

Dansk sundhedspolitik 1901-21

af Knud Erik Madsen

Under forfatningskampen hørte sundhedsvæsenet til de områder, hvis udvikling blev bremsset. Stud.mag. Knud Erik Madsen beskriver i denne artikel, hvorledes efterslæbet blev indhentet og et nyt lovgrundlag etableret i årene efter systemskiftet. Først søgte Rigsdagen at afhjælpe de værste problemer, men den væsentligste omstændighed i udviklingen blev Sundhedskollegiets nedlæggelse og den følgende nedsættelse af Medicinalkommissionen, hvis arbejde blev grundlag for sundhedsvæsenets nyordning.

Sundhedsvæsenet i 1908

I løbet af den sidste halvdel af 1800-tallet havde sundhedsvæsenet været inde i en hastig teknisk udvikling. Samtidig var de lovgivningsmæssige rammer enten forblevet uændret – og dermed forældet – eller blevet modificeret for at løse øjeblikkelige behov, dvs. lapperier.

Den administrative ledelse af det danske sundhedsvæsen var lagt i hænderne på Det kongelige Sundhedskollegium. Denne institution var oprettet i 1803 og havde ikke siden oprettelsen ændret sig meget. Kollegiets arbejde bestod for det første af retsmedicinske erklæringer til domstolene, væsentligst tilregnelighedssager og faderskabssager. For det andet af råd og henstillinger til ministerierne angående medicinale forhold (navnlig til justitsministeriet, hvorunder man hørte). Endelig for det tredje af egen administration og selvstændige funktioner. Under sig havde kollegiet hele embedslægevæsenet, ligesom det skulle føre tilsyn med landets sygehuse, fattiggårde, fængsler etc. Fra embedslægerne modtog kollegiet forskellige indberetninger, som det redigerede og årligt udgav sammen med egne årsberetninger og medicinallovgivningsoversigter.

Sundhedskollegiet bestod af 10 læger og 2 apotekere. En af lægerne fungerede som kollegiets leder (dekan), hvilket han valgtes til for perioder à 6 år. De to apotekere deltog kun i behandling af sager vedrørende apotekervæsen.

Problemet med denne ordning var væsentligst kollegiets meget omstændelige forretningsgang, som bl.a. viste sig ved, at man ikke (eller kun meget sjældent) mødtes på et kontor. I stedet sad alle medlemmerne hjemme på deres bopæl og fik alle sager tilsendt til udtalelse og godkendelse – dvs. at samme sag skulle flere gange rundt til alle medlemmerne.

Dette betød en meget grundig, men samtidig meget tidskrævende behandling. Almindelige rutinesager tog det en måned at behandle, og der skulle kun få komplikationer til, før behandlingen varede op til halve år¹.

Landet var i 1908 delt i 12 fysikater, som hver omfattede et eller flere amter – fysikaternes grænser fulgte således ikke altid amtsgrænserne. Som oftest boede fysikus i stiftets hovedstad. Landet var endvidere inddelt i 103 lægedistrikter, som hver omfattede en by med tilliggende opland (nogle lægedistrikter omfattede kun en by, hvorfor distriktslægen kaldtes stadslæge). Distriktslægen boede som oftest i en købstad. Her var spørgsmålet, om man skulle fastholde de to klasser af embedslæger, og hvordan fysikaternes og distrikternes grænser kunne lægges, så de bedre stemte overens med amtslige og kommunale inddelinger².

For at drive et apotek i Danmark krævedes kongeligt privilegium. Disse privilegier kunne enten være reelle eller personlige. Ved de reelle apoteker var privilegiet salgbart. I midten af 1800-tallet rejstes kritik af dette system, og man indførte de såkaldte personlige apoteker. De allerede eksisterende reelle apoteker fortsatte uændret, men der oprettedes ikke nye af denne type. Ved de personlige apoteker blev privilegiet opslået ledig, når den tidligere indehaver holdt op. Problemet var nu at få afskaffet de reelle privilegier. I 1908 fandtes der 84 reelle og 155 personlige apoteker³.

I 1908 fandtes der 2 typer jordemødre, nemlig distriktsjordemødre og praktiserende jordemødre. Landet var i 1810 blevet inddelt i en række jordemøderdistrikter, og øvrigheden i hvert distrikt skulle ansætte en jordemoder, som skulle være forpligtet til straks at komme til enhver, der sendte bud efter hende inden for hendes distrikt. Den anden type jordemødre var de selvstændigt praktiserende, som frit kunne nedsætte sig og kun modtog løn for de forretninger, de udførte. Problemet ved denne ordning var distriktsjordemødrenes løn. Pengenes værdi var faldet, ligesom også fødslerne antal var faldet. Det havde derfor flere gange voldt amtsrådene problemer at få distriktsjordemoderstillinger besat (i landdistrikter)⁴.

1. G. Norrie: Hjemme og Ude. 1931, p. 230f Medicinalkommissionens første betænkning angående ordningen af sundhedsvæsenets centralstyrelse, afgivet 1909, p. 41-46. K.E. Madsen: Det kongelige Sundhedskollegiums arkiv. 1980.

2. Medicinalkommissionens 4. betænkning angående ordningen af embedslægevæsenet og den kommunale sygepleje i Danmark, afgivet 1911, bilag II, p. 19-29.

3. Medicinalkommissionens 5. betænkning angående ordningen af apotekervæsenet, afgivet 1912, p. 5-9 og bilag I, p. 67-70.

4. »Reglement for Gjordemodervæsenet ...« af 21. november 1810. Instruks af 25. novem-

For at blive praktiserende tandlæge skulle man have bestået tandlægeeksamen og bl.a. i 2 år have fungeret som assistent hos en autoriseret tandlæge. Loven pålagde ikke ministeriet automatisk at autorisere alle, som havde tandlægeeksamen, og den åbnede mulighed for, at ministeriet også kunne autorisere folk, der ikke havde den omtalte eksamen. Havde man endelig fået en autorisation, gav den kun ret til at praktisere på det sted, hvor man boede. Kun efter dispensation – for hvilken der ikke fandtes faste regler – måtte tandlægerne praktisere uden for deres bopæl. Ud over et ønske om at få dette ind i fastere rammer ønskede man at få afklaret en række grænseproblemer mellem læger, tandlæger og tandteknikere. I 1908 fandtes der 323 tandlæger i landet⁵.

Intet lig måtte begravnes, før ligsyn var foretaget af en autoriseret læge, og dødsattest udstedt. Hvis der var over ¼ mil til nærmeste læge, kunne ligsyn dog foretages af ligsynsmænd, medmindre pårørende eller politimesteren specielt ønskede lægeligt ligsyn. Ligsynsmændene, der var lægmænd, arbejdede sammen to og to og var udnævnt af politimesteren efter indstilling fra by- eller sognerådet. Man var i samtiden utilfreds med brugen af ligsynsmænd. Man mente, at det udelukkende burde være læger, der foretog ligsyn⁶.

Sygeplejersker var på den tid et ret nyt fænomen i Danmark, og standen havde endnu ikke fundet sin endelige form. Sygeplejerskerne blev uddannet på forskellige sygehuse, som primært underviste i det, som sygehuset selv havde brug for, at sygeplejerskerne kunne. Samtidig var sygeplejerske-standen unddraget enhver autoritets myndighed. Sygeplejerskerne havde i 1899 stiftet »Dansk Sygeplejeråd«, der bl.a. havde som mål at få »en ensartet og alsidig, treårig uddannelse, som slutter med en statseksamen, uden hvilken ingen sygeplejerske skal have lov til at praktisere som sygeplejerske«⁷.

Sindssygevæsenet var i midten af 1800-tallet blevet humaniseret, d.v.s. at man i stedet for blot at beskytte samfundet mod de sindssyge gik over til at betragte de sindssyge som syge mennesker, der kunne hjælpes ved

ber 1896. Medicinalkommissionens 6. betænkning angående jordemodervæsenet, afgivet 1913, p. 6-7.

5. Medicinalkommissionens 7. betænkning angående tandlægevæsenet, afgivet 1915, p. 9, bilag I, p. 45-47. Bekendtgørelse af 8. marts 1892 fra Justitsministeriet angående betingelserne for at kunne udøve Tandlægevirkksomhed og Omfanget af denne, § 2.

6. Lov om ligsyn af 2. januar 1871. Medicinalkommissionens 8. betænkning angående ligsynsvæsen, afgivet 1916, p. 11f.

7. Medicinalkommissionens 11. betænkning angående indførelse af statsanerkendelse for sygeplejersker, afgivet 1921, p. 12-28. Andragende af 26. januar 1907 fra Dansk Sygeplejeråd til Konseilspræsidenten (bilag 1 i betænkningen – p. 51-53).

behandling. Det resulterede i en voldsom tilgang til sindssygehospitalerne, som hurtigt blev overbelagt. Staten havde i 1908 fire sindssygehospitalet med normeret plads til 2.268, men antallet af indlagte var i virkeligheden 2.500. På Sjælland og Lolland-Falster fandtes der stadig en række stærkt forældede amtskommunale anstalter, som kun fortsatte p.g.a. overbelægningen af statshospitalerne. Men samtidig med de store pladsproblemer havde man også ledige pladser på anstalterne. Modtagelsesafdelingerne og afdelingerne for de mere urolige patienter var altid overbelagt, mens afdelinger for de rolige patienter ofte havde ledige pladser. Dette tydede på, at der manglede en overbestyrelse over statens sindssygehospitalet. I samme retning pegede den store forskel i sindssygehospitaleternes økonomi⁸.

Vaccinefremstillingen var delt på to institutioner, nemlig Statens Seruminstitut og Den kongelige Kokoppeindpodningsanstalt. På grund af den hastige udvikling på dette område var kravet til produktion steget betydeligt, samtidig med at begge institutioners produktionsarealer var stærkt begrænset. Da man nu skulle til at udvide, var spørgsmålet, om man ikke med fordel kunne slå de to institutioner sammen⁹.

Den sundhedspolitiske udvikling op til 1901

I 1901 gennemførtes »systemskiftet« d.v.s. dannelsen af den første regering, som udgik fra et flertal i folketinget (eller i det mindste ikke havde et flertal i folketinget imod sig). Indtil da havde højre – med udgangspunkt i sit flertal i landstinget – haft regeringsmagten omend under stadig stigende pres fra venstrereformpartiet, som havde et flertal i folketinget bag sig. Venstrereformpartiet søgte på forskellig vis at fravriste højre regeringsmagten, og en af måderne var at udnytte sin magt i folketinget ved at få tinget til at forkaste alle de love, som højre havde fået vedtaget i landstinget. Dette betød en delvis lammelse af al lovgivning i tiden op til 1901. For at belyse hvordan partiernes politik indenfor sundhedsområdet

8. Medicinalkommissionens 3. betænkning vedrørende sindssygeplejen, afgivet 1910, p. 11-15. Medicinalkommissionens 9. betænkning vedrørende epileptikerplejen og opførelsen af et nyt sindssygehospital, afgivet 1919, p. 25f. Medicinalkommissionens 10. betænkning vedrørende overbestyrelsen af statens sindssygehospitalet, afgivet 1920, p. 5-9, bilag I.

