

Historisk Essay

Konsensus i Danmark? Staten og lægerne i 1700- og 1800-tallet

Af Gerda Bonderup

Danmark har aldrig oplevet en revolution, og der fandt heller ikke oprør sted under koleraens angreb i 1853, som det var sket i andre lande. Lektor Gerda Bonderup giver med særligt udgangspunkt i sundhedssektoren et bud på, hvordan vi kan forstå det særegne danske konsensusfund set i lyset af den internationale diskussion om grundlæggende samfundsteorier.

Det danske samfund var i det undersøgte tidsspand i balance, baseret på konsensus og tillid uden dog at være harmonisk, idyllisk eller konfliktløst. Som sådant både ligner det og ligner alligevel ikke de samfundsmodeller, der har været gængse i den internationale forskning.¹

Indtil den tyske sociolog Ralf Dahrendorf kom med sin »galileiske vending« i 1958, havde sociologien været totalt opslugt af og overbevist om den strukturfunktionalistiske ligevægtsmodel, som fagets grand old man, amerikaneren Talcott Parsons havde udarbejdet for samfund og andre sociale fællesskaber.² Han gik ud fra den betragtning, at de fleste fællesskaber trods intern kiv og strid var i en form for ligevægt, idet de færreste oplevede en permanent revolution. Det var for ham at se det normale. Derfor fokuserede han på de faktorer, der skabte og bevarede denne sociale orden. Det var typisk nogle fundamentale systemer og strukturer, heriblandt institutioner og fælles værdier. Dermed fik han tegnet rolige fællesskaber, som Dahrendorf med sin spidse pen kaldte for utopier, der intet havde med realiteterne at gøre, og som kun yderligere fremmede konservatismen blandt akademikerne[!]. Han mente, at Parsons' alt for statiske syn på fællesskaber veg udenom, hvad han betragtede som en kendsgerning, nemlig at et samfund kun kunne udvikle og ændre sig ved sociale konflikter. Derfor gik han den modsatte vej og fokuserede tværtimod på de konfliktskabende faktorer som for eksempel tvangen og den altomfatten-

1 En meget grundig, men til tider problematisk gennemgang findes hos Thomas Bernard. J. Fjord Jensen (1988) tager i sin analyse af den postpolitiske meningsdannelse udgangspunkt i debatten og giver derfor først et kort og fint resumé af denne.

2 Bernard s. 2.

de klassekamp, som i hvert fald ikke udelukkende kan tolkes funktionelt. De to teories muligheder vurderede Dahrendorf på denne endnu ganske sobre måde: Der findes »fænomener i den sociale adfærd, som kun kan tolkes ved konsensusteorien; som for eksempel processerne ... under 'socialiseringen'; der findes andre fænomener, som vi kun kan forklare ved konfliktteorien, som for eksempel selve klassekonflikten. Endelig findes der fænomener, som kan forenes med begge teorier, som ved 'den afvigende adfærd' (deviance)³, for eksempel kriminaliteten.«⁴ Siden kom bølgerne til at gå højt, og man blev mere og mere uforsonlige.

I grunden var positionerne slet ikke så langt fra hinanden⁵: Parsons pegede på muligheden for forandringer, som dog efter hans opfattelse kun kunne skabes af evolutionære kræfter.⁶ Han var også klar over, at »in empirical fact no social system is perfectly equilibrated and integrated ... I believe that class conflict is endemic in our modern industrial type of society«.⁷ Omvendt indrømmede Dahrendorf »We have not to assume that conflict always is violent and uncontrolled. There is probably a continuum from civil war to parliamentary debate, from strikes and lockouts to consultation.«⁸ Men det »normale« hos ham ville være udvikling via revolution.

Begge sociologer havde en dualistisk samfundsopfattelse baseret på klasser, og begrebet magt var centralt for dem begge. I Parsons' version anvendtes den som overtalende redskab, for eksempel i en socialiserings-sammenhæng, og kun i en sjælden slutsituation som voldsredskab. Dahrendorf derimod så udelukkende magten som tvangsmiddel.

Magthaverne, dvs. den politisk herskende klasse, fik forskellige ansigter hos de mange forfattere, der efterhånden trådte ind i debatten. De opfattede staten i absolut forstand, i skikkelse af et bureaukrati eller i skikkelse af den til enhver tid herskende socioøkonomiske klasse, og påpegede, at den politisk herskende klasse, hvis den ikke direkte var identisk med den ellers herskende klasse, altid ville støtte denne mod underklassen. Dermed opretholdtes den dualistiske samfundsopfattelse også på dette plan.

