

*Lægestanden i historiografien
og hvordan lægerne måske »virkelig« har været
i det 19. århundredes Danmark*

AF

GERDA BONDERUP

I. Lægestanden i historiografien

Indtil 1960'erne er lægehistoriografien stort set blevet varetaget af standens egne. Det var en optimistisk, lineær fremskridtsorienteret redegørelse efter knudetovsprincippet, hvor de store koryfæer og deres landvindinger udgjorde knuderne. Således skriver en række medicinhistorikere stadigvæk. Men allerede fra 1930'erne begyndte enkelte medicinhistorikere at alliere sig med demografer og etnologer, med marxisterne Henry Sigerist og Erwin Ackerknecht som foregangsmænd. Socialmedicinhistorien – stadig ganske panægyrisk – så dagens lys. I de senere år er der også kommet arbejder, der er mindre lovprisende, frem fra lægernes egen historieforskning.¹

1960'erne blev kendetegnet ved antiautoritære bevægelser, opbrud og nytænkning inden for en lang række videnskabsgrene, det gav kraftige impulser også for vores emne. De vigtigste kom fra sociologernes professionsdebat, Kuhns paradigmemodel, Foucaults »opgør« med de moderne magtstrukturer, demografernes fremmarch, socialhistorikernes og historikernes venstreorientering og ideologikritik, det havde bl.a. til følge, at man kom forbi de lavere samfundslag, demografien og hverdagshistorien. Forskningsgrenene har det tilfælles, at de var præget af en uhyre animositet over for lægestanden. Denne går mest ud på, at lægerne har et alt for mekanisk patientsyn, de tænker for meget i biomedicinske baner og mangler et helhedssyn, hvor det humane skulle stå på samme trin som det teknologiske. Forskerne tog allesammen, men hver for sig, den handske op, som det rosende medicinerlav slet ikke havde kastet, og

¹ En lille oversigt over medicinhistoriens historie findes hos Karin Johannisson.

nærmest invaderede medicinhistorien. Dette negative tiltag gjorde betingelserne for en »objektiv« forskning svære. Et problem vi historikere alle dage – i hvertfald siden Ranke med lidet held har kæmpet med!² Sidst i 1970'erne og i 80'erne ophævedes forskningsisolationen de forskellige fag imellem. Det blev tværfaglighedens æra, som velflorende er taget med ind i 90'erne.³

Sociologers professionsdebat, den store inspirator for lægehistoriografien

Til en profession regnes normalt de erhverv, der bliver varetaget af den socialkulturelle gruppe, der på grund af sin længerevarende uddannelse på universiteterne og tilhørende »uddannelsespatenter« bliver opfattet som en social elite. Dertil hører de tre »gamle« akademiske erhverv, præster, jurister og læger og måske også de »nye« mere naturvidenskabelige ekspertjobs som kemikere, ingeniører etc.

Diskussionen begyndte med sociologiens fader *Max Weber*, naturligvis, selv om han egentlig står uden for professionsdebatten, da den aldrig har været hans ærinde. Men han byder i sin bredviftede forskning på analyser, som de senere sociologer tit tager udgangspunkt i. Det drejer sig om to metamorfoser, den første er kulturmenneskets forvandling til fagmennesket, set i et funktionalistisk perspektiv. Fagmenneskene begyndte fra 1500-tallet (fra kapitalismens tidligste fase og fra de kontinentaleuropæiske staters centraliserings- og bureaukratiseringsbestrebelse) at sidde inde med ekspertisen for de forskellige grene i statsstyrelsen. Dermed kom de til at spille en overordentlig stor rolle for staternes cementering. Derfor holdt staten på den anden side også godt øje med dem, f.eks. ved at regulere deres uddannelse. Det drejede sig fortrinsvis om jurister og til tider om læger, begge var vigtige led i magtstrukturerne. De stod i klar modsætning til deres forgængere, kulturmenneskene, der

² Et af de seneste og et meget fint bidrag er P. Novicks »That Noble dream«. Se også Kockas tankevækkende antologi *Theorie der Geschichte* og Manniches ganske præcise lille artikel. Nogle historikere har i øvrigt nu taget konsekvensen heraf og skriver bevidst (nutids)engageret historie. Og Uffe Østergård udfordrer os til at tage afslappet på den evindelige higen efter objektivitet og sandheden.

³ Den største manifestation af disse tværfaglige bestrebelse i Danmark er oprettelsen af et »Netværk for humanistisk sundhedsforskning«, i hvis regi der holdes to årlige temadage på Københavns Universitet med over 100 deltagere fra flere end en snes forskellige humanvidenskabelige fag. Medicinernes medicinhistoriske forskning har ligeledes i de senere år ladet sig inspirere af tværfagligheden. Det viste sig senest i programmet for og i en række foredrag holdt på den XIII. nordiske Medicin-historikerkongres i Uppsala d. 6. til 9. juni 1991. Desværre er man i Danmark endnu ikke nået helt så langt endnu, som kontroverserne på samme kongres afspejlede.

ikke skulle stille med ekspertviden, men f.eks. i feudaltiden med ridderlige og – parallelt hertil – i Kina med litterære evner, som var »varemærker« for den herskende elite.⁴ Den anden af Max Webers metamorfoser er en indholdsforvandling, en sækularisering af kaldskaracteren i bestemte erhverv. Allerede før reformationen og især under kapitalismens fremmarch blev erhvervene rationaliseret, det gælder især de gejstlige og lægerne. Kaldet ændredes i denne proces fra et moralreligiøst til et moraletisk, og forbliver i denne verdsliggjorte form i bevidstheden hos erhvervets indehavere og i samfundet.⁵ Denne immanente kaldskaracter, som vi alle stadig forventer af lægerne, er for mig at se en af grundene til, at den negative holdning er blevet så heftig. Lægerne passer ikke altid til dette idealistiske billede med deres profitsøgende tilbøjeligheder og deres magtbegær. Så vidt jeg kan se, er Webers to metamorfoser to sider af samme sag, ved den første fokuserede han på et erhvervs funktion, ved den anden på dets moral. Begge undergik i den tidlige kapitalisme en forvandling mod den rationelle ekspertise.

De fleste sociologer efter Max Weber er enige i tesen om kaldets sækularisering og peger ud over kapitalismen på yderligere to faktorer, som nok står i gæld til samme kapitalisme. Den første var den franske revolution, hvor man pludseligt hyldede en demokratisk-egalitær lægmandsmodel og stort set afskaffede alle tre erhverv samt deres uddannelsessteder, fordi man mente, at alle borgere enten kunne helbrede eller forsvare sig selv eller i det mindste finde frem til den bedste hjælp. Selv om den kun stod ved magt i en kort overgang, fik denne model i perioder stor indflydelse både i USA og i andre liberale og demokratiske samfund.⁶

Naturvidenskaberne virkede ligeledes verdsliggørende og det på mindst to måder, dels ved en udvidet anvendelse af mere og mere avanceret teknik – f.eks. ved bedøvelse og generel brug af instrumenter –, og dels ved anvendelse af statistiske metoder på de områder i lægeviden-

⁴ Max Weber (1921) s.551ff, særlig s.578. Det var på en lidt anden måde den samme værdidualisme mellem det brede kulturideal og den snævre ekspertviden, der 200-300 år efter den begyndende kapitalisme diskuteredes blandt oplysningstidens og det 19. århundredes dannelsesborgerskab. De havde deres nyhumanistiske kulturelle idealer, som resulterede i gen/nyoprettelser af de centraleuropæiske universiteter omkring 1800. Fagligheden tilgodesås først nogle årtier senere med oprettelsen af de tekniske højskoler, som blev nødvendige under industrialiseringen, og som hurtigt voksede sig stærke. Den kraftige tidsforskydning mellem den metamorfose, som Max Weber påpegede, og den dannelsesborgerskabet måtte bøje sig for, skyldes, at Weber vægtede den begyndende kapitalisme stærkere end de konsekvenser, som dens egentlige gennembrud medførte.