9. Medicinalkommissionens 2. betænkning vedrørende seruminstitutet, afgivet 1909, p. 5-10.

efter 1901 passer ind i den generelle politiske situation omkring århundredskiftet, vil i det følgende blive beskrevet, hvordan partiernes holdning til de væsentligste sundhedspolitiske spørgsmål gav sig udslag før 1901 – d.v.s. under de sidste højreregeringer.

I december 1888 fremsatte kirke- og undervisningsminister Goos (højre) forslag til lov om opførelse af nye bygninger til Frederiks Hospital m.m. Da havde man dog allerede i flere år arbejdet med planerne. Frederiks Hospital lå dengang mellem Bredgade og Amaliegade – Kunstindustrimuseet har i dag til huse i bygningerne – og var mildt sagt meget forældet og alt for lille. Efter en del overvejelser var ministeriet kommet frem til, at en udflytning til en af Københavns fællede ville være det bedste. Fællederne ejedes af Københavns Kommune, men brugtes af militæret som øvelsesområder. I 1888-89 og de følgende 3 samlinger fremsatte højre forslaget, og hver gang blev en vedtagelse forhindret af venstre i folketinget. Landbefolkningens almindelige utilfredshed med byggeriet af et stort hospital primært for Københavns borgere spillede her ind. I juni 1892 nedsatte højre en kommission, der udarbejdede konkrete byggeplaner og overslag, men et lovforslag, der byggede herpå, kom højre først frem med i 1900-01-samlingen, og heller ikke da var venstre interesseret i forslagets gennemførelse¹⁰.

Åndssvagevæsenet var et af de områder, hvor venstre på trods af den politiske situation fandt det nødvendigt at støtte et lovgivningsinitiativ. Landets åndssvageanstalter lå i begyndelsen af 90'erne alle på Sjælland og var delt i to grupper, nemlig de selvejende institutioner centreret omkring Gl. Bakkegård-Ebberødgård og de privatejede Kellerske Anstalter. Med hensyn til de sidste var fremtiden noget usikker på grund af den daværende leders lidt vaklende helbred. Kirke- og undervisningsminister Goos foreslog derfor i 1892-93-rigsdagssamlingen, at staten overtog anstalterne – hvilket socialdemokraterne støttede. Dette modsatte venstre sig dog kraftigt, idet man ønskede at fastholde det private initiativ. I stedet vedtoges et kompromisforslag, hvorefter anstalterne blev gjort til selvejende institutioner. Forud var dog gået en del rivninger mellem højre og venstre¹¹. På grund af pladmangel på de eksisterende anstalter foreslog kirke- og undervisningsminister Sthyr i 1898, at man opførte en ny anstalt i Jylland med dr. Keller som leder. Lovforslaget herom vedtoges ret hurtigt af rigsdagen blandt andet på grund af pres fra

10. Fr.Gredsted: Det kgl. Frederiks Hospital 1757-1907. 1907. p. 43ff. Rigsdagstidende (fremtidig forkortet RT) 1888-80, 1889-90, 1890-91, 1891-92, 1892-93, 1900-01.

11. RT 1892-93, 1893-94, 1894-95.

dr. Keller, som nød meget stor respekt. Venstre havde dog nået at få øget patienttallet i forslaget fra 500 til 600 og samtidig aftvunget ministeren en garanti for, at det bevilgede beløb på 1¼ million kr. ikke ville blive overskredet. Det viste sig imidlertid, at man fra byggeriets ledelse havde forregnet sig, og man måtte i 1899-1900-samlingen bede om en ekstrabevilling på 150.000 kr. Dette udløste et stormløb mod ministeren fra venstre, der endda mente at kunne konstatere, at situationen var værre, end de 150.000 kr. antydede. Resultatet blev, at dr. Keller trak sig ud af byggeriets ledelse, og et udvalg nedsattes til at kuglegrave sagen. Udvalget endte med at konstatere, at der reelt manglede ca. 410.000 kr. for at færdiggøre byggeriet. Efter nye voldsomme angreb fra venstre endte man med at bevilge 282.000 kr., hvorefter byggeriet skulle kunne færdiggøres¹².

I 1874 havde rigsdagen vedtaget en lov til regulering af prostitutionen, ifølge hvilken staten godkendte, at visse kvinder drev prostitution, hvis de til gengæld overholdt visse regler bl.a. om regelmæssig lægekontrol. Til gengæld straffedes de kvinder, der drev prostitution uden denne statslige godkendelse. Hensigten med loven var at begrænse spredningen af kønssygdomme. Fra venstre kritiseredes denne lov, idet man fandt det moralsk forkasteligt, at staten således anerkendte prostitutionen. I hver rigsdagssamling mellem 1889 og 1895 og igen fra 1898 til 1901 forsøgte venstre at få gennemført en ændring af loven, men højre støttede loven og tankerne bag den og tillod kun, at et par relativt ubetydelige ændringer blev gennemført¹³.

Hele sindssygevesenet var blevet omlagt i 1884, da udgifterne blev lagt over på staten. I løbet af 90'erne dukkede flere gange forslag op fra regeringen om udvidelser af de bestående anstalter, og hver gang skar venstre de foreslåede udgifter mest muligt ned bl.a. ved at pege på udvidelser af de kommunale anstalter¹⁴.

At sundhedskollegiet var en forældet institution var ingen i tvivl om. Allerede i 1825 fremkom det første forslag om reformer, og siden dukkede med jævne mellemrum nye forslag op. Kollegiet stillede selv flere gange forslag, men da de afveg for meget fra lægernes, opgav de skiftende ministre at lave lovforslag. Først i 1891 fremkom ministeren med et lovforslag – som venstre derefter kvalte i folketingsudvalget. Lovforslaget genfremsattes i alt 6 gange, og først den 7. gang lod venstre det

12. Berlingske Tidende, den 29. marts 1900. RT 1897-98, 1899-1900, 1900-01.

13. RT 1889-90, 1891-92, 1894-95, 1898-99, 1899-1900, 1900-01.

14. RT 1883-84, 1892-93, 1894-95, 1900-01.

komme til en betænkning – som der dog ikke kom noget ud af. Venstres begrundelse for at bremse sagen, hver gang den kom frem, var, at en reform af sundhedsvæsenets centralstyrelse efter dets mening skulle kobles sammen med en reform af apoteker- og lægevæsenet¹⁵.

Situationen i sundhedspolitikken indtil systemskiftet i 1901 var altså i hovedtrækket, at venstre blokerede de reformforslag, som højre fremsatte. Eneste undtagelse fra denne regel var prostitutionen, hvor som nævnt det stik modsatte var tilfældet. Det store politiske forlig i 1894 resulterede i færre reformforslag fra højres side. Et par kommissioner blev nedsat, men først fra omkring 1898 fremkom højre på ny med sine forslag – som venstre trofast kvalte i folketinget.

Den sundhedspolitiske udvikling 1901 til 1908

Fra 1901 blev situationen imidlertid en anden. Venstrereformpartiet, der nu overtog regeringsmagten og det dermed forbundne ansvar, skiftede kurs. De forslag, som højre havde fremsat i tiden op til systemskiftet, blev nu genfremsat – og denne gang af venstre selv – og gennemført.

Den første store lov inden for sundhedsvæsenet, som venstre gennemførte, var loven om rigshospitalet fra marts 1903. I oktober 1902 havde kirke- og undervisningsminister I.C. Christensen fremsat et lovforslag, der lå meget tæt op ad det, som højre fremsatte i 1900-01. Ved fremsættelsestalen i folketinget fremhævede I.C. Christensen i øvrigt behovet for sagens snarlige gennemførelse – ironisk nok, når man erindrer sig, hvordan venstre selv gang på gang havde forhindret dens gennemførelse. Lovforslaget blev positivt modtaget i folketinget, og der foretoges kun mindre ændringer før vedtagelsen¹⁶.

Inden for åndssvagevæsenet videreførte venstre det foregående årtis lovgivning. I 1901-02-samlingen gennemførtes en ændring af anstaltens ledelsesforhold, således at alle anstalter på Sjælland kom under én bestyrelse, og anstalten i Brejning kom under en anden – i lovforslagets bemærkninger nævnes i øvrigt et tilskud på 220.000 kr. til færdiggørelse af

15. J. Lehmann: Reformbevægelsen paa vor civile Medicinalforfatnings Omraade. 1889, p. 1-2, 5-45, 113-25. Ugeskrift for Læger, 1878, p. 465; 1891, p. 169-71, 193-206. »Det kongelige Sundhedskollegium 1803-1903«. 1903 (fremtidig forkortet SK 1803-1903), p. 43-47. RT 1890-91, 1891-92, 1892-93.

16. RT 1902-03.

byggeriet i Brejning! Et par år senere vedtoges uden megen diskussion opførelsen af en ny anstalt i Ribe¹⁷.

Som nævnt var prostitutionen det eneste område, hvor venstre havde været det reformivrige parti, hvis reformforslag højre havde blokeret. Efter overtagelse af regeringsmagten havde venstre nu mulighed for at gennemføre sine reformer. I 1904-05 kom justitsminister Alberti med sit forslag. Hovedpunkterne var en ophævelse af den statstolererede og -kontrollerede prostitution, straf for prostitution som erhverv, for rufferi og for udbredelse af venerisk smitte. Forslaget mødte som ventet en del modstand fra højre, og bl.a. paragraffen om straf for prostitution som erhverv måtte Alberti opgive og i stedet bruge løsgængeriloven, d.v.s. at politiet kunne påbyde de prostituerede at tage andet arbejde og straffe dem, hvis de ikke fulgte påbudet. Efter en del diskussion vedtoges loven i marts 1906 og trådte i kraft den 11. oktober – deraf navnet »oktoberloven«¹⁸.

Også inden for sindssygevæsenet fremsatte regeringen forslag, der stærkt mindede om dem, højre tidligere havde fremsat. Omkostningerne var dog holdt nede på et absolut minimum, blandt andet ved at man satsede på omdannelsen af et par tidligere kommunale anstalter til statsanstalter. I forbindelse med vedtagelsen i marts 1904 af en udvidelse af anstalten i Viborg var Alberti ved at komme galt afsted, idet hans valg af og senere samarbejde med entreprenøren på det pågældende arbejde siden blev gjort til genstand for (berettiget) kritik¹⁹.

I november 1901 nedsatte regeringen en kommission til at undersøge tuberkulosevæsenet. Det usædvanlige ved denne kommission var, at man fra regeringens side ønskede at gå uden om sundhedskollegiet. Man fandt, at det ville betyde en unødigt forsinkelse at inddrage kollegiet, hvorfor man i stedet i kommissionen indsatte to sagkyndige læger, C. Lorentzen og Knud Faber. Kommissionens arbejde mandede ud i to lovforslag, som Alberti i den følgende samling fremsatte og fik vedtaget efter dog på flere punkter at have måttet give efter for oppositionens ønsker²⁰.