Den altafgørende forskel mellem kombattanterne ligger i deres vurdering af og vægtfordeling mellem begreberne social orden og social foran-

3 Her ses et interessant slægtskab med Foucaults senere udgrænsning af det, der ikke er normalt.

4 Dahrendorf (1957) s. 159f, min oversættelse.

5 De er ikke komplementære, som Bernard vil gøre dem til (s. 167).

6 Parsons (1951) især i kapitlet »The Process of Change of a Social System« (s. 480ff).

7 Parsons (1951) s. 298; og (1954) s. 333.

8 Dahrendorf (1958) s. 126.

dring. Forskellen skyldes deres grundlæggende livssyn, deres ideologi, hvor Parsons' var evolutionær og Dahrendorfs revolutionær.

Striden blev til en sejr for konfliktteoretikerne, der i 1960'erne og 1970'erne havde vind i sejlene og også stod som de progressive og dynamiske i resten af den akademiske verden, mens fortalerne for konsensus blev stemplet som konservative. Debatten kom til at foregå på konfliktteoretikernes præmisser under latterliggørelse af konsensusteoretikerne. Den ebbede ud engang først i 1970'erne for siden at genopstå endog to gange, omend i forandrede skikkelser, nemlig i diskussionerne om det såkaldte »sociale kontrolkoncept« og om »det politiske«.⁹

Den første udsprang af retssociologernes overvejelser omkring kriminelle og straf, altså netop det punkt, hvor Dahrendorf havde set muligheder for anvendelse af begge teorier. I de første år arbejdede sociologerne nærmest udelukkende med overvågning af de af Dahrendorf fremhævede »afvigere«, det være sig kriminelle, gale eller fattige, siden også med den kontrol af de »normale«, der kunne skabe en homogen og disciplineret befolkning. Social kontrol sås iværksat af flere forskellige grupper. »Kontrollørerne« i det gamle samfund kunne typisk være medlemmer af over- eller middelklassen i byerne, der længtes tilbage til en tabt orden; i det nye industrielle samfund kunne kontrollørerne være kapitalisterne, der krævede en pålidelig arbejderklasse (med hensyn til punktlighed, lydighed etc.). Eller de kunne komme fra den professionaliserede middelklasse, der ville løse de sociale problemer, som de så i deres arbejde, hvorved de samtidigt øgede deres status, magt og sikkerhed. Af denne type kontrol udvikledes endelig den sidste, hvor en samfundsgruppe eller et helt samfund søger at kontrollere og regulere sine egne medlemmer.¹⁰ Målet er en generel socialisering og internalisering, som opnås enten ved direkte magtanvendelse, især over for afvigerne, eller ved gruppepres med ikke-voldelige metoder.¹¹ Dette, mener John Mayer, er den »rigtige« form for

9 Sociologerne Cohen og Sculls antologi (1985), især Cohens indledning og Mayers artikel. Se også Breuer. Vedrørende debatten om »det politiske« har jeg støttet mig på Jan Ifversens redegørelse for sociologen Freitags og filosofen Leforts arbejde (Den jyske Historiker (1989)). Denne lille artikel er meget nyttig, omend noget kondenseret.

10 Mayer s. 18.

11 I historisk perspektiv får det den tankevækkende drejning, at al socialpolitik og alle sociale reformer skulle ses som ren subtil camouflage for videre repression. Stanley Cohen (1985 s. 6f) og John Mayer (s. 20ff) afviser med rette dette som værende alt for ensidigt og negativt. Man kan lige så vel se mange af de sociale reformer, der kom fra sidst i oplysningstiden, som et forsøg på at hjælpe de nødstedte. Mayer mener heller ikke at have set én eneste undersøgelse, der viser, at arbejderne i byer med socialt kontrollerende reformer skulle være mere disciplinerede end andre.

det sociale kontrolkoncept, ifølge hvilket samfundets politisk, socialt, økonomisk eller kulturelt ledende gruppe bestræber sig på at give de kontrollerede den størst mulige frihed, individuelt og inden for deres sociale gruppe, og samtidigt retleder dem med ikke-voldelige midler som overtalelse, belønninger og forholdsvis blid afstraffelse.

Forstået på denne måde indeholder det sociale kontrol-koncept det samme som konsensusteorien, der dermed er kommet ind igen ad bagdøren uden at blive opfattet som hverken odiøs eller bagstræberisk, tværtimod. Begge teorier tager udgangspunkt i den ledende samfundsgruppe, der med et strategibestemt program vil dominere og socialisere de andre. Hvis socialiseringsprojektet lykkes, vil befolkningen støtte de ledende aktivt eller blot pragmatisk. Dermed placeres social kontrol som årsag til konsensus.

