder for det ufødte barn sikre, at det var den sagkyndige læge, der varetog fødselsområdet overfor den kvaksalver og jordemoder, der kunne fristes til at overskride sine instrukser (Stadfeldt). I det hele var der en understregning af risikoen for den offentlige sundhed ved at give kvaksalvere bedre muligheder (som i et syfilis tilfælde, som Engelsted anførte) og en opfattelse af sammenhæng med stormløb på sagkundskaben også fra de andre fakulteter, teologi, undervisning og retsvidenskab i form af forslag om frigivelse af sagførergeringen.

Deltagerne i diskussionen havde det straks sværere med betragtningen om, at lægerne var at betragte som næringsdrivende. Det var netop næringsfrihedens princip, man ikke ville have indført på lægehvervets område.

Den eneste kontrol med, at en rimelig sundhed kunne opretholdelse blev efter lægernes opfattelse deres egen virksomhed. ⅓ af befolkningen blev vurderet til at ville overgive kvaksalverne deres tillid, hvis de fik adgang dertil, og da dårlige lægemidler ikke kunne bevises uden ved kemisk analyse og forholdet mellem patient og kvaksalver ville være luk-

ket på grund af deres indbyrdes frimureri og vanskelige bevisligheder ville konsekvensen være den videnskabelige læges endeligt undtagen i de største byer.

Ikke alle læger var enige i disse betragtninger. Julius Petersen var på det nordiske lægemøde i 1876 udsendt af Den Almindelige Danske Lægeforening. Han udtalte på mødet, at det ikke var lovgivning, der skulle til. Lægerne skulle vinde befolkningens tillid gennem udbredelse af de almindelige sundhedsforanstaltninger. »Thi har folket først lært det velsignelsesrige ved de forskrifter for helbredets vedligeholdelse, som den videnskabeligt dannede læge er i stand til at give, vil man også som patient gerne give sig i hans vold.« Lægeforeningens officielle standpunkt var dog på linie med Medicinsk Selskab, idet man på lægemødet i 1867 vedtog en resolution om bibeholdelse af lægemonopolet, idet »frigivelse ikke ville være til befolkningens gavn«.¹²⁵

De retlige betragtninger i de forvaltningsretlige systemer gik videre end til opretholdelse af embeds- og monopolsystemet, og betonedede behovet for indholdsmæssigt at foreskrive bestemmelser om, »hvorledes disse interesser skulle fremmes«.¹²⁶ Hermed blev de enkelte sundhedsbestemmelser indpasset under det overordnede begreb, der hed den enkeltes pligt til at sørge for sit helbred. Bestemmelser om vaccination, om smittefare i skoler, om børnearbejde i fabrikker, om smitsomme sygdomme var efter dette system formuleret som en pligt for den enkelte til at sørge for sit helbred eller den opvoksende generations sundhed. Interessernes udformning blev dog i et vist omfang fastlagt af de læger, der skulle forvalte bestemmelserne, i kommissionsarbejdet i forbindelse med de smitsomme sygdomme, eller i offentligheden, som Hornemanns oplæg til resolution om en lov om børnearbejde: I de tilfælde, hvor som ved børnearbejde, de voksne ikke levede op til deres forpligtelser, måtte staten lovmæssigt skride ind og sikre en ansat fabrikslæge, der i

124. Holck, p. 269–71 og Aschehoug, Berg og Krieger, p. 251–53.

125. S. Meyer, »Den Almindeligste Danske Lægeforening 1857–1907«, *Ugeskrift for Læger*, (1907), p. 819–858, sp. p. 840.

126. Aschehoug, Berg og Krieger, p. 239.

kraft af sin personlige integritet kunne være ven og beskytter for de svage. Denne beskyttelse var samtidig bolværk mod at syge og forrådnede individer blev den gæringssubstans, der kunne få arbejdermasserne til at bruse op. Hornemanns opfattelse af lægen i den forbindelse var netop hverken lægen som næringsdrivende, embedsmanden med dennes pligter, eller som en person, der ville have den ansattes afhængighed af fabrikejeren som arbejdsgiver. Hornemanns opfattelse af de danske læger var, at de i kraft af deres professionelle viden og etiske opfattelse ville optræde som uafhængige rådgivere, der kunne formidle information om, hvordan forholdene skulle indrettes: »Lægerne i Danmark er af den solide slags: De siger sandheden.. er de svages beskyttere.. endemålet for lægevidenskaben er det humane formål.«¹²⁷