Med systemskiftet ændredes sundhedskollegiets funktion. Før systemskiftet blev kollegiet spurgt i alle sager, der vedrørte det, og kollegiets indstillinger blev fulgt. Men efter 1901 ændredes kollegiets rolle til at

17. RT 1899-1900, 1901-02, 1904-05.

18. RT 1901-02, 1904-05, 1905-06.

19. RT 1903-04, 1904-05, 1905-06.

20. Betænkning fra kommissionen angående foranstaltninger til bekæmpelse af tuberkulose, afgivet december 1902. RT 1903-04, 1904-05.

være et sagkyndigt organ, som politikerne kunne spørge, hvis de ville, eller lade være, og politikerne bestemte selv, om de ville følge kollegiets råd. Denne nye rolle kunne kollegiet imidlertid ikke affinde sig med. Specielt opstod der uenighed ved stillingsbesættelser. Kollegiet plejede at indstille 3 ansøgere i prioriteret rækkefølge. Ministeren havde altid forbeholdt sig at kunne vælge frit, men tog næsten altid nr. 1. Dette udnyttedes af kollegiet til som nr. 1 at sætte den mand, kollegiet ville have, og for at være helt sikker på hans udnævnelse satte man ofte et par dårligt egnede kandidater som nr. 2 og 3. Men dette fungerede ikke under Alberti, idet han i visse tilfælde tog en helt anden kandidat. Ved ansættelser og forfremmelser fulgte kollegiet i sine indstillinger anciennitetsprincippet med et vist handicap for ansøgere med dårlige eksamenskarakterer. Heroverfor stod Alberti, som fandt, at det ikke skadede, hvis man nu og da fraveg anciennitetsprincippet og i stedet udpegede specielt dygtige personer eller personer, som havde et godt forhold til den lokale befolkning, d.v.s. hvis den lokale befolkning pegede specielt på én af kandidaterne. Alberti fremhævede, at afgørelsen altid ville være ministerens ansvar, lige meget om han fulgte kollegiets råd eller ej, altså også hvis han fulgte kollegiets råd, og det senere viste sig at være forkert. Derfor burde ministeren have en vis frihed²¹.

I sundhedskollegiet havde der gennem nogen tid været stigende utilfredshed med, at dets indstillinger ikke blev fulgt, og at det ofte slet ikke blev spurgt. Man havde ikke kunnet indordne sig under sin nye, mere tilbagetrukne rolle under venstreministeriet. I efteråret 1906 skulle distriktslægeembedet på Thyholm besættes og blev besat med en anden end dem, kollegiet havde indstillet. Denne forbigåelse blev dråben, der fik bægret til at flyde over. Der blev den 1. december holdt møde i sundhedskollegiet, hvilket ellers kun sjældent skete, og man diskuterede, hvad man skulle gøre. Man enedes om at tage det usædvanlige skridt at klage til kongen over Albertis handlemåde. Kongens kabinetssekretær sendte dog straks klagen videre til Alberti – som korrekt var²². Samtidig dukkede sagen op i folketinget, hvor det hurtigt viste sig, at Alberti havde parlamentarisk dækning for sin holdning over for kollegiet. Kort efter svarede Alberti kollegiet på dets klage, at han anså dets besværinger og klagemål for ganske ubeføjede²³. Fra kollegiets side fandt man, at svaret på denne ydmygelse måtte være, at man anmodede om afsked. Der var

21. G.Norrie: Hjemme og Ude, p. 233. RT 1905-06.

22. Sundhedskollegiets dekanatsprotokol, 1. december 1906.

23. RT 1906-07, 1907-08.

lidt uenighed i kollegiet om, hvordan dette skulle ske, men man enedes om den 9. marts 1907 at søge om afsked så snart som muligt. Alberti svarede imidlertid igen ved kun at ville bevilge kollegiet afsked, hvis det selv pegede på nogle personer, der kunne og ville overtage pladserne. Dette ophidsede blot yderligere kollegiet, som herefter besluttede straks at nedlægge sine funktioner, men at lade dekanen E.M. Hoff fortsætte forretningerne indtil videre, en ordning Hoff kunne være tilfreds med, idet den placerede ham i en særdeles central rolle, når en afløser for kollegiet skulle findes²⁴.

Hele denne udvikling var ganske vist ikke helt uventet fra regeringens side, men kom alligevel så tidligt, at regeringen endnu ikke havde fået gjort sig klart, hvordan en reform af den centrale sundhedsadministration skulle være. I tiden fra systemskiftet og til sundhedskollegiets afgang var regeringen flere gange blevet rykket for en reform, men havde hver gang udskudt den meget komplicerede sag. Ved kollegiets skridt blev regeringen imidlertid tvunget til at gøre noget.

Skabelsen af en afløser for sundhedskollegiet

Alberti havde med nogen sindsro kunnet følge udviklingen i sundhedskollegiet. Dets trussel om at gå af kunne ikke skræmme ham. Dels fordi han godt var klar over, at en nyordning var nødvendig, og at kollegiets afgang derfor højst ville fremskynde en reform, dels fordi han vidste, at han havde rigsdagen bag sig, og endelig fordi han allerede fra flere sider havde modtaget tilsagn om støtte, hvis kollegiet skulle gøre alvor af sine trusler.

Det danske lægevæsen var nemlig langt fra enig om betydningen af sundhedskollegiets skridt. En stor del af kollegiets medlemmer og med dem mange læger ud over landet mente ganske vist, at kollegiet ved sin afgang kunne rive Alberti med sig i faldet – eller i det mindste kunne være en kraftig medvirkende årsag til Albertis fald. En anden ikke klart afgrænset gruppe havde det mere begrænsede mål at fremtvinge en snarlig medicinalreform, noget som alle i øvrigt ønskede. Endelig var der en lille gruppe læger med nære forbindelser til regeringen og regeringspartiet, som bedre kunne vurdere situationen. De var klar over, at kollegiets

24. RT 1907-08. G.Norrie: Hjemme og Ude, p. 228. Knud Fabers levnedsskildring i Ordenskapitlets Arkiv.

afgang ikke ville svække Albertis politiske position, for han havde jo rigsdagen bag sig, og de indså tillige, at arbejdet på en medicinalreform nok ville blive fremskyndet, men at Alberti ikke ville haste arbejdet igennem, hvorfor der ville opstå et farligt tomrum mellem sundhedskollegiet og den nye institution, som skulle erstatte kollegiet. Rygterne fortalte, at Alberti ville udfylde dette tomrum med en jurist, som skulle passe alle de løbende forretninger og i tvivlstilfælde skulle kunne spørge embedslægerne – en ordning som skabte rædsel i lægekredse.

Så snart denne sidste gruppe læger så, hvor det bar henad, greb de på forskellig vis ind for at forhindre, at kollegiets initiativ skulle tabes på gulvet. Allerede inden kollegiets afgang havde flere af lægerne således haft kontakt med Alberti. Lørdag den 30. marts 1907 afleverede Hoff kollegiets erklæring om, at det opløste sig selv. Det medfølgende tilbud om at lade Hoff fortsætte var Alberti ikke videre interesseret i. I stedet indkaldte han professor C. Lorentzen (ministeriets tuberkulose-konsulent og knyttet til Albertis avis *Dannebrog*) og den fremtrædende læge og venstremand professor Ehlers til forhandlinger. De fik løfte om, at Alberti ville nedsætte en (evt. parlamentarisk) medicinalkommission, hvis forslag han forpligtede sig til straks at forelægge rigsdagen. Til gengæld fik de frie hænder til at stable en midlertidig ordning på benene, en ordning som skulle bestå af et mindre antal konsulenter og en leder²⁵.

Ehlers og Lorentzen indledte herefter forhandlinger med alle, de kunne tænke ville være villige til at være leder af en sådan midlertidig ordning, men ingen var interesseret, og samtidig lagde Alberti et stadig større pres på dem for snarest at få sagen i orden. Alberti begyndte også at tale om, at han havde en anden mulig løsning – hvilket Ehlers og Lorentzen opfattede som en trussel om at sætte en jurist i spidsen for ordningen. Efter en uges forhandlinger måtte Ehlers og Lorentzen give op. Den, de sidst havde forhandlet med, Knud Faber, fortsatte dog sonderingerne på egen hånd og fik pludselig samme dag et tilsagn fra dr. med. N. Muus (specialist i kirurgi og obstetrik og uden administrativ erfaring). Efter at Ehlers og Lorentzen havde sagt god for Muus, skyndte Faber sig ind til rigsdagen for at få fat i Alberti. I mellemtiden havde Alberti imidlertid haft kontakt med »den anden side« og havde besluttet, hvem han ville have. »Den anden side« dækkede dog ikke over en løsning med en jurist, men derimod en tidligere henvendelse fra professor Salomonsen, som Alberti nu havde kontaktet og var ad den vej blevet gjort opmærksom på Muus som en egnet kandidat til posten. Alberti havde

25. C.Lorentzens arkiv (Rigsarkivet). G. Norrie: *Hjemme og Ude*, p. 236-37. RT 1907-08.

derfor netop sendt bud efter Muus, da Faber opsøgte ham!²⁶

Muus fik herefter tilbudt posten som formand for den midlertidige ordning, hvilket han tog imod, efter at han havde forhørt sig hos Knud Faber, den tidligere dekan Hoff og bestyrelsesformanden for Den almindelige danske Lægeforening, og alle havde anbefalet ham at tage imod tilbudet. Resultatet blev, at Muus accepterede tilbudet i sikker forvisning om, at han derved tjente alles interesser på bedste vis, og at alle var fuldt indforstået hermed²⁷.

Med udnævnelsen af N. Muus den 6. april blev fundamentet til den midlertidige ordning lagt. Denne ordning skulle kun føre de løbende forretninger videre, indtil man havde fundet den endelige erstatning for sundhedskollegiet. I løbet af de følgende måneder blev der udarbejdet en bekendtgørelse for »Statskontoret for Sundhedsvæsen«, som den midlertidige ordning kom til at hedde. Samtidig fik man efterhånden de enkelte konsulentposter besat, således at ordningen kom til at se ud som følger: *N. Muus*, kontorets leder og konsulent i alle sager, der ikke var særligt undtaget; *C. Lorentzen*, konsulent i sager vedrørende tuberkulosebekæmpelse; *H.E. Koefoed*, konsulent i sager vedrørende apotekervæsenet og *C. Christensen*, konsulent i sager vedrørende tandlægevæsenet²⁸.

Det havde hele tiden stået klart, at statskontoret kun skulle være en midlertidig ordning, som skulle fungere, indtil man fik vedtaget en endelig ordning i rigsdagen. Allerede om efteråret samme år kunne Alberti fremsætte lovforslag om nedsættelse af en medicinalkommission bestående af 24 medlemmer, hvoraf de 12 skulle være fagfolk udpeget af ministeren, de 6 valgt af folketinget, og de resterende 6 valgt af landstinget.

Forslaget fik en velvillig modtagelse. Socialdemokraterne og de radikale fandt dog, at fagkundskaben var for stærkt repræsenteret. Ligesom Alberti under striden med sundhedskollegiet mente også de, at fagfolkenes skulle råde, men ikke bestemme. Højre ville ikke være med til at slække på fagfolkenes indflydelse, og Albertis forslag vedtoges. Endelig behandlede kommissionens arbejdsområde. Alberti mente, at kommissionen skulle behandle alt vedrørende statens civile sundhedsvæsen. Han indrømmede, at det var en stor opgave, men foreslog, at kommissionen

26. Ehlers redegørelse i N. Neergaards arkiv (Rigsarkivet) C. Lorentzens arkiv. Ugeskrift for Læger 1908, p. 1178-80. (fremtidig forkortet UfL) K. Faber: Fra Sundhedskollegium til Sundhedsstyrelse. 1939. p. 42f. K. Fabers levnedsskildring i Ordenskapitlets arkiv.