⁵ Max Weber (1920) s.30ff; 62ff (særligt også noterne s.63-69); s.74ff; s.163ff og s.175f

⁶ Siegrist s.23.

skaben, hvor mange patienter var involverede, så som på hospitaler og ved epidemier.⁷ Det var netop her den medicinske statistik opstod og florerede for i hvert fald fra ca 1900 at [langtids-] kulminere i de mange såkaldte »kliniske forsøg«-rækker.⁸

Som Max Weber mente sociologen *Talcott Parson* i 1939, at moderniseringsprocessen, som var igangsat af kapitalismen, krævede fagviden og faglige tjenesteydelser.⁹ F.eks.havde den ekspanderende markedsøkonomi brug for retssikkerhed i de nye kontraktforhold for de forskellige forretninger. Behovet var konstant stigende, da statens beføjelser og opgaver voksede under absolutismen, og det var velstøttet af den kameralistiske og politisk-filosofiske lære om velfærd og lyksalighed, hvori retsbeskyttelsen og sundhedspolitiet var væsentlige emner. Parson sammentænkte Max Webers to slags forvandlinger ved at mene, at der sattes et professionelt tjenesteideal.¹⁰ Derfor holdt eksperterne en klar distance til det fremstormende og profiterorienterede bourgeoisie.¹¹

Efter Parson forlod man foreløbig den historiske tilgang til spørgsmålene om professioner, deres evt kaldsindhold og sækularisering af samme, idet man nu konsekvent helligede sig nutidsbeskrivelser af de enkelte professioner eller professionen som helhed, særlig relateret til angelsaksiske samfundsforhold. Debatten blev med andre ord et internt sociologisk anliggende, hvilket tydeligt bliver demonstreret ved det katalog, som den tyske sociolog *H.A.Hesse* har udarbejdet over de karakteristika, den angelsaksiske forskning har fundet frem til for professionerne, i alt 18(!)¹² Hovedresultatet blev klart i ekspertisens favør, men det altruistiske, kaldsspecifikke suppleret med Parsons tjenesteydelsesideal blev ikke glemt. Man fremhævede også den økonomiske og sociale prestige, erhvervene medførte. Stort set blev det dog mest til et definitionsstrategisk spil at få »modeller« op at stå, som man ambitiøst kaldte for »idealtyper«, der markerede eventuelle sammenhænge mellem

⁷ Således afledes heraf netop den moderne medicinske videnskabsgren »epidemiologi«, der, så vidt jeg har forstået, er en udvidet form for statistisk medicin. (Se A. Foldspang).

⁸ Det er bl.a. dette punkt Foucault retter sit skarpe skyts imod, især i sin bog om klinikkens fødsel, som skal behandles senere.

⁹ Parson s. 457ff.

¹⁰ Parson s. 464ff.

¹¹ Dog mente Parson i et selvkritisk øjeblik, som er gået forbi en række af hans referenters opmærksomhed, at eksperterne og bourgeoisiet i princippet alligevel har den samme holdning, siden begge eftertragter succes, de går ind for en rationel og pragmatisk tænkning, der godt kan indsnævre fagenes interesse. Kun Röchemeyer har set Parsons skruper, s.314.

¹² Se tabellerne s.40ff, særlig s.46-47.

de nævnte karakteristika. Som Rüchemeyer bemærker, var det et spil om sprogproblemer og kun indirekte om saglige problemer, som det så tit er tilfældet ved formuleringer af den slags.¹³ Vigtigt er dog, at debatten holdt sig på et, omend ikke altid klart positivt, så i hvert fald på et stort set værdineutralt plan.

Den amerikanske sociolog *William J. Goode* tilførte debatten en interessant ingrediens, der siden blev en af de vigtigste, nemlig den om professionernes magt, autonomi og sociale og arbejdsmæssige kontrol. Han påpegede, at det kun var professionerne selv og deres organisationer, der kunne og måtte kontrollere medlemmernes ydelser, idet kun de havde den nødvendige ekspertviden. Til gengæld var professionerne interesseret i perfekt arbejde, også fordi klienten eller patienten normalt indgik store risici, som ikke kunne erstattes med penge. Tit var der yderligere et socialt kulturelt afhængighedsforhold, et tillidsforhold, mellem ekspert og klient eller patient, således at klager og kritik ville ødelægge forholdet.¹⁴

Goode var endnu værdineutral i sin fremstilling. Hans påpegninger medførte dog et skift fra den modernoptimistiske til den fra nu af altdominerende negative holdning. Den gik fint i spand med den antiautoritære æra fra sidst i 60'erne, der også gav en opkommende konfliktforskning de bedste levevilkår. Man satte spørgsmålstegn ved den funktionalistiske tilgang, og man efterlyste den historiske baggrund for modellerne. Man betvivlede, om der overhovedet fandtes empirisk dokumentation for, at professionelle privilegier som autonomi, indtægt og anseelse skulle være tæt forbundet med virksom selvkontrol og pletfrit professionelt arbejde. Det kunne lige så vel tænkes, at de samme privilegier var udtryk for professionernes magtressourcer.¹⁵ Her påstod den amerikanske sociolog *Eliot Freidson* helt eksplicit, at lægeprofessionen udnyttede sin magt og gjorde det på det groveste, da den i forskellige administrative sammenhænge (f.eks. sygekasserne) alene skulle definere, hvad der var sygdom og hvad ikke, en magt, som ikke engang troldmanden i den tredje verden havde.¹⁶ Samtidig siger Freidson, at sygdom

¹³ Rüchemeyer (1980) s.315.

¹⁴ Goode (1957) s.194; 196ff og (1960) s.902ff. Det er forbavsende, at Hesse slet ikke har magt- og kontrolaspektet med i sit katalog, hvor Goode ellers figurerer.

¹⁵ Rüchemeyer (1980) s.316.

¹⁶ s.205ff. Freidson inddrager adskillige gange antropologers resultater fra deres feltundersøgelser. – Interessant i denne sammenhæng er det også, at befolkningen, da sygekasserne krævede disse attester, opfattede det som ganske rimeligt, og ikke som kontrolmoment. Det er efter mine undersøgelser af sygekasserne noget, enkelte samtidige arbejdsgivere (Gökenjan s.348 og 376ff) og en senere kritisk generation har lagt i det.

er en lægeskabt social afvigelse fra det normale(!). Her er han helt på linie med Foucaults tanker fra tiåret før, som vi vil høre nærmere om.¹⁷ Han betvivlede også, at den højtestimerede selvkontrol blev håndhævet så selvansagende, og at den var så udpræget og autonom som påstået, for med hensyn til det sidste havde staten generelt og især statsmagterne i det kontinentale Europa en masse at skulle have sagt, noget Max Weber jo allerede havde været inde på. Heller ikke den hierarkiske struktur inden for professionerne og de eventuelle konsekvenser heraf havde sociologerne taget højde for indtil da.¹⁸