En ny konsensusreinkarnation er kommet ind med nogle fransksprogede politologers og filosofers tanker om »det politiske« med afsæt i Max Weber, Tocqueville og Habermas (1973). Hos dem udspiller det politiske sig på to planer, der dog ikke helt kan adskilles i praksis. Det ene er selve fundamentet, det andet er den politiske magts vilje og evne til at gribe regulerende ind. Fundamentet er ikke alene bestemt af den herskende politiske ideologi, men også af samfundsgruppernes indbyrdes relationer. Et samfund er normalt i balance til trods for, at dets grupper og disses interesser kan være ganske forskellige, men balancens stabilitet kan variere kolossalt. Da får den politiske magt afgørende betydning ved at støtte den ene gruppe imod den anden.¹²

Ser vi nu på de danske forhold i 1700- og 1800-tallet, så valgte den politiske ledelse – og det er en af de meget væsentlige forudsætninger for udviklingen i samfundet – efter behov også at balancere mellem disse grupper ved at gribe regulerende og mæglende ind i snart den enes, snart den andens favør. Således deltog den i udbytningskonflikter mellem bønderne og deres herremænd til fordel for de førstes og egne skatteinteresser. Og den gav godsejerne ret, hvis bønderne ikke respekterede herremændenes lokale forvaltningsmyndighed, for den politiske ledelse var stadig henvist til dem som sit lokale embedsmandskorps. Der kan også peges på, at købmændene i Danmark havde monopol på kornkøb og -salg i modsætning til andre lande, hvor herremændene købte kornet hos deres fæstere eller livegne til underpris. Den danske ordning beskyttede både den opkommende handelsstand og bønderne.

¹² Jan Ifversen (1989) s. 11ff.

Det var retsstatstanken og dens konsekvenser, der udgjorde det grundlæggende princip både for enevælden og det senere »demokratiske« styre. Det betød for eksempel, at amtmænd og dommere i højere grad dømte efter principper end efter rang og stand. Rettighederne kunne være forskellige for de enkelte samfundsgrupper, men selv den lavestes ret var sikret ved, at han kunne få foretræde hos den enevældige konge – efter 1849 hos rette vedkommende – for at klage over uretfærdigheder begået af højere-stillede. Det var med til at legitimere og cementere det politiske system.

Tilstrækkeligt var det dog ikke. Preussen havde også denne form for retsstat, og alligevel var der her en del uroligheder i krisesituationer, som da koleraen i 1832 kom til Königsberg, hvor bybefolkningen stormede og raserede politikontoret, eller da revolutionen kom i 1848.¹³ At noget lignende ikke forekom i Danmark, skyldtes, at den politiske ledelse udover at mægle også greb regulerende ind ved at give politiske og sociale spændinger mulighed for at få afløb. De blev nemlig kanaliseret ind i »beroligende« institutioner, som da man i censurperioden tillod forskellige former for »indirekte« ytringsfrihed ved folkemøder og »vægaviser« og gav tilladelse til foreningsdannelse – alt sammen dog under kraftigt opsyn.¹⁴

Denne kombination af mægling og urokanalisering fra den politiske ledelses side har fremmanet et balancesamfund baseret på en stærk konsensusforståelse. De enkelte kræfter – den politiske ledelse og de forskellige ledende samfundsgrupper – så hinandens styrke og svagheder, hvad der i normale tider gav sig udslag i samarbejde, hvis man havde fælles mål, og ellers i modarbejde, men kun til en vis grænse. Til »syge« tider dannedes en fælles front. Det smittede så af på resten af samfundet.

De danske lægers professionalisering giver en god illustration af denne ligevægtstese og viser samtidig en kontrast til både den angelsaksiske og den kontinentaleuropæiske professionsmodel.

En række sociologer har, inspireret af Foucault, peget på, at professionsprocessen var styret af magt- og konfliktforholdet mellem læger og stat. De første udviklede en klar »imperialistisk« strategi for at opnå målene markedsmonopol og autonomi. Strategien kunne vise forskellige ansigter, som svarede til forskelle i magtforholdet. I de angloamerikanske lande,

13 Königsberg var en gammel og stolt by, der år tilbage var blevet underlagt Hohenzollerne, det senere preussiske kongehus. Det havde byen aldrig glemt, især ikke de militære og politimæssige konsekvenser. Det var helt klart, at man måtte udnytte koleraen til et oprør mod den preussiske regering, ikke fordi den skulle være skyld i miseren, men fordi den håndhævede nogle bestemmelser om karantæne og begravelser.

14 Det har Vagn Wählin (1986) gjort nærmere rede for i Flemming Mikkelsens antologi.

hvor individualismen og liberalismen sad i højsædet, arbejdede lægerne stort set uhindrede, især hvad angik tilrettelæggelsen af deres uddannelse. Den foregik oven i købet på private skoler, hvor lægerne på grund af den lange uddannelse blev selvstændiggjort i en lægeorganisatorisk, fagpolitisk tankegang. På kontinentet var det den stærke bureaukratiske stat, der ikke alene afstak rammerne for uddannelsen, men også for ansættelse og trivsel. Til trods for denne forskel foregik lægestandens professionalisering på samme måde – på kontinentet kun i en langsommere takt.