27. UfL 1908, p. 1180-82, 1234, 1291-92, 1323-24.

28. Justitsministeriets I. kontor, journalsager 1907, H 2360, H 2513, H 4553. Hospitalstidende 1907, p. 731-32.

skulle behandle de enkelte sager i den rækkefølge, kommissionen fandt, at de hastede. Herefter vedtoges lovforslaget²⁹.

Den 8. september 1908 meldte justitsminister Alberti sig selv som storsvindler. I lægekredse blev det startskud til en meget voldsom og følelsesladet debat om omstændighederne omkring sundhedskollegiets nedlæggelse og statskontorets oprettelse. »Ugeskrift for Læger« havde opmærksomt fulgt udviklingen og taget parti for sundhedskollegiet og mod Alberti. Men efter kollegiets afgang havde man fuldt ud accepteret Muus som leder af en midlertidig ordning – omend med bekymring. Nedsættelsen af medicinalkommissionen udtrykte ugeskriftet accept af, mens Albertis fald hilstes med afdæmpet tilfredshed. Denne afdæmpede redaktionelle holdning fik forhenværende distriktslæge Arntz til at hvæsse pennen og skrive et harmdirrende og meget personligt indlæg mod Muus. Muus svarede med redeligt at forklare, hvad der egentlig var sket i den bevægede tid omkring kollegiets afgang m.v. og redegjorde for sine bevæggrunde for at påtage sig posten. Til støtte for sine synspunkter havde Muus henvendt sig til Salomonsen, Leopold Meyer og Knud Faber, der alle afgav erklæringer, hvor de refererede samtalerne, der havde været ført i forbindelse med Muus' ansættelse, og alle ydede ham fuld støtte i de synspunkter og bevæggrunde, han anførte. Det var først hermed, at lægeverdenen fik kendskab til, hvad der egentlig var sket, og ugeskriftet hilste med tilfredshed, at oplysningerne kom frem, samtidig med at man afviste Arntz' krav om Muus' tilbagetræden³⁰.

Nu startede imidlertid en mere personlig vendetta fra Hoff. Med hvad Faber kaldte en »eksempelløs fanatisme« angreb Hoff de personer, der havde været med til at forplumre betydningen af sundhedskollegiets tilbagetræden, et angreb der specielt blev rettet mod Muus. Hoff's angreb blev stadig voldsommere, indtil professor T. Røvsing til sidst greb ind og rettede våbnene mod Hoff. Røvsing klarlagde i et par indlæg, at Hoff bevidst havde stræbt efter at få den stilling, Muus havde fået, og at Hoff nu på upassende vis forsøgte at få Muus væltet af pinden for selv at overtage stillingen. Hoff kunne efter Røvsings mening ikke nu angribe Muus for at have gjort det, han selv så gerne ville³¹.

Hoff havde tabt denne runde i striden og var – som bl.a. denne debat

29. C. Lorentzens arkiv. Politiken den 10. april 1907. UfL 1907, p. 386-90. Justitsministeriets 1. kontor, journalsag H 5701, 1907. RT 1907-08.

30. UfL 1907, p. 4-5, 387-90, 675-79, 1055-56. UfL 1908, p. 1107, 1175-83.

31. Fabers levnedsskildring. UfL 1908, p. 1209-10, 1182, 1256-63, 1291-95, 1317-30, 1428-32. C. Lorentzens arkiv. Hospitalstidende 1908, p. 1409-16, 1463-80. Hospitalstidende 1909, p. 26-32.

afslørede – en bitter mand. Et par år senere lykkedes det ham dog at få revanche, men da var medicinalreformen gennemført, og Muus var blevet medicinaldirektør³².

Medicinalkommissionen 1908-1921

Den 13. marts 1908 stadfæstedes lov om »Kommission til forberedelse af en omordning af statens civile sundhedsvæsen«, i daglig tale kaldet »Medicinalkommissionen«, og den 18. maj samme år holdt den sit første møde. Kommissionen bestod af følgende ministervalgte medlemmer:

professor, dr. med. *Knud Faber* – formand
tandlæge, professor *C. Christensen* – ministeriets konsulent i sager vedrørende tandlægevæsen,
professor, dr. phil. *H.E. Koefoed* – ministeriets konsulent i sager vedrørende apotekervæsen,
dr.med. *N.Muus* – ministeriets konsulent i medicinalsager
professor, dr. med. *C. Lorentzen* – ministeriets konsulent i sager vedrørende tuberkulosevæsen,
kontorchef *V.J. Rønnenkamp-Holst* fra justitsministeriet
fabriksejer, apoteker *B.P.L.A. Benzon* – udpeget af »Danmarks Apotekerforening«,
distriktslæge *A.C. Faartoft* – udpeget af »Distriktslægeforeningen«,
apoteker *Th. C. N. Kjær* – udpeget af »Farmaceutisk Medhjælperforening«,
læge *Joh. Kuhn* – udpeget af »Den almindelige danske Lægeforening«.

32. Muus blev i 1911 afskediget af justitsminister Bülow på grund af en mindre forseelse, som ellers kun ville være blevet takseret til en »næse«. Bülow høstede megen kritik for dette, og specielt da han udnævnte sin gode ven Hoff til ny medicinaldirektør – og det kom frem, at denne, mens han var stadslæge, flere gange havde begået lignende forseelser. De heftige debatter og den megen avisomtale svækkede Bülows position alvorligt, og han måtte afslutte sagen med at give forhøjet pension til Muus. Muus havde – bortset fra denne mindre fadæse – været en samvittighedsfuld og dygtig medicinaldirektør, som alle nu med beklagelse så fjernet. For Hoff blev det en skuffelse at vende tilbage, idet han blev mødt med kulde fra medarbejderne, og han førte en betydningsløs tilværelse som medicinaldirektør, indtil han trådte tilbage i 1918 i en alder af 74 år (N.R. Muus' privatarkiv (Rigsarkivet); P. Munch: *Erindringer 1909-1914*. 1960. p. 91-94; Sv. Thorsen: *De danske Ministerier 1901-21*. 1972. p. 225; UfL 1911, p. 1736-38; *Nationaltidende* den 20. november 1911; Faber: *Fra Sundhedskollegium til Sundhedsstyrelse*. p. 52-53.)

fysikus *H.J.G. Schierbeck* – udpeget af fysici
sygekasseinspektør, læge *Fr. Wittrup*.

Landstinget havde den 9. april valgt:

gårdejer *Broberg* fra venstrereformpartiet,
gehejmeetatsråd, dr. jur. *Goos* fra højre,
redaktør *Harald Jensen* fra socialdemokratiet,
gårdejer *H.P. Pedersen* fra venstrereformpartiet,
proprietær *Piper* fra højre,
og etatsråd *Tolderlund* fra højre.

Folketinget havde den 14. april valgt:

husmand *Laust Jensen*,
lærer *Kierkegaard* og
lærer *Kr. Sørensen*, alle fra venstrereformpartiet,
kreditforeningsdirektør *Klaus Berntsen* fra det forhandlende ven-
stre,
bryggeribestyrer *Sigvald Olsen* fra socialdemokratiet
og korpslæge *Rørdam* fra folketingets venstre (radikale)³³.

Da hverken rigsdagen eller ministeriet havde givet bestemte anvisninger på, hvilke opgaver kommissionen skulle tage op, eller i hvilken rækkefølge og på hvilken måde det skulle ske, indledte kommissionen sit arbejde med en drøftelse af disse spørgsmål. Formanden mente, at de påtrængende problemer var sundhedsvæsenets centraladministration og embedslægevæsenet. Andre spørgsmål såsom jordemodervæsenet, tandlægevæsenet og apotekervæsenet kunne vente lidt. Klaus Berntsen videreførte venstres holdning fra modstanden i 90'erne mod højres reformforslag, idet han gjorde gældende, at spørgsmålet om et overordnet sundhedsråd kun kunne løses i forbindelse med embedslægevæsenet og apoteker-spørgsmålene. Resultatet blev, at kommissionens sagkyndige skulle udarbejde redegørelser vedrørende en overordnet sundhedsorganisation, lægevæsenet og apotekervæsenet.

Angående kommissionens arbejdsform var der almindelig enighed om, at man af hensyn til de medlemmer, der var udenbys, skulle mødes til sessioner af kortere eller længere varighed.

Kommissionens første session strakte sig over 7 møder, der afholdtes fra den 26. juni til den 4. juli 1908.

2. session fandt sted fra den 15. til den 23. oktober 1908. Inden da var Alberti imidlertid blevet afsløret som storsvindler. Det udløste som tidligere beskrevet et stormløb mod den midlertidige ordning (Statskontoret

33. UfL 1908, p. 585 f.

for Sundhedsvæsen). I medicinalkommissionen besluttede man at få gennemført en ny ordning hurtigst muligt. Det betød blandt andet, at venstre opgav sin hidtidige holdning, som gik ud på, at reformer af sundhedsvæsenets centralstyrelse, embedslægevæsenet og apotekervæsenet skulle gennemføres samlet – en tanke, som stammede tilbage fra 90'erne, hvor den havde været brugt til at bremse højres forskellige reformforslag. At venstre nu slog ind på en mere pragmatisk kurs kan måske også hænge sammen med, at Kl. Berntsen, som havde været meget aktiv i kommissionen, og som havde været med i 90'erne, nu gik ud af den for at blive indenrigsminister, og at Kierkegaard, den nye leder af venstrefolkene i kommissionen, ikke havde været med dengang. Som Berntsens afløser indtrådte gårdejer Aadal.

Kommissionens lægeudvalg kastede sig straks over sagen, og efter intet arbejde vinteren igennem kunne det allerede i foråret 1909 forelægge kommissionen forslag til en ordning med tilhørende betænkning. Også i kommissionen fik sagen en hurtig behandling, og allerede i marts 1909 afgav den sin betænkning.

Først diskuterede man i lægeudvalget, hvordan ordningen skulle fungere i forhold til ministeriet. Alle var enige om, at der skulle være en eller anden form for forbindelse og en sikkerhed for, at ministeren ikke kunne gå uden om »rådet«, sådan som Alberti havde gjort med sundhedsskollegiet. Dette udmøntede man i bestemmelser om, at centraladministrationens forskellige afdelinger havde pligt til at indhente »rådet«s betænkning i alle sager, der hørte under det, og i en bestemmelse om at medicinaldirektøren skulle have direkte adgang til mundtlig forhandling med alle myndigheder. Justitsministeriets repræsentant udtrykte senere ministerens utilfredshed med denne del af forslaget, men kommissionen stod fast på bestemmelserne.

Dernæst diskuterede man hvordan den nye ordning skulle opbygges rent praktisk. Man enedes om en ordning bestående af et lægeråd og et apotekerråd med en fælles formand. Dertil skulle knyttes et antal sagkyndige konsulenter. Desuden skulle der oprettes et retslægeråd under justitsministeriet. Med hensyn til virksomhedsområdet udvidedes styrelsens myndighed til også at kunne fradømme læger deres ret til at praktisere (*jus practicandi*). Et forslag fra Faber om oprettelse af et sundhedsråd på 20 bestående af repræsentanter for medicinalpersonalets organisationer og samfundets større organisationer løb ud i sandet. Ideen blev støttet, men den praktiske udformning viste sig at volde uløselige problemer.