Det andet hovedkritikpunkt var modellernes historieløshed, og det var især *Magali Sarfatti-Larson* og *Dietrich Rüschemeyer*, der prøvede at rette op på det. Med udgangspunkt i nutidige professioners ønske om at få en monopolstilling på markedet ville Sarfatti følge rødderne tilbage: Da markedet er afhængigt af samfundets socialstruktur, konkluderede hun ikke overraskende, at professionerne først kom med og derfor var særlig tæt knyttet til industrialiseringen og markedets udvidelse, idet det lykkedes de gamle erhverv både at tilpasse sig de nye videns- og modernitetskrav og at forøge deres klientels antal gevaldigt,¹⁹ hvilket skete i løbet af det 19. århundrede. Sarfatti og mange af de senere sociologer taler altså også om en form for metamorfose eller tilpasning, men den ligger 200-300 år forskudt i forhold til Webers tidsregning og er på linie med datidens borgerskabs egen opfattelse.²⁰ Uden dog at henvise til disse to forfattere prøvede den tyske sociolog *Albert Mok* at manøvre sig uden om dette tidsmæssige problem ved at lancere to professionaliseringsprocesser, den første foregik før industrialiseringen, og den gjaldt de gamle – og den gang eneste – professioner, nemlig læger, jurister og præster. De bevarede en sækulariseret kaldsmæssig holdning efter Parsons tjenesteydelsesideal, hvor lægens forhold til patienten var det vigtigste. Samtidig udviklede lægerne en form for integritet – dvs de fik indprentet og respekteret, at de var pletfrie og ukrænkelige – den har de prioriteret højest lige siden. Den anden proces foregik under industrialiseringen og blev derfor meget mere naturvidenskabelig og teknisk

¹⁷ Freidson (1970) s.206ff. Foucaults tese om medikalisering af befolkningen finder vi ligeledes hos Freidson (s.132f). Freidson har ingen henvisning til Foucault, hans »slægtskab« er dog på i hvert fald de to nævnte områder ganske åbenbart!

¹⁸ Freidson (1970)særligt s.XVIIIff og s.71ff; Rüschemeyer (1972) s.6ff; samme (1980) s.316ff og Huerkamp (1988) s.14ff. Kun bogstav K i Hesses katalog, som også kun tre af ham undersøgte værker nævner, indikerer et hierarki.

¹⁹ Sarfatti-Larson (1977) s.Xff; s.2ff; s.208ff og passim. se også Rüschemeyer (1973) s.254ff

²⁰ Se note 4.

orienteret, den affødte kemikere, teknikere etc., hvor professionens videnskabelighed blev sat i højsædet.²¹ Disse to faser opstod successivt, men kunne udmærket udvikle sig parallelt sidenhen. Mok blev af den unge Sarfatti-inspirerede socialhistoriker *Claudia Huerkamp* kritiseret for at have overset det mest væsentlige, nemlig at også de gamle professioner undergik en forvandling under moderniteten.²² Det, mener jeg dog, kun delvist er rigtigt, da det er svært at få øje på forvandlingen for præsters og juristers vedkommende.²³ Den er til gengæld eklatant som paradigmeskift for hospitals- og forskningslægerne, både hvad den statistisk-kliniske metode, specialiseringen og den tekniske udvikling angår, mens de praktiserende læger kun langsomt fulgte med i det sidste.

Ellers er kritikernes konsensus forbløffende, og det har medført, at sociologer – nu også fra andre lande end de angelsaksiske – stort set kan acceptere en idealtipe for professioner, som ifølge sagens natur er noget abstrakt.²⁴ Den indeholder en del af de allerede nævnte ingredienser centreret om kvalifikation og autonomi og gælder for udviklingen i de tre gamle akademiske erhverv fra oplysningstiden til vore dage.²⁵ Til kvalifikation hører en systematisering og formalisering af en *længerevarende* uddannelse, således at alle eksperter inden for samme fag blev socialiseret og homogeniseret – men kun hvad uddannelsen og bestemt ikke hvad gagen angik. Alle andre blev udelukkede. Dette kunne man f.eks. tydeligt se på lægernes hetz mod deres konkurrenter, de lavere uddannede kirurger og de ikke-uddannede »kvaksalvere«. En bedre kvalifikation skulle man – helt i tidens ånd – kunne opnå ved naturvidenskabeliggørelse.

Autonomi falder i to grupper, dels den, som den enkelte ekspert qua sin viden har over for lægbefolkningen, og dels den kollektive autonomi, som eksperternes stærke organisationer har over for ethvert tiltag fra omverdenes side.²⁶ Det er vist mest med hensyn til det sidste, at

²¹ Mok s.776-781

²² Huerkamp (1985) s.19.

²³ Den eneste professionalisering, de efter min mening har gennemgået, er, at også de har fået fagforeninger, som kan sørge for standens vel.

²⁴ Det skal dog ikke forstås på den måde, at der er udviklet én og kun én model, det er nærmere en kasse med forskellige ingredienser, som af de fleste er accepteret som typiske og for største delens vedkommende nødvendige for en indholdsbestemmelse af en sækulariseret profession. Denne kasse er væsentlig mindre end Hesses, og ingredienserne er ofte sat i monokausal sammenhæng.

²⁵ Fra 1880'erne regnes måske de naturvidenskabelige og tekniske ekspertstillinger med, som kemikere, arkitekter og ingeniører, de spiller dog i vores sammenhæng ingen rolle.

²⁶ McClelland s.241.

sociologerne har set sig gale på lægerne, der under enhver form for anklage kan skjule sig bag fagforeningernes høje mure, f.eks. ved patientklager, der efterses ved æresdomstole – i Danmark i et udvalg under Sundhedsstyrelsen – hvis »dommere« er læger. Organisationerne har også sikret eksperterne en høj indtægt og tilsvarende social prestige samt monopolkrav.

Til trods for enigheden omkring denne generelle model er man klar over, at den må splittes op i en angelsaksisk og en kontinentaleuropæisk, idet staten med sit velfungerende bureaukrati på kontinentet havde blandet sig meget mere i processen end tilfældet var i England og USA. For eksempel foregik lægeuddannelsen i de sidst nævnte stater på private institutioner, på kontinentet foregik den på de forskellige statslige universiteter, hvor også statsudpegede komiteer afholdt eksaminerne.

Denne idealtipe blev siden afprøvet på enkelte professioner²⁷ og på forskellige lande, resultaterne blev forelagt på kongresser og samlet i diverse antologier. I det senere »danske« afsnit er jeg særlig inspireret af dem, der er blevet til i forbindelse med det store projekt omkring den tyske arbejdsgruppe for modern socialhistorie. Mere eller mindre i gruppens regi afholdtes i 1980'erne en række symposier, især på Center for tværfaglige studier i Bielefeld. Omtrent et hundrede internationale forskere har været tilknyttet, og tværfagligheden i deres sammensætning har været eksemplarisk.²⁸

Var de første sociologer efter Weber måske lidt naive i deres tro på og beskrivelse af professionerne, så er det mit klare indtryk, at den efterfølgende generation fra 1960'ere og 1970'ere, som var alt for antiautoritær og nykritisk i forskellige ideologiske afskygninger, havnede i den modsatte grøft. Sociologerne er for konflikts- og monokausalitetsfikserede grundet deres opfattelse af kapitalismen som roden til alt ondt. Heller ikke deres form for fremstilling, den genealogiske, synes jeg, er den mest givtige. Da den vil følge nutidige fremtrædelsesformer tilbage til deres rødder, bliver det en strømlinet vej tilbage, hvor professionernes

²⁷ Schleder mann (1985) har til en vis grad ydet sit bidrag for de danske jurister. Men kun til en vis grad, da han med positiv udgangspunkt i professionsdebatten vil vise, i hvor høj grad juristerne i dag er i farezone for at gå tilgrunde som profession. (s. 26-44, især s. 39).