Selv om de to variabler, staten og lægerne, indgår i min model, ligner den hverken den angloamerikanske eller den kontinentaleuropæiske ret meget. Lægerne i Danmark har ikke haft egne fagskoler med socialiserende effekter, og det »statslige« uddannelsessted, universitetet, fungerede stort set til alles tilfredshed. Det havde i sin fundats fået forholdsvis brede økonomiske og faglige rammer, som lægerne kunne udfylde efter ønsker og behov. Man kunne tro, at det danske balancesystem kom i fare, når staten indgik som den ene part, idet »mæglingens« partneren dermed kom til at mangle. Men det interessante er, at den danske stat aldrig har været konfliktsøgende, ej heller -skabende. 1700-tallets merkantilisme/kameralisme gik fint i spand med lægernes indstilling. Begge parter var interesserede i at finde en løsning på det sociale problem »sygdom«, og etableringen af hele sundhedsvæsenet skete i smukkeste samarbejde.

Den danske udvikling kan belyses med udgangspunkt i otte af sociologernes og idehistorikernes nøglepunkter i professionaliseringsprocessen.

De terapeutiske, somatiske *hospitaller* står i forskningen gerne som inkarnationen af lægernes magtovertagelse. Oprettelsen af dem skulle være sket, fordi lægerne var blevet trætte af at spille en slags patienternes harlekin ved sygesengen. I de nye sygehuse havde de i stedet rollen som stedets diktator. Samtidig fik de et meget stort patientmateriale samlet på ét sted, hvilket også var gavnligt i undervisningssammenhæng.¹⁵

I Danmark er sygehushistorien derimod en historie om fattigforsorg og om at komme et socialt problem til livs, hvor stat og læger trak i samme retning. Urbaniseringen medførte en sammenstuvning af mange mennesker i små lejligheder: det gjorde deres levevilkår yderst ringe. At kunne flytte de syge hen på et sted med frisk luft og sund mad var udgangspunktet for sygehusbyggeriet. Det havde intet at gøre med at få besværlige hjemmepatienter bragt under andre magtforhold, for den type patienter var bedre stillede privatpatienter, og det blev de ved med at være. De be-

15 Ivan Waddington (1973) og Foucault (1963/1973).

gyndte ikke at komme på hospitalerne før 100-150 år senere, da der blev oprettet særlige hospitalsange for dem.¹⁶ Sygehusene var tænkt som en mere effektiv fattigforsorg, så de syge hurtigt kunne komme til hæfterne og blive arbejdsdygtige igen.

Det var heller ikke så meget massebehandlingen og dens muligheder for massestudier, der var primus motor for lægerne i Danmark, for bortset fra Frederikshospital, der var normeret til 300 senge, men sjældent havde flere end 150, rådede sygehusene normalt kun over fra 5 til 20 senge. Deres tilsynsførende var som oftest distriktslægen, der i de første knap hundrede år tit var en barberuddannet kirurg uden forskningskompetence. Som uddannelsessted fungerede hospitalerne heller ikke rigtigt. Det eneste, der kunne komme på tale, var igen Frederikshospital, men selv om undervisningsformålet her stod nævnt i fundatsen, skete der ikke noget synderligt på området, før kliniske studier blev påbudt med lægeuddannelsesreformen af 1838. Først fra 1870'erne, over hundrede år efter oprettelsen af det første sygehus, kunne man for alvor finde de nævnte facetter.

Sygehusvæsenets etablering og første ét hundrede og halvtreds årige historie var karakteriseret af et godt samarbejde mellem den politiske ledelse og lægerne uden bismag af imperialistiske tiltag fra de sidste.

Jordemodervæsenet blev frarøbet kvinderne og maskuliniseret af lægerne¹⁷, mener dansk og udenlandsk (kvinde)forskning; således findes der knap nok jordemødre i USA.¹⁸ Men historien er ikke helt så barsk, i hvert fald ikke for Danmarks vedkommende. Barselshjælpen havde i århundreder været en række erfarne kvinders fagområde, og viden herom blev givet videre fra jordemoder til jordemoder. Fra og med Medicinalforordningen af 1672, der definerede de forskellige fagområder, skulle lægerne også undervise jordemødre i selve fødselskunsten, mens de selv skulle varetage det videnskabelige arbejde. Det var ikke lægerne, der var drivkraft, men den unge enevældige stat, der ville sætte sine rettigheder og undersåtternes forpligtelser i faste rammer. Ordningen skal ses i sammenhæng med det store samtidige lovgivningsarbejde, der foreløbigt kulminerede godt ti år senere med Danske Lov. Dermed være dog ikke sagt, at lægerne ikke støttede ordningen.