Forbindelsen mellem lægegerning og opdragelse var et integreret led i de hygiejniske bestræbelser. Overført fra individet til massen kunne denne forbindelse indikere en ny opgave for lægen, nemlig løsning af arbejderspørgsmålet i konflikter mellem arbejdsgiver og arbejder i arbejdstiden (legemlig sundhed) og konflikt mellem de rige og de fattige efter arbejdstiden (et sundt boligmiljø). De sociale forhold blev f.eks. anvendt af den københavnske embedslæge F. F. Ulrik som argument for sanering af Peder Madsens Gang i det centrale København.¹²⁸ Pariserkommunen i 1871 synes at have skabt et skel for både lægers og politikeres sociale argumentation. I 1868, hvor man kunne have talt til fordel for læge-

monopolet med sociale argumenter holdt man sig fra lægeside udelukkende til bekymring for videnskabeligheden og beskyttelse af almuen mod dens egen dumhed, og den sociale betoning af det sociale sikringssynspunkt, der blev anført af Landstinget i dets betænkning i 1874, var fraværende i betænkningen fra 1868.¹²⁹

I retlig sammenhæng indgik den sociale hygiejneopgave i det samlede problemkompleks omkring arbejderbeskyttelse, byfornyelse og byplanlægning. Her blev det formuleret som et ønske om funktionsopdeling samt naboretlige betragtninger, hvor en del af overvejelserne netop gik på, om man kunne opstille regler for beskyttelse af arbejderens boligmiljø.¹³⁰

Professionens indflydelse på organ og regel

Undersøgelsen af sundhedskollegiets virksomhed i 1870–90 synes at vise, at lægernes trang til udvidelse og befæstelse af deres opgaver spillede en betydelig rolle for den regulering, der blev fastlagt i perioden. Deres motiver definerede de selv som uegennyttige. Der var tale om udbygning af et velordnet medicinal- og sundhedsvæsen til det almene vel. En uundgåelig følge heraf var øgede opgaver for det autoriserede personale, da lægerne og det øvrige autoriserede personale, tandlæger, jordemødre og apotekere var garanti for ydelsernes kvalitet. Reguleringen fra 1870–1900 bestod ikke i store, omfattende nyvurderinger, men mindre justeringer, hvorved sundhedsmarkedet blev opdelt, grænserne mellem de enkelte personalegrupper blev præciseret, og offentligheden fik pålagt flere pligter med hensyn til at sørge for eget helbred, i overensstemmelse med den grund-

127. E. Hornemann, »Om Børns arbejde i Fabriker, særligt med henblik på vore forhold. Efter et indledende foredrag i det første nordiske Industrimøde i København juli 1872«, *Hygiejniske Meddelelser*, 7. bd. (Kbh.: Jacob Lund, 1872), p. 151–94, sp. s. 190–91.

128. F. F. Ulrik, »Kan Peder Madsens Gang betragtes som et Sygdomsfokus her i staden«, *Hygiejniske Meddelelser*, bd. 7, (Kbh.: Jacob Lund, 1872), p. 1–34, sp. p. 27: »Navnlig i denne tid [må] Paris' endnu øde tomter og hærgede mindesmærker være en alvorlig påmindelse. . . « Se desuden Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Christensen, p. 87–88 og Jørgen Dalberg-Larsen, *Rettsstaten, velfærdsstaten og hvad så*, (Kbh.: Akademisk Forlag, 1984), p. 103–07.

129. Rigsdagstidende, 1867/68, Tillæg B, sp. 129–48, i modsætning til samme, 1874/75, sp. 42, der omtaler statens beskyttende indgriben i de mindre heldigt stillede og oplyste samfundsklassers interesse.

130. Jfr. *Forhandlingerne på det 3. nordiske Juristmøde*, p. 136–162 og Aschehoug, Berg og Krieger, p. 241. Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Kristensen, p. 85–87.

læggende holdning herom i den samtidig udformede forvaltningsret.