Den 18. februar 1909 havde udvalget afsluttet sit arbejde og sendt sagen til kommissionen. Udvalgsforslaget havde hele udvalgets støtte –

bortset fra at Sigvald Olsen havde den reservation, at han også ønskede det militære sundhedsvæsen ind under sundhedsstyrelsen. Dette blev afvist af udvalgets andre medlemmer med henvisning til, at kommissionens opgave var begrænset til en omordning af statens civile sundhedsvæsen. Ved kommissionsbehandlingen afslutning tog Sigvald Olsen og Harald Jensen forbehold med hensyn til forholdet mellem sundhedsstyrelsen og de militære sundhedsmyndigheder, men stillede ikke ændringsforslag, og kommissionen underskrev forslaget.

Det er bemærkelsesværdigt, så lidt politikerne blandede sig i denne debat. Det var tydeligvis Faber, der styrede forhandlingerne og svarede på fagfolkenes kritik. Blandt politikerne nåede socialdemokraterne dog at markere sig ved at stille principielle krav og fastholde disse. Alle var enige om nødvendigheden af en sundhedsstyrelse, og den konkrete udformning heraf havde så mange begrænsninger, at der næppe heller var store valgmuligheder og derfor heller ikke anledning til de store politiske diskussioner³⁴.

I marts 1909 afgav medicinalkommissionen sin betænkning, og den 14. april fremsatte justitsminister Svend Høgsbro lovforslaget. Det var i det store og hele samme lovforslag som det, kommissionen havde fremsat. Dog havde han foretaget en række mindre modifikationer, hvoraf de to væsentligste var, at centraladministrationen kun »som regel« skulle høre sundhedsstyrelsen og ikke som oprindeligt foreslået »altid«. For det andet havde man strøget lovbestemmelsen om, at medicinaldirektøren havde adgang til direkte mundtlig forhandling med centraladministrationen. Medicinalkommissionens medlemmer i de to ting fik dog hurtigt ført forslaget tilbage til sin oprindelige form, hvori det hurtigt vedtoges – omend ministeren var lidt utilfreds. Loven stadfæstedes den 1. april 1909³⁵.

Medicinalkommissionens næste betænkning omhandlede seruminstitut. Der var flere grunde til, at denne sag kom på bordet. For det første havde man i loven om sundhedsstyrelsen knyttet et laboratorium til retslægerådet og i den forbindelse peget på flere forskellige laboratorier. Hvis seruminstitutet nu kunne overtage alle sundhedsstyrelsens laboratorieopgaver, ville man have forenklet sagen meget. For det andet havde seruminstitutet, som var oprettet i 1901, pladsproblemer, og en udvidelse var forestående. Endelig for det tredje, og det var den direkte

34. Faber: *Fra Sundhedskollegium til Sundhedsstyrelse*. p. 84. MF oktober 1908 – marts 1909.

35. RT 1908-09.

anledning til, at sagen blev rejst, ønskede også den kongelige vaccinationsanstalt at udvide.

Kommissionen enedes hurtigt om, at vaccinationsanstalten burde nedlægges, og at seruminstitutet burde udvides kraftigt. Indtil denne udvidelse var færdig, foreslog man en række midlertidige moderniseringer og udvidelser på vaccinationsanstalten. Behandlingen af spørgsmålet om seruminstitutet var nærmest kun administrativ og forløb ret hurtigt. Som omstændighederne var, pegede alt i den retning, som kommissionsbetænkningen gik, og man nåede frem hertil uden større diskussion³⁶.

Også denne lov fik en meget hurtig behandling af rigsdagen. Før fremsættelsen havde justitsministeren delt udgiften over 3 år i stedet for at afholde den på én gang, og desuden havde man strøget en mindre udvidelse af kokoppeindpodningsanstalten med henvisning til, at anstalten alligevel skulle nedlægges i løbet af nogle år. Rigsdagen var betænkelig ved de to ændringer, men ministeren stod fast og fik forslaget gennemført, som han ønskede det. Loven stadfæstedes den 1. april 1910³⁷.

Den næste sag, medicinalkommissionen afgav betænkning om, var sindssygevæsenet. Den direkte anledning var, at kommissionen havde modtaget en række henvendelser, hvori den akutte mangel på plads stærkt var blevet fremhævet. Kommissionen startede behandlingen af dette spørgsmål med at indkalde eksperter udefra for at belyse problemerne og diskutere mulige løsninger. Problemet var enkelt nok, nemlig en stor pladsmangel. Hvordan man løste det var derimod mere indviklet. Man kunne sende de bedste af patienterne i familiepleje. Det ville sige, at de sindssyge kom ud på gårde, hvor de hjalp lidt til, mod at gårdejereren fik et mindre beløb for at tage sig af dem. En sådan ordning havde man haft megen glæde af i udlandet, men den var ikke rigtig slået an herhjemme. En anden mulighed var en udbygning af de kommunale anstalter, men efter eksperternes mening var det ikke nogen farbar vej. De mente, at bestyrelserne ikke var interesseret i patienternes tarv, men kun i, at anstalterne blev drevet så økonomisk som muligt. Politikerne fandt ellers stor behag i denne løsning, der var let og frem for alt billig. Kommissionen nedsatte et udvalg til at undersøge, hvordan pladsmanglen kunne afhjælpes, og dette udvalg drog rundt til landets anstalter for at få indblik i forholdene. I udvalget blev man chokeret over de dårlige forhold på de kommunale anstalter, og i udvalgets indstilling til kommissionen afviste man på det kraftigste at udvide de kommunale anstalter. I kommissionen

36. MF februar – oktober 1909.

37. RT 1909-10.

vakte denne holdning så stor forundring, at det endte med, at hele kommissionen måtte ud at se en af disse anstalter. Et kig på Sakskøbinganstalten var imidlertid nok. Alle var enige om, at dette ikke var vejen frem. Enkelte foreslog endog, at man rev den pågældende anstalt ned – men stillet over for problemet, hvad man så skulle gøre med patienterne på anstalten, måtte man give op og besluttede at lade anstalten fortsætte, indtil pladsproblemerne var afhjulpet ad anden vej. En udvidelse af de eksisterende statslige hospitaler måtte også opgives fordi der simpelthen ikke var plads til det. Den eneste løsning var derfor at opføre en eller flere nye statslige hospitaler for at tilvejebringe de ca. 1500 pladser, man manglede. Angående det nye hospitals størrelse havde man mange og lange overvejelser. I det nedsatte udvalg arbejdede man sig efterhånden frem til et forslag om opførelse af to mindre anstalter, hvoraf den første med plads til ca. 600 straks skulle opføres. Anstalten skulle bygges således, at den senere kunne udvides til ca. 1000 patienter. Efter et par års forløb kunne man så yderligere opføre en lignende anstalt med samme udvidelsesmuligheder. Kommissionen afgav herefter betænkning om sagen i februar 1910.

I debatten om sindssygevæsenet var politikerne langt mere inde i handlingerne, end de før havde været, hvilket skyldtes, at dette spørgsmål ikke var særligt teknisk betonet, men mere økonomisk og alment menneskeligt (moralsk). Det er værd at bemærke, at venstre fortsatte sin pragmatiske linie, idet man ret hurtigt opgav sin tidligere stærke støtte til de kommunale anstalter, der ellers både var meget billige og samtidig lokalt ledede. Grunden hertil var både fagfolkenes modstand og egne moralske overvejelser, efter man ved selvsyn havde set de meget dårlige forhold, der var på anstalterne. Højre var navnlig interesseret i en så billig løsning som muligt, og man støttede således de kommunale anstalter på grund af deres billighed, ligesom man foreslog opførelse af én stor anstalt udelukkende for uhelbredelige patienter på trods af de menneskeligt set uheldige konsekvenser af, at både patienter og personale ville forsumpe i trøstesløsheden. Endelig satte socialdemokraterne fingeren på et væsentligt problem, nemlig den manglende overbestyrelse af sindssygehospitalerne. Efter udvalgets rejse rundt til de statslige anstalter havde bl.a. H. Jensen (socialdemokratiet) undret sig over den store forskel, der var på behandlingen på de forskellige anstalter, og havde fundet, at behandlingsmetoderne varierede efter overlægernes personlige anskuelser. Det tolkede H. Jensen som tegn på, at man manglede en inspektør udefra, som kunne harmonisere forholdene. Dette vandt al-

mindelig støtte og blev en sag, kommissionen senere tog op til nærmere behandling³⁸.

I februar 1910 afgav medicinalkommissionen betænkning angående ordningen af sindssygeplejen i Danmark, hvori man anbefalede opførelse af et nyt sindssygehospital i Nordsjælland. I marts 1912 fremsatte justitsminister Bülow forslaget for folketinget og pegede på et areal ved Hillerød som placering. Der opstod imidlertid strid om placeringen, og først i den følgende samling vedtoges loven, idet det blev overladt til ministeren at fastsætte placeringen. Loven stadfæstedes i april 1913, og i 1913-15 opførtes anstalten ved Nykøbing Sjælland³⁹.

Den næste sag, medicinalkommissionen afgav betænkning om, var embedslægevæsenet. Det drejede sig om en reform af det hidtil herskende system med distriktslæger og fysici, en sag, som udvalget i første omgang havde regnet med at kunne gøre færdig samtidig med betænkningen om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Men for det første hastede det med en reform af centralstyrelsen, og for det andet viste det sig, at en reform af embedslægevæsenet ville trække ud. Grunden hertil var, at principielle holdninger stod stejlt mod hinanden og flere gange truede med at splitte kommissionen. Først efter at have behandlet sagen i ikke mindre end 73 møder over 2 år kunne kommissionen i oktober 1911 afgive sin betænkning. Betænkningen var enstemmig, men indeholdt som afspejling af de store uenigheder under behandlingen 2 mindretalsudtalelser. Man havde lagt meget stor vægt på, at indstillingen skulle være enstemmig, idet man regnede med, at en betænkning med flere ændringsforslag ikke så let ville kunne vedtages i rigsdagen.

Først havde man behandlet et forslag om at udskille den kommunale sygepleje. Forslaget blev fra venstre mødt med en del skepsis, idet man frygtede, der ville opstå stridigheder mellem lægerne og kommunerne med hensyn til betalingen. Venstre ville derfor gerne have den »ventil«, at kredslægerne skulle kunne gribe ind og behandle kommunens fattige, hvis der opstod strid. Forslaget herom stødte på megen modstand fra lægerne. Langvarige og drøje diskussioner endte med, at man fastholdt den foreslåede ordning, men med oprettelse af et voldgiftsråd som mæglende instans til afgørelse af eventuelle stridsspørgsmål mellem læger og kommuner. Venstres lidt nervøse holdning over for løsningen af faglige konflikter mellem læger og kommunerne skal ses på baggrund af landbe-

38. MF januar 1909 – februar 1910. Medicinalkommissionens betænkning nr. 3 angående ordningen af sindssygeplejen, afgivet 1910, lovforslaget § 1-4, betænkningen p. 33-61.

39. RT 1911-12.

folkningens mangel på lægehjælp, hvis en strejke brød ud, mens der i byerne altid ville være andre læger, der kunne træde til.

Sideløbende diskuteredes spørgsmålet om embedslægevæsenet. Faber havde oprindeligt foreslået to klasser af læger, nemlig amtslæger og kreds-læger. Venstre ønskede dog at begrænse antallet af personale under ordningen og fik derfor strøget amtslægerne fra forslaget, mod at kredslægen i amtmandens kreds mod et løntillæg tillige fungerede som »amtslæge«.