²⁸ Conze s.18; 25. Siegrist (1988) s.14f; Rottleuthner s.147; McClelland s.237. – Et nyt skandinavisk skud på professionsforskningsstammen er en foredragsantologi fra temagruppen »Professionalisering og konfliktteori« i Uppsala i 1989. Her har man bevidst beskæftiget sig med nutidsfænomener, og kun et lille indledningskapitel tegner det historiske og historiografiske perspektiv. Den bringer ikke noget nyt i vores sammenhæng, men virker meget tankevækkende for vurderinger om vor tids professionaliseringer, som opfattes som ren magtkamp.

adfærd bliver fremstillet alt for målbevidst og strategibestemt, til gengæld bliver datidens samfundsmæssige forhold og faktorer, der kunne have givet en anden forklaringsmodel, overset eller i det mindste nedtonet. Resultaternes »rigtighed« er garanteret a priori, fordi der tages udgangspunkt i vor tids fremtrædelsesformer.²⁹ Det kommer på sin vis tydeligt frem i retshistorikeren Helle Blomquists nye vægtige artikel om det danske sundhedsvæsen 1870-1890. Hun anfører, at hun som udgangspunkt tager en (rets)sociologisk professionsteori uden at ville forsøge at verificere den. Det er pædagogisk og fremstillingsmæssigt set måske forsvarligt, men forskningsmæssigt mere problematisk. Af alle problemfelter vælger hun desuden kun »den legale sfære« – lovgivningsarbejdet – hvor lægerne vil markere sig mest eksplicit som en evt. profession. Således bliver hendes lægeprofession netop målbevidst og strategibestemt.³⁰

Michel Foucault, en anden stor inspirator

Der er ingen enkeltperson, der på grund af sin faglige bredde og sine provokerende meninger har virket så inspirerende eller så forargende på så mange mennesker fra så mange forskellige fag, som *Foucault*. Hans emne er forholdet mellem ekspertisen og dens konsekvenser, eller med hans begreber forholdet mellem viden – magt – kontrol. Det ser i første omgang ud, som om det var den samme problemstilling som sociologernes fra 1960'erne, hvor man havde forladt kaldsaspektet og sat ekspertisen, der medførte autonomi og kontrol, i højsædet. Foucaults indfaldsvinkel er dog en noget anden. To af hans mange intentioner er for det første at finde ud af, hvordan det moderne menneske, som udmærker sig ved at se sig selv som både subjekt og objekt, blev født, og for det andet, hvornår de moderne magtstrategier og strukturer opstod. Som indikator mener han at kunne bruge netop begrebsparret *savoir/pouvoir*, der kunne føre rødderne tilbage til oplysningstiden. Før den tid havde mennesket kun opfattet sig selv som subjekt. Det var lægerne, der fra den

²⁹ Noget helt andet er så, at der i vort moderne samfund er sket en iøjnefaldende ændring af begreberne profession og professionalisering. Mange med en korterevarende ekspertisegivende mellemuddannelse så som sygeplejersker, journalister, folkeskolelærere og socialrådgivere henregnes nu til professionerne. De har det til fælles, at de er i konflikt med enten staten eller andre fra deres omgivelser. Dette bliver eksemplarisk belyst i Selanders antologi.

³⁰ s.223; s.252 og passim. Til trods for det noget snævre legale problemfelt favner Helle Blomquist imponerende vidt i sin fremstilling, mange af hendes iagttagelser maner i øvrigt til eftertanke. I afsnit II vil nogle af hendes ræsonnementer blive taget op.

tid af stod for objektivering. Deres viden havde indtil da været rationelt betinget og manifesteret sig i nosologien.³¹ Patienten havde ikke været et objekt, men subjektet, der leverede en sygdom, der skulle klassificeres og tilordnes de kendte eller endnu ukendte arter. De naturvidenskabelige fag, der siden renaissance havde fået det store opsving og nydt høj anseelse, gjorde, at også lægerne fik lyst til samme »videnskabeliggørelse«. Det gav sig udslag i, at de vendte deres blik imod det afdøde menneske, der blev dissekeret, hvilket gav mulighed for anatomisk-patologiske, rene empiriske iagttagelser.³² Lægernes ekspertise, deres viden og metode undergik et paradigmeskift fra den klassificerende nosologi til den registrerende empiri. Den blev, mener Foucault, startskuddet for den positivistiske forskning, der i hvert fald for humanvidenskabernes vedkommende blev den altafgørende »metode« i det 19. og måske også i det 20. århundrede. »Metamorfosen« sker altså hos ham lige midt imellem de tidspunkter, Weber og Sarfatti udpegede. Lægernes dygtiggørelse, vejen til ekspertisen, krævede mange lig; dem kunne et hospital levere, hvis det var af den moderne somatiske og terapeutiske slags, der kun tog sig af syge og ikke længere af gamle, forældreløse eller andre uselvstændige fattige. Disse moderne hospitaler havde for lægerne den ekstra fordel, at patienten blev flyttet fra hjemmet, der var hans domæne, til hospitalet, der var lægens. Det var yderligere med til at objektivere patienten, der hidtil havde været subjektet i patient-lægeforholdet, fordi han som lægens arbejdsgiver var den dominerende part. Etableringen af de moderne hospitaler krævede statens hjælp, staten skulle overbevises herom og blev det. I oplysningstiden finder vi derfor, men kun for en stund, et fint samarbejde mellem lægerne og staten.³³ Det kom dog hurtigt til magtstridigheder, for lægernes øgede viden gav dem også magt. Denne magt er dog ikke noget absolut, den er ikke så meget en gruppes, en klasses eller statens eje, men en strategi, der gennemsyrrer hele samfundet og ligger latent for at blive grebet.³⁴ Konkret ser det for Foucault således ud: Lægerne havde kun magt på deres ressortområde, som for eksempel på et hospital, mens det var staten, der havde magten over lægerne og kontrollerede dem. Her kommer han altså til samme

³¹ Den sygdomslære, der klassificerer de enkelte sygdomme ved hjælp af den deduktive metode.

³² For Foucault er det en ekstra pointe, at det først er døden, livets nat, der gør det muligt. Siden denne for filosofen spændende implikation ikke har videre interesse i vores sammenhæng, skal der ikke gøres mere ved den her.

³³ Klinikens Fødsel, særlig kapitlerne I, IV og V, men også passim.

³⁴ Dette har Foucault først eksplicit analyseret sig frem til i sine sidste bøger, i de tidligere værker havde han en mere kontant opfattelse af magten.

resultat som Freidson og senere sociologer, når de taler om den kontinentaleuropæiske model. Det er dog ikke primært via den bureaukratiske statsidé, at Foucault når frem til sin konklusion, men igennem sine undersøgelser af samtidens kulturelle opfattelse af de patologiske mennesker. Til dem hørte alle, der afveg fra samfundets norm- og moralbestemmelser, de gale, de syge, forbrydere, sexafvigere etc etc.³⁵

Selv om Foucault kun ville se på og beskrive, hvordan lægevidenskaben blev til humanvidenskabernes Moder, blev det magtstrukturerne – som han havde været i konflikt med i sit engagerede liv, og som han fulgte til deres historiske begyndelse – der styrede hans blik. Han etablerede derfor en lægestand, der kontrollerede befolkningen, medikaliserede den, og som selv blev kontrolleret af staten/samtiden.³⁶ Hans dokumentation er, at der sidst i og efter napoleonstiden er blevet indført en statsdefineret lægeuddannelse, oprettet medicinskoler og spredt et net af læger ud over hele landet. For mig at se er det ikke sket primært for at kontrollere, men for at hjælpe de syge, således at de kan optages i en sund arbejdsskare igen. Jeg kan heller ikke akceptere hans påstand om, at det skulle være udslag af et kontrolelement, at lægerne med jævne mellemrum skulle rapportere til de lokale myndigheder om fødsler, dødsfald og sygdomme mm. Det kunne mindst lige så vel være et udslag af den merkantilistiske stats interesse i trivlsen af den selvsamme sunde arbejdsskare. Det var den samme intention, der styrede befalingen om at forfølge kvaksalvere, hvilket de etablerede læger – sikkert med stor fryd – skulle tage sig af. Resultatet blev i hvert fald en monopolisering for lægestanden, som Foucault også fik professionaliseret i samklang med de angelsaksiske sociologiske resultater.