16 Signild Vallgård (1984) s. 64.

17 Ida Blom s. 16f og 123ff; Bente Rosenbeck (1987) s. 166ff og Helle Blomquist (1991) s. 244ff.

18 Blandt mange forfattere Ehrensten og English.

Læger fandtes der dog ikke mange af, så forordningen stod kun som en teoretisk beskrivelse. Men fra midten af 1700-tallet blev undervisningen institutionaliseret ved oprettelsen af Fødselsstiftelsen i København. For udover at redde pigerne fra at føde i dølgsmål og eventuelt fra at begå barnemord på en nyttig samfundsborger skulle stiftelsen også fungere som uddannelsessted under lægens auspicer. Provinsens jordemødre kom dog sjældent derover og skulle fortsat undervises af de lokale læger, som der nu også var kommet flere af. I løbet af 1800-tallet lykkedes det efterhånden at gennemføre en jordemoderuddannelse, mens lægerne fortsat udviklede deres obstetrik og beholdt dette område for sig selv.¹⁹ Og sådan er det vel stadig! Men det var ikke så meget et imperialistisk fremstød fra lægernes side som en arbejdsdeling og »terrænmarkering«, hvor lægernes viden, der efterhånden var øget på grund af udvidet forskning, skulle komme jordemødrene til gode.

Det er rigtigt, at *psykiatrien* blev overtaget af lægerne,²⁰ men det foregik ikke på bekostning af nogen anden erhvervsgruppe. Før i tiden havde det været familien og i nødstilfælde fattigvæsenet, der havde taget sig af de sindslidende. Hvis disse kom i konflikt med loven, blev det ganske vist juristernes fagområde. Da den første morder blev frikendt i begyndelsen af 1820'erne, fordi den tilkaldte læge havde erklæret anklagede for utilregnelig i gerningsøjeblikket, følte juristerne det da også som en slags imperialisme fra medicinernes side, og det affødte en vild debat i den yngre Ørstedes blad.²¹ Men snarere end at gå på strandhugst hos juristerne var lægerne i gang med at opdyrke et nyt område. De var netop begyndt at tro på, at sindslidelse kunne helbredes, og de følte det som deres ansvar at få det gjort. Staten var interesseret i de lovede resultater og støttede derfor lægerne blandt andet med institutionsbyggeri. Også her havde begge parter samme interesse, som så blev til en gevinst for lægerne.²²

Sygekasser er en fin indikator for spillet i samtiden og det endog på to måder. De blev et instrument i »magtkampen« mellem læger og stat, og de er et indicium på lægernes markedsudvidelse mod et monopol.

19 Interessant er det, at lægerne i Sverige også lærte noget af dette område fra sig. Endnu mere interessant er det, at befolkningen i landsognene var lige så bange for disse »videnskabeliggjorte« jordemødre og deres redskaber, som den danske befolkning var for lægerne. Christina Romild s. 4f.

20 Kari Ludvigsen og K. Michelsen.

21 Marcus Rubin s. 293ff.

22 Her ligger et stort forskningsområde endnu så godt som brak.

Sygekassehistorien, der her kort skal fortælles for Tyskland og Danmark,²³ falder i to perioder. Den første lå forud for den statslige lovgivning og var præget af, at sygekasserne normalt var hjælpe-kasser baseret på gensidige forsikringsordninger enten inden for et håndværk eller inden for et geografisk område, hvor de tit blev dannet på initiativ af læger eller præster med det fælles sigte at hjælpe de ubemidlede. Dette prægede også aftalerne mellem lægen og kassen. Den anden periode begyndte med, at staten blandede sig med en lovgivning, der enten som i Tyskland oktroyerede sygekasser i alle de områder, hvor ubemidlede arbejdere endnu ikke var forsikrede, eller som i Danmark lovede statsstøtte til alle gamle og nye kasser, der opfyldte bestemte krav til hjælp for ubemidlede. Med denne indblanding manede staten fagforeningspolitiske mål op af jorden og gjorde særligt i Tyskland de eksisterende kasser til masseforetagender, der var uhyre stærke i forhandlingssituationer. Det accellererede igen lægerne professionspolitiske initiativer, og mange konflikter opstod.

Spørgsmålet om *honorar* var et af de mest afslørende. Der fandtes tre former, en bestemt årlig takst pr. forsikret, et fast totalbeløb, der gav fri behandling til alle kassens medlemmer, og en rabatordning. Sygekasserne foretrak en af de to første, og på grund af kassernes styrke i Tyskland blev disse dominerende dér. Lægepolitisk var den sidste den mest eftertragtede, da den også rummede mulighed for frit lægevalg med individuelle aftaler lægerne og patienterne imellem, hvorved man undgik en standardisering af honorarerne. Annette Drees har undersøgt forholdene i Baden-Württemberg og fundet, at lægeindtægten voksede eksplosivt efter sygekassernes oprettelse, bl.a. fordi lægerne nu fik betaling for alle patienter; mange havde de før måttet behandle gratis, da der ikke var råd til et salær.²⁴