Det mest omdiskuterede spørgsmål var dog hvor mange lægekredse, landet skulle deles i. Dette havde forbindelse til et andet spørgsmål, nemlig om kredslægen måtte have en privatpraksis ved siden af sin embedslægegerning. Efter formandens forslag var det meningen, at embedslægen skulle have privatpraksis ved siden af, og at landet skulle deles i 78 kredse. En gruppe bestående af Lorentzen, Rørdam og Tolderlund fremsatte et forslag, der som hovedprincip havde fjernelse af enhver sammenblanding af privat og offentlig embedsvirksomhed. Efter deres forslag skulle kredslægerne arbejde fuldtid på deres embedsgerning, men til gengæld skulle deres antal skæres ned til ca. 40. Rørdam mente, at det ville være en fordel således at gøre embedslægerne uafhængige af befolkningen. Forslaget mødte udbredt modstand og resulterede i lange forhandlinger. Kun socialdemokraterne kunne støtte det. Man nåede ikke frem til nogen enighed mellem Lorentzens gruppe og venstrefolkene og med dem hele den øvrige kommission men da man lagde stor vægt på, at kommissionens betænkning var enstemmig, lod Lorentzen, Rørdam og Tolderlund sig nøje med en mindretalsudtalelse, som også Sigvald Olsen og H. Jensen fra socialdemokratiet tilsluttede sig.

Som beskrevet var politikerne også meget inde i diskussionen i forbindelse med embedslægevæsenet. Der opstod en alliance mellem en venstresindet læge (Lorentzen), en radikal politiker, der også var læge (Rørdam) og en højrepolitiker (Tolderlund). Nogen forklaring på, hvorfor netop disse tre fandt sammen, giver kilderne ikke. At socialdemokraterne støttede de tres forslag kan forklares med, at de socialdemokratiske vælgere boede i byerne, hvor de let ville få adgang til de fuldtidsansatte embedslæger, som sandsynligvis ville slå sig ned der. At venstre var imod skyldtes, at forslaget betød ringere vilkår for venstres vælgere (= landbefolkningen). Der ville efter forslaget blive færre læger, og det ville betyde større rejseafstande og dermed større rejseomkostninger for landbefolkningen. Samtidig ønskede venstre at fastholde den nære kontakt, der eksisterede mellem befolkningen og lægerne, og venstre så derfor forslaget om færre embedslæger med mange patienter som en trussel mod denne nære forbindelse. I øvrigt forløb forhandlingerne på trods af den

store uenighed i fordragelighed, idet alle erkendte nødvendigheden af at finde en løsning, man kunne enes om⁴⁰.

Efter medicinalkommissionens formand Knud Fabers mening var embedslægevæsenets ordning kommissionens hovedarbejde. Kommissionen afleverede den fælles betænkning i oktober 1911, men lovforslagene blev imidlertid ikke straks fremsat i rigsdagen, fordi justitsminister Bülow havde sendt dem til udtalelse hos den nyudnævnte medicinaldirektør Hoff, som benyttede lejligheden til ved at stille sit eget forslag til en nyordning at tage afstand fra medicinalkommissionen og dens arbejde. Hoff var selv godt klar over det uholdbare heri og bad derfor Bülow om alene at fremsætte lovforslaget om den kommunale lægehjælp. Det blev dog øjeblikkelig stoppet af venstre i folketetinget, som ville at begge sager skulle vedtages under et.

I sommeren 1913 gik Bülow af, og Zahle blev ny justitsminister. Hermed forsvandt grundlaget for Hoff's initiativer, og i december 1913 fremsatte Zahle de to lovforslag i deres oprindelige skikkelse. De to forslag blev i begge ting behandlet under et og blev fra alle sider mødt med stor velvilje. Loven blev stadfæstet den 21. april 1914⁴¹.

Problemerne omkring apotekervæsenet skulle egentlig have været afklaret samtidig med embedslægevæsenet, således at de to betænkninger kunne have været afgivet på en gang. Men behandlingen af apotekervæsenet trak ud. Først i juni 1912, d.v.s. 8 måneder efter betænkningen om embedslægevæsenet, kom betænkningen om apotekervæsenet. På trods af en meget langvarig behandling fordelt på 84 møder løste kommissionen ikke problemet med afløsning af de reelle privilegier. Allerede på det første møde om sagen den 3. juli 1908 blev der bl.a. fra venstre klart fremsat ønske om at få disse reelle og salgbare privilegier afskaffet. Problemet var bare hvordan. I det nedsatte udvalg til udarbejdelse af et samlet forslag om apotekervæsenet havde venstre straks fra begyndelsen ønsket, at afløsningen skulle ske med fuld erstatning. Men da man kunne se, at det ville blive for dyrt, foreslog L. Jensen fra venstre, at man udskød afløsningen til et senere tidspunkt, idet en afløsning jo ikke direkte var til nogen fordel for kunderne, hvilket politikerne tilsluttede sig. Kun fagfolkene i udvalget og navnlig Benzon arbejdede videre med forslagene til en

40. MF oktober 1908-oktober 1911. Medicinalkommissionens betænkning nr. 4 angående embedslægevæsenet og den kommunale sygepleje, afgivet 1911, p. 23, 28-33, 38, 47.

41. Fabers levnedsskildring. Sundhedsstyrelsens Aarsberetning for 1912, p. 11-54. Justitsministeriets 2. kontor, journalsag 7171, 1911. Sundhedsstyrelsen, journalsag nr. 359, 1912. Faber: Fra Sundhedskollegium til Sundhedsstyrelse. p. 76-78. RT 1912-13. RT 1913-14.

afløsning. Benzon foreslog således, at staten skulle yde en garanti. Også et gammelt forslag om at lade de reelle privilegier ophøre i løbet af 50 år og uden erstatning til ejerne blev fremsat. Man nåede ikke til nogen afklaring af afløsningsspørgsmålet væsentligst på grund af modstand fra apotekerne, og kommissionen endte sin behandling af apotekervæsenet blandt andet med at beslutte, at betænkningen ikke skulle indeholde nogen redegørelse for de overvejelser, man havde haft desangående, for ikke at komplicere rigsdagsforhandlingerne unødigt.

De personlige apotekerprivilegieholdere betalte en årlig afgift, som indgik i en større apotekerfond. Kommissionen overvejede meget, hvordan pengene i denne fond skulle bruges. Der var navnlig tre ting, man tænkte på, nemlig pension af apotekerenker, pension af gamle og svagelige apotekere og endelig støtte til små og urentable apoteker. I alle tre tilfælde ville man skabe væsentlig bedre forhold ved apotekerne. Den praktiske udformning af forslag herom enedes man ret hurtigt om.

Ved behandlingen af apotekervæsenet var det mere end i nogen af de hidtidige forhandlinger lægerne og navnlig farmaceuterne (og heriblandt navnlig Benzon), der havde domineret forhandlingerne. Kun i begyndelsen havde parlamentarikerne været kraftigt inde i diskussionen om kommissionsarbejdets mål, nemlig at skaffe befolkningen så god medicin så billigt som muligt fra apoteker, hvortil man havde så let adgang som muligt. Venstre ønskede her specielt at opretholde de små landapoteker af hensyn til landbefolkningen.

Kommissionen kunne omsider i juni 1912 afgive sin betænkning i sagen. Heller ikke denne gang undgik man mindretalsudtalelser bl.a. fra kommissionens to socialdemokratiske repræsentanter, som mente, at apotekervæsenet burde overtages af det offentlige, og at man burde afskaffe de reelle privilegier ved efter et passende åremål at lade dem gå over til at blive personlige uden nogen form for erstatning⁴².

Medicinalkommissionens betænkning om apotekervæsenets ordning blev afgivet i juni 1912. Dette lovforslag var det første forsøg på at samle alle bestemmelser vedrørende apotekervæsen i en lov. Også dette lovforslag forsøgte Hoff om end uden held at sætte sit eget præg på. Lovforslaget (i den oprindelige form) fik en meget velvillig behandling i rigsdagen, og loven kunne den 29. april 1913 stadfæstes⁴³.

42. MF juli 1908-maj 1912. S. Hansen: Håndbog i Medicinallovgivning. 1917. p. 489. Medicinalkommissionens betænkning nr. 5 angående apotekervæsenet, afgivet 1912, § 6, 7, 12, 13, 18, 23, p. 37-38, 40-42.

43. Sundhedsstyrelsens Aarsberetning for 1912, p. 193-202. Sundhedsstyrelsens journalsag nr. 1328, 1912. RT 1912-13.

Med betænkningen om apotekervæsenet var medicinalkommissionen kommet igennem alle de store sager, som hastede. Indtil nu havde man benyttet den fremgangsmåde, at man behandlede flere sager sideløbende og i det hele taget fremskyndet behandlingen mest muligt. Ved de følgende mindre sager gik man over til kun at behandle en sag ad gangen og tage sig bedre tid til behandlingen.

Den første af de mindre sager, man gav sig i kast med, var jordemodervæsenet. Udgangspunktet var en henvendelse fra den almindelige danske jordemoderforening, der først og fremmest ønskede lønforhøjelse. Der var vanskeligheder med at få distriktsjordemødre i visse landdistrikter, og det forlød, at årsagen var, at der uddannedes for få. Dette kunne kommissionen dog hurtigt afvise: Det var lønnen, der var for dårlig. Ønsket om lønforhøjelse vandt derfor straks forståelse i kommissionen; spørgsmålet var blot, hvordan den skulle ydes. Det kunne ske ved en forhøjelse af grundlønnen og/eller en forhøjelse af taksten for den enkelte fødsel. Venstre ønskede, at grundlønnen forhøjedes mere end taksten, ellers ville jordemødrene, mente man, klumpe sig sammen, hvor der var flest fødsler, til skade for tyndtbefolkede landdistrikter. Der fremkom en række andre forslag, men man endte med alle at støtte venstres forslag. Desuden vedtoges en pensionsordning for jordemødre.

Ved løsningen af spørgsmålene om jordemodervæsenet fornemmer man en vis famlen fra politikernes side – specielt over for pensionsspørgsmålet. Man forholdt sig afventende og forsøgte ud fra rygmarvsfornemmelse at forsvare de forskellige vælgergruppers interesser, så godt man nu kunne⁴⁴.

Medicinalkommissionen havde i december 1913 afgivet sin betænkning om jordemodervæsenet. Betænkningens lovforslag var også her det første forsøg på at samle alle de gældende bestemmelser inden for området i en lov. Lovforslaget fik en meget velvillig modtagelse og undergik kun mindre modifikationer før vedtagelsen. Loven blev stadfæstet den 1. april 1914⁴⁵.

Endnu før kommissionen helt havde færdiggjort betænkningen om jordemodervæsenet gik den i december 1913 i gang med tandlægesagen. Først og fremmest ønskede man at fastslå, at for at blive tandlæge skulle man have tandlægeeksamen. Det var den første paragraf i lovforslaget, og den blev vedtaget i fuld enighed og uden megen diskussion. Et af

44. MF juli 1908, juli 1912 – februar 1913. Medicinalkommissionens betænkning nr. 6 angående jordemodervæsenet, afgivet 1913, § 7, 8, 11, 12, 13, p. 14-16, 31-32.