Det er måske ganske interessant at se, at begge inspiratorer, Foucault og sociologien, fra hver sin indfaldsvinkel nåede frem til de samme, dog noget diskutabile resultater, omkring begreberne overvågning, kontrol, magt, disciplinering³⁷ og medikalisering, uden dog offentligt at ville stå ved dette slægtskab. At de nåede til samme opfattelse skyldes først og fremmest, at de, samfundskritiske som de var, ville følge rødderne til de negative sider i deres samfund tilbage ved hjælp af den genealogiske

³⁵ Udforskningen af disse grænsegængere, -overskridere og i særdeleshed udforskningen af samtidens kulturelle opfattelse af dem, mener Foucault, kan være det mest givtige til at karakterisere det normale objekt, altså det objektiverede menneske.

³⁶ Foucault (1963/73) s.62ff og 95ff, i denne bog bruger han endnu ikke termen medikalisere den hører hans seneste værker til, men meningen er allerede klar.

³⁷ Allerede Weber havde ophøjet »disciplin« til nøglekategorien for det moderne samfund, noget Foucault begejstret havde overtaget. En udmærket lille redegørelse for disciplinerings »historiografi« findes hos Stefan Breuer.

metode,³⁸ som jeg altså finder noget problematisk. – Begge har dog sandeligt formået at inspirere mange til lignende undersøgelser.³⁹ Det vil jeg vende tilbage til under gennemgangen af den socialhistoriske forskning.

Det anti-modernistiske budskab

Foucault og sociologerne siden 1960'erne havde med deres engagerede provokation gødet kritikens grund, men at der ville fremkomme så kraftige [vild]skud som *Ivan Illichs* og *Thomas McKeowns* bøger havde vel ingen forventet. Forklaringen på de sidstes opfattelser ligger i den almindelige samfundslede generelt, og oliekrisen specielt, der blandt andet satte spørgsmålstegn ved velfærdsstaten. De to slog helt back, udpegede lægevæsenet til deres prügelnabe og gik så igang. Ivan Illich er kosmopolit (født i Østrig, opvokset rundt om i Europa, emigreret til USA, siden bosat i Sydamerika) med tværfaglighed som speciale, han har læst nogle naturvidenskabelige fag og har taget eksamen i historie, filosofi og teologi. Thomas McKeown er professor i socialmedicin, begge er trods deres meget forskellige baggrund enige om lægernes og medicinenes ødelæggende i stedet for helbredende rolle. Selv om de ikke selv ønsker at blive skåret over én kam, skal de behandles under ét her, siden deres animositet og de deraf følgende teser er de samme.⁴⁰ Foucaults »medikalisering af befolkningen«, den medfølgende »helbredsekspropriation« og sociologers hadefulde påpegning af de stærke fagforeningers demoraliserende virkning på professionerne inspirerede de to herrer til at mene, at hele lægestanden i bedste fald var nytteløs, men for det meste

³⁸ Foucault har igennem sit forskerliv benyttet sig af forskellige metoder. I 1960'erne brugte han den »arkæologiske« metode, der ved hjælp af rendyrket empiri skulle vise »den lykkelige positivist«, hvordan noget var opstået. I 1970'erne var det den af Nietzsche inspirerede »genealogiske« metode, der skulle afklare, hvordan noget havde udviklet sig. Begge metoder er dog udsprunget af ønsket om at finde oprindelsen for eller rødderne til nutidsfænomener. Hans måde at dokumentere på er uacceptabel for den kildekritisktrænede historiker, idet Foucault frejdigt citerer masser af kilder uden dog nogensinde at gøre sig tanker om deres repræsentativitet. Jeg må dog indrømme, at Foucault et sted nævner, at de bedste kilder til sin historie fandt han i de mindre betydelige forfatteres skrifter! - Til gengæld holder han sig ikke synderlig til dem.

³⁹ Foucault har også virket gevaldig igangsættende på nogle »hverdagshistorikere« med hygiejnisk blik, således at de tog de mest hverdagsagtige emner op, så som vandets og sæbens (Vigarello), duftens (Corbin), og sågar »Lortens« historie (Delaporte). Det er fornøjelig læsning.

⁴⁰ McKeown tager i sit forord højlydt afstand fra deres slægtskab og påpeger, at hans og Illichs bog ikke har mere tilfælles end Biblen og Koranen, hvor kun det, at de beskæftiger sig med religiøse emner, kan kæde dem sammen – (sans comparaison!)

sundhedsfarlig,⁴¹ og faktisk altid havde været det. De bringer en masse eksempler herpå. De store lægevidenskabelige opdagelser havde så godt som aldrig noget med lægernes viden at gøre (et eksempel er penicillinen), lige så lidt som de holdt de store epidemier fra døren. Således havde koleraen forlængst været tæmmet, inden Koch opdagede koleravibrionen. Det sidste er helt forkert, dels grasserede koleraen i Hamborg endnu ti år efter Kochs opdagelse,⁴² og dels var det netop lægerne, der via opråb om hygiejne og sund mad havde forbedret almentilstanden. Dermed er vi ved forfatterens grundtese, i.e. budskab, at sygdomme skyldes omverdenen og underernæring, det første kan kun en bedring af miljøet, det sidste en bedring af fødevarerituationen helbrede. I stedet ordinerer lægerne medicin, som ødelægger vores helbred, således at der nu sluges piller som aldrig før.⁴³ Dertil er for det første at sige, at skylden nok ikke ensidigt skal placeres hos lægerne, da mange så sent som endnu i 1960'erne og 70'erne, da bevidstgørelsen omkring disse ting endnu ikke var slået igennem, forventede at få ordineret et eller andet, når de var kommet i konsultationen. For det andet har lægerne altid været klar over ernæringens og omverdenens indflydelse på sundhedstilstanden.⁴⁴ Under koleraepidemien var de således de første, der sørgede for, at der organiseredes billig eller endog gratis mad til de fattige, samt at den offentlige og private renlighed blev eftersat. Det var også lægerne, der blev placeret på de nye lærestole i hygiejne, der blev opslået rundt omkring efter koleraen. En anden læge, Cabanis, havde allerede i oplysningstiden sagt, at sygdom skyldtes samfundets fejltagelser. Problemet er ganske enkelt det, at selv om lægerne forlængst havde erkendt hovedårsagerne til sygdomme, kunne de ikke med ét lave om på et helt samfund!

Den sidste ting, der skal tages frem, er de to forfatteres påstand om, at det aldrig har været meget bevendt med lægernes viden. Det er ikke dem, vi skal takke for, at vi nu lever længere, det er udelukkende vores højere levestandarder skyld. Det er vel stadig lægerne, mener jeg, der øger vores livskvalitet i disse vundne år, f.eks. ved hjælp af stær- eller hof-

⁴¹ Det sidste er også tæt op af Shaws satire over standen »The Doctor's Dilemma«.