Udfordringen til lægerne kom fra to fronter, dels fra nye sundhedsprofessioner, dels fra politiske, offentlige angreb på lægernes jurisdiktion som sygebehandlere. Den første udfordring optog lægerne i det væsentlige som en kærkommen anledning til at uddelegere arbejde, som man ikke selv ønskede at tage sig af, men i 1890-erne blev de mange specielle terapeuter en trussel mod lægernes arbejde. Angrebet mod lægernes behandlingsmonopol var af en mere grundlæggende art, og var inspireret af frihedsbevægelserne omkring århundredets midte. Professionsteoriens formodning om betydningen af professiones symbolske værdi synes at blive bekræftet i diskussioner om bevaring af lægemonopolet og udvidelse af lægeopgaverne indenfor de smitsomme sygdomme. Uanset at den terapeutiske værdi af lægernes indsats var tvivlsom og lægerne var grundlæggende uenige på dette tidspunkt, hvor lægerne stod overfor et videnskabeligt gennembrud, var der en fløj af konservative politikere, der forsvarede lægemonopolet. Begrundelsen var, at man måtte slutte op om lægerne, simpelthen fordi de var videnskabelige.

En ny udfordring, som lægerne selv tog på sig var hygiejnespørgsmålet, et område, som de offentligt udviklede og redefinerede i takt med kulturelle og sociale behov, som implicerede såvel dannelse af det enkelte individ som udvikling af institutioner og retlige forskrifter som et led i den kollektive opdragelse af arbejderklassen og etablering af et familiemønster med kvinden som ansvarlig for familiomsorg. Øgede statistiske og administrative opgaver og tættere tilsyn med jordemødrene var andre af den slags udvidelser af den lægelige jurisdiktion, alle fastlagte ved nye instrukser udarbejdet af eller godkendt af det offentlige sundhedsvæsen, her i sammenhæng med en teknologisk nydannelse.

Det institutionelle udgangspunkt med et sundhedsvæsen af kontinental, europæisk art har haft indflydelse på lægernes valg af mål

og strategier til fremme af deres professionelle krav. Fordi det danske sundhedsvæsen var så indarbejdet blev lægerne orienterede i retning af den offentlige sektor. Sundhedskollegiets mere fremtrædende medlemmer gav internt udtryk for, at det statslige embedssystem og lægemonopolet var kernen i medicinalvæsenet. Men samtidig kunne en modstående opfattelse af lægens selvstændighed trives. Et stigende antal af praktiserende læger fra omkring århundredets midte gav i 1872 en grobund for formulering af en mere anglo-amerikansk præget ideologi og selvopfattelse af de danske læger som selvstændige, solide, sandhedssøgende mænd. På dette tidspunkt har lægerne allerede været ved at udvikle sig til en gruppe af ansatte professionelle, med kommunen eller sygekassen som deres arbejdsgivere. Denne udvikling var lægerne selv med til at fremme ved deres initiativer i og udenfor sundhedsvæsenet.

Den juridiske teoris opfattelse af intentionerne bag sundhedslovgivningen var til en vis grad sammenfaldende med lægernes. Sundhedsregulerings intention var at virke som et værn om den autoriserede medicin. Dette værn var sat, ikke af hensyn til eller en rettlighed for den enkelte borger, men som et led i den enkelte borgers pligt overfor samfundet til at drage omsorg for sin egen sundhed. Retssystemet blev set i den paternalistiske rolle at værne den enkelte mod hans egen dumhed og letsind. Om et sådant værn også rent faktisk blev retssystemets funktion er et andet spørgsmål. Der er nogen usikkerhed om, hvorvidt f. eks. reglen om lægemonopolet havde den virkning effektivt at afholde folk fra at søge kvaksalvere. Men der er ikke tvivl om, at alle opfattede det sådan, at hvis reglen ikke var der, så ville søgningen til kvaksalverne blive større. De faglige, nationale og fællesskandinaviske fora for henholdsvis læger og jurister var væsentlige for udviklingen af disse opfattelser, og Sundhedskolleget var i 1870-erne og 80-erne det administrative organ, der videreformidlede disse opfattelser til den politisk/legale sfære.