45. RT 1913-14.

anklagepunkterne mod Alberti havde været, at han havde givet personer, der ikke havde tandlægeeksamen, ret til at praktisere som tandlæger.

Et spørgsmål, der rejste diskussion, var forholdet mellem tandlæger og læger. Lægerne ønskede nemlig ret til at kalde sig tandlæger, når de var specialister i tandsygdomme m.v. Det var tandlægerne imod, medmindre lægen forinden havde aflagt tandlægeeksamen. Enden på diskussionen blev, at det vedtoges, at læger autoriseret til almindelig lægepraksis ikke kunne kalde sig tandlæger (men nok udføre tandlægearbejde). Også på andre punkter opstod der uenighed mellem tandlæger og læger. Således om hvor grænsen skulle gå mellem tandlægenes og lægenes virksomhedsområde. Det var Christensen, der udløste diskussionen om placeringen af en række grænseproblemer (tandbylder, ganespalteoperationer etc.), som endte med, at der i lovforslaget klart blev beskrevet, hvad tandlægenes virksomhedsområde var.

Det sidste punkt, der gav anledning til længere diskussion, var tandteknikernes stilling. Deres arbejde var jo nærmest modsat tandlægenes: Mens tandlægerne ved behandling søgte at bevare tænderne, var det tandteknikernes hovedopgave at få alle tænder fjernet for derefter at indsætte en protese i stedet. Fra tandteknikernes side havde man ønsket en ordning, hvorefter næringsbevis afhang af en eksamen. Samtidig ønskede de at blive betragtet som medicinalpersoner og dermed underlagt sundhedsstyrelsen. Dette mødte dog modstand fra mange sider, og diskussionen endte med, at man helt undlod at omtale spørgsmålet i lovforslaget.

Løsningen af tandlægevæsenet var omtrent et rent teknisk problem, som kun fagfolkene diskuterede. Kun i spørgsmålet om tandteknikernes placering var der dyb uenighed blandt fagfolkene, og at politikerne blandede sig i debatten gjorde ikke sagen klarere, idet også politikerne her var famlende. Det endte med, at man måtte opgive at afgive betænkning om denne del af spørgsmålet⁴⁶.

I januar 1916 fremsatte justitsminister Zahle lovforslaget om tandlægevæsenet i landstinget. Sagsbehandlingen blev meget kort, idet kun et par småting blev rettet i kommissionens forslag. Forhandlingerne formede sig nærmest som en fælles lovprisning af medicinalkommissionen og dens gode og dygtige formand Knud Faber. Loven stadfæstedes den 25. februar 1916⁴⁷.

46. MF december 1913-april 1915. Medicinalkommissionens betænkning nr. 7 angående tandlægevæsenet, afgivet 1915, § 2, 3, 5, p. 27-28.

47. RT 1915-16.

I december 1913 havde medicinalkommissionen et møde, hvor man kort forberedte sig til behandling af problemerne ved ligsynsvæsenet. Ifølge formanden var sagen startet af tuberkulosekommissionen, som i 1903-04 havde ønsket mere pålidelige oplysninger om tuberkulosedødsfald end dem, den eksisterende statistik gav. En stor del af statistikken for landdistrikterne var blevet lavet af ligsynsmænd og var ret dårlig. I kommissionen ønskede også Seedorff en ændring af ligsynsordningen. Venstrefolkene Broberg og Kierkegaard var ikke interesseret i at afskaffe ligsynsmændene, idet en overgang til læger ville betyde stærkt øgede udgifter for befolkningen i de større landkommuner, hvor de store afstande ville medføre stærkt forøgede kørselsomkostninger. I stedet for tvunget, lægeligt ligsyn forestillede Broberg sig, at ligsynsmændenes erklæringer kunne suppleres med en erklæring fra den læge, som sidst havde behandlet den afdøde. Først i slutningen af april 1915 fik kommissionen sagen til behandling. Efter den gældende ordning havde man tvunget ligsyn inden for 2 km ($\frac{1}{4}$ mil) fra lægens bopæl. Ved større afstande fra lægens bopæl skulle ligsynsmænd træde til. Formanden foreslog nu, at man udvidede denne grænse så langt, man nu kunne blive enige om, og at man for de resterende områder lod ligsynsmændenes attester suppleres med erklæringer fra de sidst behandlende læger. Fra lægeside ønskedes imidlertid, at der generelt indførtes tvunget, lægeligt ligsyn, hvad den radikale Rørdam også støttede. Venstrefolkene var imod tvunget ligsyn og støttede den af formanden foreslåede kombinerede ordning.

Ud over lange diskussioner om betalingen var det der optog kommissionen mest diskussioner om grænsen for, hvornår en læge skulle foretage ligsynet, og hvornår ligsynsmænd kunne gøre det, samt hvilken rejsegodtgørelse lægen skulle have. Under forhandlingerne voksede afstanden for lægernes ligsyn efterhånden fra de oprindelige 2 km ($\frac{1}{4}$ mil) for til slut at ende ved 15 km (2 mil). Herved blev der kun ganske få områder tilbage, som ville få ligsyn ved ligsynsmænd, og i de tilfælde skulle erklæringen suppleres med en erklæring fra den sidst behandlende læge.

I debatten om ligsynsvæsenet var det således væsentligst lægernes ønske om generelt lægeligt ligsyn, der tørnede imod venstres ønske om at begrænse landkommunernes og landbefolkningens udgifter. Både i denne og den foregående sag er det i øvrigt værd at bemærke, at Rørdam støttede lægerne i diskussionen⁴⁸.

48. MF december 1913-oktober 1915. Medicinalkommissionens betænkning nr. 8 angående ligsynsvæsen, afgivet 1916, § 7, p. 22-23, 26, 38.

Medicinalkommissionens betænkning om ligsynsvæsenet førte ikke til lovgivning, idet man i stedet rent administrativt indførte, at de behandlende læger skulle give kredslægen oplysninger om dødsårsagen. Ved finansloven 1920-21 indførtes, at lægerne fik 2 kr. for en sådan erklæring⁴⁹.

Den næste opgave for kommissionen var epilepsivæsenet. Der fandtes kun 3 anstalter i landet, nemlig et privat hjem (med statstilskud) i Nyborg med plads til 70 fortrinsvis unge patienter, et hjem i Ruds Vedby drevet af diakonissestiftelsen med plads til 36 piger samt kolonien Philadelphia ved Dianalund med plads til i alt 300 voksne. Man havde altså institutionsplads til ca. 400. Efter indsamling af statistisk materiale kunne man fastslå, at man manglede ca. 200 institutionspladser. Ret hurtigt nåede man frem til enighed om at foreslå opførelse af en anstalt i Jylland med plads til 250 voksne og at udvide Nyborg-anstalten til 75 drenge og 50 piger.

Epilepsivæsenet var igen en af de sager, hvor politikerne holdt sig i baggrunden. Kun socialdemokraterne fandt lejlighed til at fremkomme med deres generelle ønske om statsovertagelse⁵⁰.

Kommissionen gik herefter over til at diskutere pladsforholdene på statens sindssygeanstalter. I kommissionens betænkning fra 1910 om sindssygevæsenet havde man fremsat ønske om, at der senere opførtes en anstalt i Jylland. Nu ville man prøve at se nærmere på udviklingen siden betænkningen. Der viste sig som ventet at være behov for flere pladser, og samtidig var man kommet frem til marts 1919 og kunne begynde at forudse Sønderjyllands tilbagekomst. Kommissionen besluttede derfor at lave et lovforslag om opførelse af en sindssygeanstalt i Jylland, eventuelt i Sønderjylland. Nærmere beslutning om størrelse, placering og indretning kom man ikke ind på i lovforslaget. Begge de to lovforslag blev samlet i én betænkning, som blev afgivet i maj 1919⁵¹. På grund af de politiske forhold i efterkrigstiden blev det først i 1929, at der blev oprettet et nyt sindssygehospital og da på Augustenborg slot i de genforenede landsdele.

Lovforslaget om epileptikerplejen blev heller ikke fremsat. I stedet fik man ved 1931-32-finansloven en bevilling til en udvidelse af Nyborg-anstalten.

Ved flere lejligheder havde kommissionen konstateret en alvorlig mangel på koordinering både blandt de forskellige sindssygeanstalter og

49. Faber: *Fra Sundhedskollegium til Sundhedsstyrelse*. p. 101-02.

50. MF september 1915-marts 1919.

51. MF marts 1919.

mellem sindssyge-, åndssvage- og epileptikeranstalter. Kommissionen nedsatte derfor i oktober 1919 et udvalg til at overveje, om man skulle indføre en overbestyrelse af sindssygeanstalterne. I det gældende system havde hver sindssygeanstalt en direktion med en overlæge som formand. Over direktionen stod den rådgivende sundhedsstyrelse og derover igen justitsministeren. Det, som man overvejede at indføre, var et organ mellem minister og direktion, der kunne afhjælpe pladsproblemerne, skabe større ensartethed i den økonomiske ledelse, behandle klager og inspicere hospitalerne samt have »det store overblik« både over sindssyge-, åndssvage- og epileptikerhospitalerne. Alle i udvalget og alle indkaldte eksperter kunne støtte oprettelsen af et sådant organ, spørgsmålet var blot, hvordan organet konkret skulle udformes. Der fremkom mange forslag, men man endte med en ordning med en »direktør for statens sindssygehospitaler«, som skulle arbejde sammen med direktøren for sundhedsstyrelsen.

Også forslaget om overbestyrelse af statens sindssygehospitaler blev vedtaget i rigsdagen med alles støtte og kun med nogle få, mindre modifikationer. Loven blev stadfæstet i maj 1921.

Sagen om overbestyrelsen af statens sindssygehospitaler var oprindelig rejst af socialdemokraterne og blev det eneste forslag, socialdemokraterne egentlig fik gennemført. I kommissionen var alle enige om det gode i ideen, men fagfolkene var stærkt uenige om den konkrete udformning. Man enedes til sidst, uden at politikerne havde blandet sig synderligt i den del af debatten⁵².

Den sidste betænkning, medicinalkommissionen afgav, var om statsanerkendelse for sygeplejersker. Sagen var gentagne gange blevet forelagt kommissionen, men hver gang kun kort diskuteret og derefter udskudt. Årsagen hertil var, at »Dansk Sygeplejeråd« og »Centralforeningen af Sygeplejevirkksomhed uden for København« ikke var enige om et fælles krav. Dansk Sygeplejeråd ønskede autorisation af alle sygeplejersker, der havde gennemgået en 3-årig uddannelse. Centralforeningen havde derimod oprindelig kun ønsket en 1-års uddannelse for at opnå autorisation, men som tiden gik voksede kravet til uddannelsestid, så man i 1920 var nået frem til samme ønsker som sygeplejerådet. Sagen gik derefter hurtigt igennem kommissionen, idet venstrefolkene dog var noget betænkelige ved så lang en uddannelse til hjemmesygeplejersker.

52. MF marts 1919-november 1920. Medicinalkommissionens betænkning nr. 9 angående epilepsivæsen og opførelse af et nyt sindssygehospital, afgivet 1919, p. 29-30. RT 1920-21.

Betænkningen blev afgivet i januar 1921.