⁴² Nok havde Koch svært ved at vinde gehør over for nestoren i koleraforskningen Pettenkofers miasmatiske teser, men lægeverdenen generelt havde forlængst akcepteret smitteteorien, den kunne dog ikke i bystyret gennemtrumfe den øjeblikkelige nødvendige karantæne. Se nærmere i del II.

⁴³ Illich s.61

⁴⁴ Hippokrateres' skrifter fra o.400 før vores tidsregning gør omhyggelig rede for det. Ligeledes finder vi årlige optegnelser herover i medicinalberetningerne, som lægerne i det sidste århundrede i de fleste vesteuropæiske lande skulle sende til sundhedsstyrelsen. Også fra de mellemliggende godt 2000 år findes masser af vidnesbyrd herom.

teoperationer.⁴⁵ Yderligere har lægerne, siger de, heller ikke kunnet løse kræftens, blodproppens eller nu AIDS's mysterier. For mig at se lader det til, at så længe vi ikke er udødelige, går det ud over lægerne, som vi mener burde være vores sundhedsvogtere.

De to forfatteres bøger har smittet mange forskere siden. Det er blevet kutyme i den socialhistoriske forskning enten at lægge ud med eller i hvert fald at referere til denne kritik af det nutidige lægevæsen, sundhedsvæsen m.m.⁴⁶

Socialhistorikerne

Socialhistorikerne har ikke beskæftiget sig så intensivt som sociologerne med en teoretisk bestemmelse af lægerne eller en profession, de har alle dage haft en god forståelse for empiriens nødvendighed. Siden 1950'erne har de i vores sammenhæng markeret sig på to hovedområder, begge baseret på la longue durée, dvs de langfristede udviklingsprocesser: det historisk-demografiske og det mentalitetshistoriske. Inspirationen kom begge gange fra Frankrig, fra Annales-skolen, og bredte sig som ringe i vandet til England, Tyskland og de skandinaviske lande. De har naturligt nok lagt hovedvægten på den almindelige befolkning og mindre på lægerne.⁴⁷ Men da det store tema »hverdagshistorie« begyndte at udkrystallisere sig fra 1970'erne, kom også lægerne i søgelyset. Resultaterne er som nævnt karakteriseret ved en prisværdig tværfaglighed. De for mig at se mest inspirerende værker er en række antologier redigeret af Arthur Imhof og Roy Porter og tre af de seneste tyske monografier.

Artiklerne i *Arthur E. Imhofs* forskellige antologier afspejler netop udviklingen i socialhistorien væk fra demografien med dens særegne glæde over statistisk-matematisk materiale og medfølgende grafer, tabeller og regnestykker, hen imod mentalitetshistorien. Repræsentanter for denne linie er f.eks. Lebrun, Goubert, Gelfand, Le Roy Ladurie og Vovelle, pestforskeren Biraben, Robert W.Lee, R. Spree og Imhof selv. Her vil jeg gribe en artikel ud, der efter min mening giver nogle fine vink om metodiske muligheder. Sammen med sin norske kollega socialmedicinhistorikeren *Øivind Larsen* har Imhof udviklet en lille model, hvis egentlige formål er at vise variationer af sygdomsopfattelser i historiens løb, som de kommer til udtryk for i lægernes medicinalberetninger. Da

⁴⁵ At mange må stå i kø for det i årevis er ikke udelukkende lægernes skyld.

⁴⁶ f.eks. Roy Porter s.2f; Göckenjan s.10ff og 21ff; Huerkamp s.9ff; Frevert s.11.

⁴⁷ Se f.eks. den fine gennemgang for Annales-skolen hos Toby Gelfand, samt flere andre artikler i samme antologi.

lægen i denne sammenhæng er den centrale figur, får vi også et godt billede af ham.⁴⁸

Roy Porter vil med sin bog dels gøre status over nogle af de metoder og problemer, medicinhistorikere støder ind i, og dels diskutere nye metoder. Han har valgt tre hovedemner ud, nemlig medicinhistorikernes forbindelse med Frankrig – både med Annales-skolen og med Foucault – problemer omkring kvantitative versus kvalitative metoder, samt edb-behandling af medicinernes store materiale. *Colin Jones'* artikel om medicinstudierende i Montpellier i det 18. århundrede er måske forskningsmæssigt ikke den mest opsigtsvækkende, men alligevel tankevækkende. Jones har taget fat i det foucaultske problem om medikalisering. Han vil vise, at medikaliseringen, som den »geniale Foucaults indsigt« har fundet frem til, ikke først skete i det 19. århundrede, men allerede i århundredet før. Hans argumentation er dels, at lægerne også dengang var veluddannede og dels, at de mødte et medicinsk set meget interesseret publikum. Hans materiale virker dog spinkelt, vi hører næsten ikke noget om medicinstudiets indhold, og hans dokumentation om det oplyste publikum hviler på nogle få indberetninger fra sygeplejersker fra byens Hôtel Dieu. Der klagedes over de mange tilskuere – også af ikke-studerende – ved operationer. Det kan vel lige så vel være et udslag af sensationslyst. – Jones kaster det interessante problem op, hvem det egentlig er, der medikaliserer, lægerne eller befolkningen. Han mener, at det godt kunne være den sidste, der fremsatte krav i denne retning, al den stund den allerede var så interesseret, og også det, at der fandtes mange læger, kirurger og kvaksalvere, trækker i samme retning.⁴⁹ Regner Jones folkemedicinens kvaksalvere med, burde han tage skridtet fuldt ud og gøre opmærksom på, hvor interesseret og velforsynet med gode råd menigmand har været.⁵⁰ Men er det virkelig det, Foucault mener med befolkningens medikalisering⁵¹ og ekspropriering af dens sundhed?⁵²

⁴⁸ Ø. Larsen (1980). Model og skema s.52 og s.54.

⁴⁹ C.Jones s.74f

⁵⁰ Ute Frevert s. 50f. Anna-Elisabeth Brade s.11-43, især s.18, hvor hun citerer to lægers indignation herover i 1793.

⁵¹ Medikalisering betyder en hel befolknings integration i et system af »medical institutions and social norms, that regulated and controlled rational and prudent health behaviour«. Således citerer Jones selv sin læremester (s.57). Så »rationelle« forekommer hverken kvaksalvere eller folkemedicinen altid at være! – Desværre kan citatet ikke findes, da hans henvisning til »Surveiller et punir« er fejlagtig (både sidetallet og selve bogen), det er ikke her, Foucault arbejder med medikalisering. Det gør han derimod i artiklen La politique de la santé au XVIIIe siècle; i Les machines à guérir. s. 7-18, hvori han anvender begrebet og beskriver netop sundhedspolitikken ud fra datidens rationelle tiltag.