I Danmark fandtes de samme tre former for lægehonorering, omend det faste totalbeløb kun brugtes meget sjældent. Rabatordningen forekom især i de vestjyske egne. Det er også dér, vi finder det nok eneste tilløb til konflikt, nemlig da sygekasserne ville indføre et bestemt årligt beløb pr. patient. Området var dårligt forsynet med læger, og de var derfor vant til at få deres krav igennem og så med mistro på sygekassernes fremmarch. Da en foregangsmand iblandt dem i 1897 prøvede at starte en debat om sagen, fik han kun lunkent medhold fra sine kolleger og fra lægeforeningerne. Efter et fornyet fremstød lykkedes det ham dog at få lidt flere i tale, og det generelle indtryk er, at lægerne og sygekasserne i Danmark fandt

23 England fik sin ordning i 1911, Frankrig først efter anden verdenskrig, og USA arbejder stadig med sin.

24 Drees s. 209ff

ud af det med hinanden.²⁵ Også efter sygekasseloven fra 1892 fortsatte man med at indgå lokale aftaler, som man dog prøvede at gøre ensartede i hvert fald kredsforeningsvis.²⁶ En kamp mellem lægerne og sygekasserne finder vi altså næppe i Danmark, og staten havde under hele processen holdt meget lav profil.

De næste to punkter har jeg behandlet udførligt andetsteds.²⁷ Her skal resultaterne kun kort resumeres. *Fagforeninger* for lægerne opstod ganske rigtigt i midten af det 19. århundrede, men helt op til 1900 tilgodeså de primært de faglige og selskabelige behov, som de forudgående associationer havde gjort det. Et så afgørende element i professionaliseringen som en egen voldgiftsret, hvorved lægerne i vid udstrækning kunne undgå det offentlige retssystem, kom først med Den kollegiale Vedtægt fra 1891.

I deres bestræbelser for at opnå monopol skulle lægerne have *medikalisert* og, værre endnu, *sygeliggjort befolkningen*, og som eksempler anføres det hygiejniske område og de gratis helbredsundersøgelser. Men kan det overhovedet kaldes for medikalisering? Det er mere et led i de præventive foranstaltninger, som man efter koleraen fra alle sider indså nødvendigheden af. De blev givet som tilbud, som befolkningen kunne gribe eller fravælge, og for langt de fleste var de kærkomne. Således gav de tryghed til nybagte mødre i spædbørnsplejen.

Det er altså svært at få øje på en strategibestemt imperialisme fra lægernes side. Derimod blev nogle omsorgsområder synlige for samfundet, og lægerne var på grund af deres uddannelse bedst kvalificerede til at tage sig af dem og følte det også som deres ansvar. Nogle områder beholdt de som psykiatrien og spædbørnsplejen, andre afgav de, da nye mere adækvate uddannelser – som for eksempel inden for miljøforskning – gav større ekspertise.

Men gik lægerne endelig for vidt, greb staten regulerende ind. Kvaksalverloven af 5/9-1794 bliver altid tolket som lægernes sejr over folkemedicinen, men med dispensationsmuligheden i §6 er den faktisk et brilliant stykke balancekunst fra statens side: »Skulde nogen, som ikke er egentlig

25 Erik Strange Petersen behandler denne konflikt nærmere i sin artikel, Lægestand og sygekasser, i Festskrift til Vagn Dybdahl. (Århus 1987).

26 Udover Strange Petersens artikel har jeg benyttet jubileumsskrifterne af H. Daniel og V. Christophersen.

27 G. Bonderup (1992 b).

Læge, have erhvervet sig udmærket Kundskab... i en enkelt Deel af Lægekunsten..., da kan han, naar han med Amtmandens og Physicis Vidnesbyrd gotgiør, at besidde fornævnte Egenskab, vente, igiennem Cancelliet at erholde Tilladelse at praktisere... og at hans Ret til at foreskrive Lægemidler indskrænkes til de Dele, han har beviist, sig at være kyndig udi.«²⁸ Den legitimerede altså under visse forudsætninger behandling hos en »klog«, skønt konsekvensen nemt kunne blive, at patienterne under deres lovlige ærinde også lige spurgte om råd mod andre skavanker. Den samme balancekunst ser vi i homogeniseringsprocessen, hvor kirurgerne ikke fik den kolde skulder. Med forordningen af 1838 om lægeuddannelsen indlemmedes tværtimod emner fra begge parter områder, og der blev taget hensyn til begge siders ønsker.

Gør man den danske form for professionalisering op, blev dens resultat en lige så velforankret lægestand som i de andre lande. Men dens vej dertil var mindre mål- eller strategibestemt, end sociologerne har tegnet den. Hovedårsagen var, at staten og lægerne kunne samarbejde omkring de fleste nøglepunkter, og staten greb kun ind, hvor lægerne gik for vidt over for en anden gruppe.