Lovforslaget blev i oktober fremsat i landstinget, men blev bremset i udvalget. Baggrunden herfor var en uro blandt sygeplejeforeninger landet over, som skyldtes ængstelse for, at kravet om 3-års uddannelse ville volde problemer i foreningernes arbejde. Udvalget fik derfor at vide, at sygeplejeforeningerne var ved at indsamle materiale til belysning af sagen, og man bad om, at udvalget ville vente lidt med at foretage sig videre, hvilket det bøjede sig for. Først i 1925-26 samlingen kom materialet frem, men udvalget nåede ikke at færdigbehandle sagen før samlingens udløb. Først i 1932-33 lykkedes det endelig at få vedtaget en lov om autorisation af sygeplejersker⁵³.

Også i denne sag gik venstres overvejelser ud fra hensynet til landbefolkningen, som venstre ikke ønskede at pålægge unødige udgifter til højtuddannede og højtloønnede hjemmesygeplejersker. Lægerne ønskede derimod så god en uddannelse som muligt for alle sygeplejersker. I denne uenighed blev det lægernes synspunkt, der vandt – og det blev den eneste gang kommissionen afgav en betænkning, som venstre ikke helhjertet kunne gå ind for⁵⁴.

Medicinalkommissionen holdt den 20. januar 1921 sit sidste møde. Kommissionen havde da i de forløbne ca. 13 år vist vejen for, hvordan det danske sundhedsvæsen kunne moderniseres. Faber kaldte det at opgøre sundhedsskollegiets dødsbo, idet kommissionen havde peget på løsninger på alle de stridspunkter, der i sin tid havde været mellem sundhedsskollegium og justitsminister/rigsdag.

Samtidig havde kommissionen bragt læger og politikere sammen til et hidtil uset samarbejde. Nok må formanden Knud Faber bære sin del af æren for det vellykkede arbejde, men også kommissionens medlemmer havde vist smidighed over for andres synspunkter. Medlemmerne glemte ikke, hvem de repræsenterede i kommissionen og kæmpede for deres gruppes synspunkter, men viste i sidste ende den respekt for deres ansvar, at de alle bøjede sig for flertallet, således at kommissionen altid kunne afgive betænkninger, som alle støttede – om end enkelte gange med indføjede mindretalsudtalelser.

I kommissionens arbejde havde man hurtigt fundet ind i en fast gænge. Når en sag skulle behandles, blev der først holdt et indledende foredrag

53. RT 1921-22 RT 1924-25.

54. MF december 1908, april 1913-oktober 1913, april 1915-januar 1921. Medicinalkommissionens betænkning nr. 11 angående statsanerkendelse af sygeplejersker, afgivet 1921, bilag I, p. 51-56.

af formanden, hvorefter de sagkyndige kom med deres indlæg. Efter de indledende forhandlinger udarbejdede formanden et udkast til et lovforslag, som sattes under forhandling, hvorunder man arbejdede sig frem til det endelige lovforslag.

Først lidt inde i forhandlingerne begyndte de rigsdagsvalgte at blande sig i diskussionerne og som oftest med udgangspunkt i de stillede forslags konsekvenser over for det enkelte partis vælgere. Venstre var således meget øm over landbefolkningen og meget på vagt over for forsøg på at lægge unødige udgifter på denne del af befolkningen – samtidig med at man tilstræbte så højt et serviceniveau på landet som muligt. I gruppen af parlamentarikere var venstrefolkene de mest centrale og indflydelsesrige. Uden deres støtte kunne man ikke forvente, at et lovforslag senere ville kunne vedtages af rigsdagen. Som eksempel herpå kan anføres sygeplejerskespørgsmålet, som kommissionen løste på en måde, venstrefolkene ikke fuldt kunne støtte, og senere viste det sig at det i rigsdagen skulle blive det af lovforslagene, det tog længst tid at få vedtaget. Samtidig var venstrefolkene meget pragmatisk indstillet. De gik således ind i kommissionsarbejdet med visse faste forestillinger om, at centralstyrelsen, embedslægevæsenet og apotekervæsenet skulle reformeres gennem én reform, og at de kommunale sindssygeanstalter var gode institutioner, men da man opdagede, at omstændighederne var anderledes end forventet, var man straks parat til at afpasse sin politik derefter. Venstres gruppe i kommissionen blev i starten ledet af Kierkegaard og senere af Brorsen.

I modsætning til de pragmatisk indstillede medlemmer af kommissionen stod socialdemokraterne fast på deres principielle holdninger. De ønskede statsovertagelse af hele sundhedsvæsenet og var i det hele taget interesseret i de ideelle løsninger, som nok under store omkostninger ville kunne realiseres i de større byer, hvor partiet hentede sine stemmer, men ville volde meget store vanskeligheder at gennemføre ude i landdistrikterne – i hvert fald på det tidspunkt! Socialdemokraterne fik sjældent noget ud af at stille de yderliggående krav, idet de ofte endte som mindretalsudtalelser til betænkningerne. Kun i spørgsmålet om overbestyrelsen af sindssygeanstalterne pegede socialdemokraterne på et problem, alle var enige om burde løses, og som derefter gennemførtes som det eneste af deres forslag – dog havde de kun peget på problemet, løsningen heraf blev væsentligst varetaget af kommissionens fagfolk, hvis forslag politikerne så senere tilsluttede sig. Den socialdemokratiske profil blev oftest tegnet af Harald Jensen.

Højres repræsentanter blev mere end blot repræsentanter for deres

parti, der mest arbejdede for at holde udgifterne nede. Goos ydede således en værdifuld hjælp ved de juridiske problemer, man løb ind i, blandt andet ved den konkrete udformning af lovforslagene. Piper stillede sin store viden om kommunale spørgsmål til kommissionens rådighed.

Endelig var der de radikales repræsentant H. Rørdam, som på det tidspunkt var den eneste læge, der var medlem af rigsdagen. Hans stilling i kommissionen forekommer ikke helt klar, idet der synes at være en tendens til, at han søgte sammen med lægerne fremfor med politikerne. Først da Elna Munch overtog Rørdams plads i kommissionen, fornemmes politisk bestemte træk i den radikale repræsentants holdning.

Det var altså lægerne og de andre fagfolk, der førte det store ord i kommissionen. Det var lægerne Faber og Muus, der i et nært og godt samarbejde ledede forhandlingerne, og det var på grundlag af fagfolkenes indledende foredrag, at politikerne tog deres standpunkter – i al fald i de tilfælde, hvor de ikke i forvejen havde en holdning til sagen. Men man må også sige, at lægerne var sig deres store ansvar bevidst, idet de ved fremsættelse af deres ønsker var yderst rimelige og honorerede den tillid, som politikerne, specielt venstrefolkene, havde til dem. Venstres positive holdning kan ses som en afspejling af den tillid, landbefolkningen havde til lægerne, og i kommissionsarbejdet så man, at venstre ivrigt arbejdede for bibeholdelsen af dette nære og tillidsfulde forhold f.eks. i debatten om embedslægevæsenet, hvor venstre ønskede mange kreds-læger med forholdsvis få patienter og med nær kontakt med dem og advarede mod fuldtidskreds-læger med mange patienter og store kredse og deraf følgende mangel på kontakt og tillid mellem læge og patient.

Man undgik ikke faglige sammenstød mellem de ministervalgte, væsentligst mellem læger og apotekere, men også mellem læger og tandlæger, d.v.s. på områder, hvor gruppernes interesser var sammenfaldende, men ønskerne forskellige. Alligevel løste kommissionen de opgaver, den stillede sig selv. Det eneste større problem, som kommissionen måtte lade uløst, var afløsningen af de reelle apotekerprivilegier. Apotekerne i kommissionen var stærkt imod en afløsning, og kommissionens øvrige medlemmer kunne ikke blive enige, hvorfor man udskød sagen.

Rigsdagens behandling af medicinalkommissionens lovforslag var yderst velvillig. Ofte førte man lovforslag, som ministeren havde ændret, tilbage til deres oprindelige form. Samtidig var den parlamentariske behandling af lovforslagene meget hurtig. Grunden til alt dette var, at medicinalkommissionen havde gjort sit arbejde usædvanlig godt.

De forslag, kommissionen fremkom med, var blevet til som et resultat af forhandlinger mellem fagfolk valgt af organisationerne, hvilket betød,

at der ikke kunne rokkes ret meget ved de faglige kvaliteter i lovforslagene; visse kompromisser var man jo nødt til at indgå. Samtidig var de politiske slagsmål allerede udkæmpet i kommissionen, og partierne havde fået deres særstandpunkter frem og behandlet, eventuelt udtrykt i form af mindretalsudtalelser i forbindelse med betænkningerne, således at sagerne også var udformet, så der var parlamentarisk dækning for dem. Endelig var ordførerne ved rigsdagsbehandlingerne ofte de samme, som havde været deres partiers repræsentanter i kommissionen.

Afslutning

I denne artikel er udviklingen inden for sundhedspolitikken fra 1901 til 1921 beskrevet. Det var en periode med stor lovgivningsaktivitet inden for sundhedsvæsenet; i flere tilfælde var det første gang, der i Danmark blev lovgivet for det pågældende område. Men også kvalitativt var lovgivningen vellykket. Dens værdi ses deraf, at principperne fra dengang stadig findes i de gældende love om sundhedsvæsenet. Naturligvis er der også sket store ændringer siden dengang. En stor teknisk udvikling og en socialpolitisk udvikling, der er gået i retning af at udvide statens forpligtelser over for den enkelte, har nødvendiggjort løbende ændringer.

Sundhedsstyrelsen eksisterer den dag i dag med nogenlunde samme virksomhedsområde som ved oprettelsen. Loven er siden ændret og ajourført i 1932, 1965 og 1974, men det centrale virksomhedsområde er så godt som uændret siden 1909. Reformen i 1932 betød, at styrelsen fik en mere udadgående virksomhed. Desuden har sundhedsstyrelsen flyttet ministerium. Oprindeligt hørte den, ligesom dens forgænger sundhedskollegiet, under justitsministeriet, men under Madsen-Mygdals regering fra 1926-29 samledes den med det øvrige sundhedsvæsen under et særligt sundhedsministerium. Ministeriet blev imidlertid nedlagt i 1929, hvorefter sundhedsvæsenet blev flyttet hen under indenrigsministeriet, hvor det stadig er.

Åndssvagevæsenet bestod dengang af to selvejende institutioner; siden er der sket det – ud over at der er kommet flere institutioner til – at staten i 1933 overtog driften. Inden for de allerseneste år er der en ny udvikling i gang, idet institutionerne er ved at blive overført til amter og primærkommuner.

Inden for lægevæsenet har man stadig amts- og kredslæger, men udviklingen særlig inden for socialvæsenet nødvendiggjorde en mere omfattende

de lov, som nærmere beskrev lægers opgaver. Den kom i 1935 og er siden flere gange blevet forbedret og udbygget.

De reelle apotekerprivilegier blev først afskaffet ved en apotekerreform i 1932, og året efter, i 1933, kom loven om statsanerkendelse af sygeplejerskerne. Endelig er seruminstitutttet flere gange blevet udvidet.

Således er udviklingen i sundhedspolitikken i store træk en videreførelse af den politik, der formuleredes i århundredets begyndelse – et klart udtryk for, at der (også) fostredes sunde tanker hos dem, der havde indflydelse på sundhedsvæsenet i de dage.