⁵² Man kan ikke just påstå, at Århus Amts Forebyggelsesråd og dets læger illustrerede

De næste og sidste tre værker er skrevet i Tyskland, det er som nævnt særlig dér, man dyrker den tværfaglige socialhistoriske forskning, som er teoretisk inspireret og empirisk vel underbygget. Alle tre værker tager udgangspunkt i de sociologiske modeller, i Foucault, i den demografiske og især i den mentalitetsprægede socialhistorie, dog med forskellig tilgang til og vægtning af de samfundsmæssige forhold. Således er hovedkraften i *Gerd Göckenjans* bog med den dobbelttydige titel »Kurieren und Staat machen«⁵³ borgerskabet, der var helt »besat« af forestillinger om sundhed.⁵⁴ Da lægerne socialt, ideologisk og politisk set kom fra denne gruppe og fik en total opbakning herfra, var det i realiteten dem, der havde den afgørende magt. Derfor bliver historien om sundhedsopfattelserne uadskilleligt forbundet med historien om lægernes professionspolitik.⁵⁵ De udviklede sig til den arrogante, selv i dag ikke synderligt kyndige, men til gengæld veletablerede profession med de efterhånden kendte attributter. Staten derimod var, omend ikke en natvægter, så dog kun en baggrundsfigur, indtil den trådte mere aktivt ind på scenen ved oprettelsen af sygekasserne. Göckenjan er ideologisk, teoretisk og meto- disk⁵⁶ mest afhængig af Foucault. Hans bog skal være en genese for en samfundsmæssigt bestemt form for magt og kontrol over folks helbred, støttet og legitimeret af et borgerskab og staten, der havde ligeledes sine interesser her, da lægerne kunne hjælpe til ved disciplineringsprocessen. Den var nødvendig for industrialiseringens gennemførelse. Göckenjan er godt klar over farerne ved en sådan genealogisk fremstilling, men skøjter normalt hen over dem.

Ute Frevert lader i sit fine arbejde om »sygdommen som politisk problem« helt klart staten være den vigtigste aktør. Hendes undersøgelse går ud fra den observation, at den preussiske stat udstrakte sin administration og politik til flere og flere områder af det private og offentlige liv. Hun følger trofast Webers ideer om den mere og mere magtfulde bureaukratiske stat, som altså også stod for samfundsgruppernes medika-

Foucaults tanker, da de for et par år siden husstandsomdelte en pjece, der opfordrer til »egenomsorg« og giver en masse råd dertil. Det må da være afmedikalisering af befolkningen!

⁵³ »Staat machen« betyder bogstaveligt at lave/oprette en stat, i overført betydning at prale lidt / skilte med noget, man har gjort (godt). Den sidste betydning blev efter min mening ikke udnyttet, og titlen indfriele dermed ikke min forventning til bogens underfundighed. Til gengæld elsker Göckenjan det oratoriske, han udtrykker sig med uhyggelig stilekvilibrisme og med flest mulige ord. Det vanskeliggør læsningen kolossalt.

⁵⁴ Også en term fra Foucaults *Sexualitetens historie*.

⁵⁵ Göckenjan s.2; s.15; s.412ff.

⁵⁶ som Foucault brillerer han normalt ved en ophobning af kildecitater uden overvejelser om repræsentativitet.

lisering og sygdommens og sundhedens politisering; her skinner en af Foucaults hovedteser tydeligt igennem.- Nok var udviklingslinien den, at statens sundhedspolitiske tanke gjaldt for alle i den merkantilistiske fase, og i første halvdel af det 19. århundrede kun for den sociale underklasse og siden industrialiseringen kun for lønarbejderne. Men i starten var statens magt og kontrol kun mild for dernæst at blive mere og mere autoritær med sygekasseloven som højdepunkt. Lægerne lukrede på denne udvikling, men al deres opgang – både konkurrencemæssigt, hospitalsudviklingsmæssigt etc – var udelukkende sket på statens initiativ og efter statens forgodtbefindende. Lægerne har tydeligvis ikke Ute Freverts interesse, de spiller en ret passiv rolle.

I *Claudia Huerkamps* bog, der efter min mening er den bedste om emnet, arbejder læger og stat mere jævnbyrdigt med og mod hinanden. Da hun helt eksplicit tager udgangspunkt i sociologernes, specielt Freidsons og Sarfattis pointer, får lægerne dog hendes største bevågenhed. Det er ikke urimeligt, da lægerne i begyndelsen af hendes periode nærmest stod ved nulpunktet i deres udvikling for i slutningen at have opnået alle en professions karakteristika. Frevert og Huerkamp prøver i modsætning til Göckenjan sobert at arbejde »på samtidens præmisser«, de har også nedtonet den gængse arrogante stil i lægehistoriografien. Selv om Freverts indgang kan synes vel politisk, hvorved problemstillingerne bliver set for meget gennem statens briller, lykkes det hende også at få synsvinklerne med »nedefra«.

Men alle tre værker er retrospektive i deres besvarelse af spørgsmålet, om befolkningen blev medikaliseret. De er enige om, at det blev den, men har forskellige årsagsforklaringer. Frevert ser det som en paralleludvikling til sygdommenes politisering, Huerkamp sætter det i sammenhæng med den generelle markedsudvidelse, og Göckenjan giver sygekasserne skylden, da disse ikke tillod præventive men udelukkende terapeutiske midler, det medførte både flere lægebesøg og øget ordinerings af medicin.⁵⁷

Inspireret af denne internationale forskning vil jeg prøve at undersøge problemerne i Danmark på samtidens egne præmisser. Jeg vil følge lægernes historie fra oplysningstiden til godt og vel forbi midten af det 19. århundrede. Vægten vil blive lagt dels på forholdet stat-læge: hvem der var primus motor under konstitueringen af et sundhedsvæsen og siden af en læge»profession«, og dels på selve professionaliseringsprocessen. Til den sidste findes en række gode spor, hvoraf jeg valgte fire, nemlig historien om sundhedskommissionernes oprettelse, lægernes vej mod en evt. monopolisering, deres placering i samfundet og lægernes reaktion i

⁵⁷ Her ser vi Illich og McKeown spøge!

den krisesituation, som koleraen fremkaldte.⁵⁸ Så væsentlige emner som sygehuse og sygekasser har måttet udgå her.⁵⁹ Mange forfattere har arbejdet med en to-fase-model, når de ville tegne lægehistorien, idet de dog havde forskellige opfattelser af kronologien eller indholdsbestemmelsen. Også den danske lægehistorie falder i to perioder, i den tidlige ca 1750-1800, hvor sundhedsvæsenet blev grundlagt, og den senere fra 1800 til engang ind i dette århundrede, hvor det blev udvidet og konsolideret.

II. Den danske lægestand ca 1750-1900

Konstitueringsfasen 1750-1800 for sundhedsvæsenet

Inden 1750 kan man næppe tale om læger i vores forstand eller et sundhedsvæsen, da der kun fandtes et ganske fragmentarisk behandlingssystem og enkelte forordninger. Der fandtes godt nok tre typer behandlere, men af de første to kun få. Det var dels de universitetsuddannede medicinere, der så godt som udelukkende var teoretikere uden praktisk(!) erfaring. Alligevel havde kun disse autorisation til at praktisere og at ordinere indvortes medicin. De boede så godt som udelukkende i hovedstaden og fungerede for det meste som hofmedicinere og universitetslærere med privat praksis i byen. Kun en håndfuld medicinere var strøet ud over landet som fysici, det var embedslæger, der efter reformationen skulle overtage kirkens omsorg på det helbredsmæssige område. De blev i de første mange år aflønnet med et kanonikat. I alt fandtes der i hele Danmark omkring 1750 ca tyve (!) medicinere. – Dels var der de håndværksmæssigt uddannede kirurger, der for det meste var udlærte barberere, og som kun måtte varetage udvortes behandling (f.eks. sår og benbrud). Dem fandtes der godt nok flere af, men ikke mange. Der var brug for dem ved militæret, og de arbejdede som privatkirurger for at tage sig af de mange ulykker, der også den gang skete i samfundet. Det var dog mest bybefolkningen, der tyede til dem, for ude på landet greb man helst til sin egen, sine venners eller de selvlærte »kloge« folks behandling. Nogle af dem havde fået autorisation på en enkelt behandlingstype som f.eks. åreladning. De »kloge« boede både i by og på land.