Også i sundhedssystemet lykkedes det de ansvarshavende – lægerne og det offentlige – at forebygge uro ved fælles arbejde: Handlingsplanerne var parate, og når det trak sammen til en katastrofe som for eksempel et koleraangreb, drog man effektivt i kamp imod den. Man undlod også at gennemføre de mest restriktive foranstaltninger, selv om de måske kunne have virket bedre. Hvis man endelig gjorde det, var det kun over for »afvigerne«, som for eksempel i Christianshavns tugthus, hvor der herskede renlighed og mønsterværdig orden, og hvor man isolerede de fanger, der havde siddet sammen med en kolerasyg, i flere dage. Man gav dem også sund mad og godt øl. Al denne omsorg fandt journalisten Magnus var et spild af gode kræfter. Han ville hellere have set de fattiges – især de værdigt trængendes – liv skånet.²⁹

Parsons' og andres konsensusbillede af en befolkning under social kontrol med strategibestemt socialisering svarer altså kun til en vis grad til de danske samfundsforhold i 1800-tallet. For befolkningen støttede de ledende på en måde, som et socialiseringsprojekt alene slet ikke ville have kunnet fremmane, men som må forklares med, at de ledende havde vist sig værdige til den tillid, der blev dem til del, idet de respekterede befolk-

28 J.H. Schou, Chronologisk Register...

29 Magnus s. 24ff.

ningens følelser og handlede i overensstemmelse med nogle fælles værdier og normer, der fandtes på tværs af klasseskellene, samtidigt med at de gang på gang selv stod deres prøve i krisesituationer. Noget sådant fremmaner konsensus!

Den kan være ganske svær at få øje på i normale tider, hvor den kan være tilsløret af strid forskellige grupper imellem. Det har en gruppe konfliktforskere vist for danske forhold.³⁰ Men under en krise, som for eksempel under koleraen, bliver den synlig. Vel blev der slæbt stridigheder med over i katastrofefasen, men dér blev de straks opfattet som mislyde, der hurtigt blev dæmpet. Koleraen virkede harmoniserende, befordrende på tilliden og selvforstærkende på ansvarsfølelsen. Når det gjaldt, trak alle i samme retning, og der kunne mobiliseres et potentiale af frivillige hjælpere fra den pænere borgerstand. De besøgte sammen med lægerne de dårligtstillede usle boliger for at finde kolerasyge. De efterså renligheden og gav mad og tøj. Med deres nærmest selvudslettende arbejde annullerede de faktisk sociologernes tese om kontrollens baggrund. Man dannede en fælles front.

Litteraturliste

- Bernard Th. *The Consensus-Conflict Debate*. (New York 1983).
 Blom, Ida. »Den haarde Dyst«. (Bergen 1988).
 Blomquist, Helle. For det Almene Vel. *Fortid og Nutid* (1991) s. 223-253.
 Bonderup, Gerda. Lægestanden i historiografien og hvordan lægerne måske »virkelig« har været i det 19. århundredes Danmark. *Historisk Tidsskrift* (1992), s. 29-65.
 Breuer, Stefan. Sozialdisziplinierung, i Sachsse Ch. (ed.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*. (Frankfurt/M 1986) s.45-69.
 Christophersen, V. *Den almindelige danske Lægeforening 1857-1932*. (København 1932).
 Cohen, Stanley (ed.). *Social Control and the State*. (Oxford 1985).
 Dahrendorf R. *Soziale Klassen und Klassenkonflikt* (Stuttgart 1957).
 – Out of Utopia. *The American Journal of Sociology* 64 (1958).
 Daniel H. *Danmarks Sygekassevæsen gennem århundreder*. Bd.1+2. (København 1937+1938).
 Drees, Annette. *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand*. (Münster 1988).
 Ehrenrich, Barbara and English, Deidre. *For Her Own Good*. (New York 1979).
 Fjord-Jensen, Johan. *Det Tredie*. (København 1987).
 – Den postpolitiske udfordring. *Politica* (1988) 2 s. 167-184.
 Foucault, Michel. *Geburt der Klinik*. (München 1973).
 Habermas, Jürgen. *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. (Frankfurt/M 1973).

30 I Flemming Mikkelsens antologi, men også her måtte det konkluderes – for dette essays tidsperiode – at det ikke kom til mere alvorlige – fysiske – konfrontationer, først holdt man sig til klager og petitioner siden til demonstrationer og arbejdsnedlæggelser.

ningens følelser og handlede i overensstemmelse med nogle fælles værdier og normer, der fandtes på tværs af klasseskellene, samtidigt med at de gang på gang selv stod deres prøve i krisesituationer. Noget sådant fremmaner konsensus!

Den kan være ganske svær at få øje på i normale tider, hvor den kan være tilsløret af strid forskellige grupper imellem. Det har en gruppe konfliktforskere vist for danske forhold.³⁰ Men under en krise, som for eksempel under koleraen, bliver den synlig. Vel blev der slæbt stridigheder med over i katastrofefasen, men dér blev de straks opfattet som mislyde, der hurtigt blev dæmpet. Koleraen virkede harmoniserende, befordrende på tilliden og selvforstærkende på ansvarsfølelsen. Når det gjaldt, trak alle i samme retning, og der kunne mobiliseres et potentiale af frivillige hjælpere fra den pænere borgerstand. De besøgte sammen med lægerne de dårligtstillede usle boliger for at finde kolerasyge. De efterså renligheden og gav mad og tøj. Med deres nærmest selvudslettende arbejde annullerede de faktisk sociologernes tese om kontrollens baggrund. Man dannede en fælles front.

Litteraturliste

- Bernard Th. *The Consensus-Conflict Debate*. (New York 1983).
 Blom, Ida. »Den haarde Dyst«. (Bergen 1988).
 Blomquist, Helle. For det Almene Vel. *Fortid og Nutid* (1991) s. 223-253.
 Bonderup, Gerda. Lægestanden i historiografien og hvordan lægerne måske »virkelig« har været i det 19. århundredes Danmark. *Historisk Tidsskrift* (1992), s. 29-65.
 Breuer, Stefan. Sozialdisziplinierung, i Sachsse Ch. (ed.), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung*. (Frankfurt/M 1986) s.45-69.
 Christophersen, V. *Den almindelige danske Lægeforening 1857-1932*. (København 1932).
 Cohen, Stanley (ed.). *Social Control and the State*. (Oxford 1985).
 Dahrendorf R. *Soziale Klassen und Klassenkonflikt* (Stuttgart 1957).
 – Out of Utopia. *The American Journal of Sociology* 64 (1958).
 Daniel H. *Danmarks Sygekassevæsen gennem århundreder*. Bd.1+2. (København 1937+1938).
 Drees, Annette. *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand*. (Münster 1988).
 Ehrenrich, Barbara and English, Deidre. *For Her Own Good*. (New York 1979).
 Fjord-Jensen, Johan. *Det Tredie*. (København 1987).
 – Den postpolitiske udfordring. *Politica* (1988) 2 s. 167-184.
 Foucault, Michel. *Geburt der Klinik*. (München 1973).
 Habermas, Jürgen. *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. (Frankfurt/M 1973).

30 I Flemming Mikkelsens antologi, men også her måtte det konkluderes – for dette essays tidsperiode – at det ikke kom til mere alvorlige – fysiske – konfrontationer, først holdt man sig til klager og petitioner siden til demonstrationer og arbejdsnedlæggelser.

- Ifversen, Jan. Det politiske, magten og samfundet. *Den jyske Historiker* 47. (1989) s. 7-27.
- Lauritzen, John T. anmeldelse af Mikkelsen, Flemming. *Protest og oprør*. (Århus 1986). *Historie* (1991) s. 675-679.
- Ludvigsen, Kari. Et statsasyls vekst og fall. *Nordisk Forskersymposium om humanistisk sundhedsforskning*. Session »Sygdom og sygdomsbehandling i den autoriserede sektor«. (Hindsgavl 1992).
- Magnus I.C. *Nogle Billeder af Kjøbenhavn under Choleraepidemien*. (København 1853).
- Mayer, John. Notes toward a Working Definition of Social Control in Historical Analysis. Cohen, Stanley. *Social Control and the State*. (Oxford 1985) s.
- Michelsen, Knud. *Synålejomfruen*. (København 1989).
- Mikkelsen, Flemming (ed.). *Protest og oprør*. (Århus 1986).
- Parsons T. *The Social System*. (New York 1951).
- *Social Structure and Personality*. (London 1964).
- Romild, Christina. Några frågeställningar kring förändringarna inom förlossningsvården... *Nordisk Forskersymposium om humanistisk sundhedsforskning*. »Session Sygdom og sygdomsbehandling i den autoriserede sektor«. (Hindsgavl 1992).
- Rosenbeck, Bente. *Kvindekøn*. (København 1987).
- Rubin, Marcus. *Frederik VI's Tid*. (København 1895).
- Strange-Petersen, Erik. Lægestand og sygekasser. *Erhvervshistorisk Årbog*. (Århus 1986) s. 326-355.
- Tilly, Charles. Collective Violence in European Perspective. Graham, Hugh. *America*. (New York 1969).
- m.fl.. *The Rebellions' Century*. (Cambridge, Mass. 1975).
- Waddington, Ivan. The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis. *Sociology* (1973) s. 211-224.
- Vallgård, Signild. *Sjukhus och fattigpolitik*. (København 1984).
- Hospitals and the Poor in Denmark. *Scandinavian Journal of History* (1989) s. 95-105.
- Wählin, Vagn. Opposition og statsmagt. Mikkelsen, Flemming. *Protest og oprør*.