Dette system skulle forbedres, og ideen om at etablere et mere systematisk sundhedsvæsen er et typisk barn af oplysningstiden, nær-

⁵⁸ På grund af den manglende grundforskning på området kan jeg kun foretage skitsede strejftog.

⁵⁹ De er blevet analyseret i min afhandling om koleraen, som udkommer til næste år.

mere bestemt af den tyske kameralisme. Den tog sit udgangspunkt i den generelle merkantilistiske teori om statens ønske om at maksimere sin magt, sin økonomi og sin befolknings vel, men hvor det ved merkantilismen mest gjaldt om at have et stort handelsoverskud, måtte man i de tyske stater, der var mange og små, se mere introverteret på sagen. Det betød en kraftigere satsning på befolkningens kvantitet, med krav om en række – hvad vi nu vil kalde demografiske undersøgelser, og på dens kvalitet, nemlig med henblik på raskhed og styrke. Det sidste krævede foranstaltninger på to hovedområder, en generel forbedring i »sunde« tider og hurtige og effektive indgreb ved epidemier. Indtil da havde sygdomsbekæmpelsen udelukkende været af den terapeutiske slags, nu begyndte man også at få øjnene op for det præventive arbejde. Disse tanker og de mange andre, der mere direkte handlede om forvaltnings-sager, blev udformet af filosoferne allerede omkring 1700, fyrsterne syntes om dem og støttede tænkerne ved at oprette lærestole for dem. Fyrsterne efterlevede det, de fandt brugbart, og det var mest fra det administrative og demografiske område. Det gælder især for Frederik den Store, men også en række af hans forgængere og samtidige. De sundhedspolitiske spørgsmål lå foreløbig hen, indtil lægerne – de vigtigste var W.Th. Rau og især J.P. Frank – i midten af det 18. århundrede selv tog fat. Der kom adskillige værker om det »medicinske politi«,⁶⁰ som man forstod på mindst tre måder. Enten den generelle tilstand af god orden på sundhedsområdet, dvs. et velfungerende sundhedssystem på alle niveauer; eller det regelsæt, de love, der vedrørte systemet; eller også det mere snævre organ, der skulle vedligeholde den gode tilstand og varetage alle præventive foranstaltninger og bekæmpelsesopgaver.⁶¹

Der var mange felter, man måtte sætte ind på for at opnå den gode sundhedstilstand. Det skete i årene 1750-1800 tit på initiativ af livlægerne, ofte i forening med universitetslægerne, og tankerne tog kongen, siden kronprinsen, til sig og lovgav herom. Dette parforhold, regent – livlæge, gør det temmelig meningsløst at tale om det abstrakte fænomen

⁶⁰ Det mest kendte skrift, »System einer medizinischen Polizei«, kom fra lægen J.P.Frank, der i perioder havde været ansat i preussisk og østrigsk stats-tjeneste. Værket beskæftigede sig udelukkende med sundhedspolitiets opgaver, fyldte 6 bind og blev tillempt de danske forhold af Frankenau. En fin, til tider måske lidt tendentiøs, redegørelse findes hos Rosen. Leif Hindsted kommer også stort set ganske vel omkring problemstillingen, men er efter min opfattelse for Foucault-lydig.

⁶¹ Det er nogenlunde de samme tre facetter, der karakteriserer datidens opfattelse af et politi, som retshistorikeren Inger Dübeck har vist. (s.146ff) I England og Frankrig brugte man begrebet medicinsk politi for det meste alene for den lovgivning, der beskæftigede sig med sundhedsområdet. (Rosen s.152ff)

»stat«, når det i sidste ende drejede sig om fænomenet patient – læge, et forhold mellem konkrete personer, hvor den stærke i lovgivningssammenhæng stod i helbredsmæssig afhængighed til initiativtageren.⁶² Resultaterne var følgende: Der blev i begyndelsen af 1750'erne oprettet forløberen for fødselsstiftelsen, hvor ugifte kvinder anonymt og gratis kunne føde deres børn. Den skulle tilgodese flere formål. For det første behøvede pigerne nu ikke mere føde i dølgsmål, hvor ingen på fysisk eller psykisk vis kunne stå dem bi, og hvor de tit i fortvivlelse begik barnemord. Desuden reddede man en vordende nyttig samfundsborger, og endelig benyttedes institutionen, der fra 1759 var blevet omformet noget, til undervisning i obstetrik. Det første somatiske, terapeutiske sygehus, Frederiks Hospital, blev oprettet i 1756, det var altså udelukkende for syge; indtil da havde man samlet alle dem, der ikke kunne klare sig selv, fattige, forældreløse børn, invalide og syge, på samme sted. Siden skulle disse moderne hospitaler oprettes i alle landets amter. I 1788 oprettedes en universitetseksamen med tilknyttet censorvirksomhed. En lignende »statsindblanding« kendes fra andre centraleuropæiske universiteter. Men i modsætning til de fleste andre var og forblev Københavns Universitet selvstyrende, både økonomisk, ansættelsesmæssigt og studieordningsmæssigt, så længe det holdt sig til de gældende fundatser, som i praksis ikke indeholdt mange restriktioner. For lægerne betød det konkret, at de ikke behøvede at tage en doktorgrad for at praktisere. I realiteten gjorde mange det alligevel, for med en sådan var udsigterne til de mere attraktive stillinger ved hoffet eller universitetet eller som fysikus bedre. Kirurgerne fik et Kongeligt kirurgisk Akademi i 1787 med tilknyttede professorater. Derefter behøvede lærerne dér ikke at føle sig mindre værd i forhold til medicinerne. Det betyder altså, at kirurgerne selv startede på en homogenisering af lægeuddannelsen. Det vil vi høre mere om. Det femmaskede fysici-lægenet blev noget tættere, der oprettedes i de første tyve år fra 1770'erne et halvthundrede distriktskirurgater. Et rådgivende og administrerende overordnet organ var allerede i 1740 oprettet i Collegium Medicum, som efter kirurgernes »medicinering« blev omdannet til Sundhedscollegium.

⁶² Det bliver gerne fremhævet, at der på dette tidspunkt ikke var ret stor forskel på patientens og lægens viden om sygdomme. Da den sidste var økonomisk afhængig af den første, skulle han ikke have nogen magt og være totalt underordnet patientens luner. Det er dog bestemt ikke mit indtryk, når jeg læser kilderne fra denne konstitueringsfase, de afspejler dels, at begge parter trak på samme hammel, og dels at behandleren gennem sin viden, den være sig nok så betvivlet af nutiden, altid var den overlegne – indtil sin afsked! Göckenjan s.140f; Huerkamp s.24f; s.131.

Epidemiloven af 1782 gav klare retningslinier⁶³ for de grundlæggende forholdsregler før og under en epidemi, dermed var et af de store emner fra det »medicinske politi« sat i system. På initiativ fra en fysikus og en biskop blev kvaksalverproblemet løst ved hjælp af forordningen af 1794. Dens § 6 gav dog fortsat mulighed for autorisation på enkeltområder. Blev man taget for kvaksalveri, var straffen 20 rd eller 8 dage på vand og brød, men ved gentagelser var den hård, først 6 måneder i forbedringshus, dernæst fordobling for hver gang. Af forskellige grunde ville man gøre noget ved dette spørgsmål i det nye århundrede.

Dette var sundhedsvæsenets basis, et første forsøg på systematisk at forbedre den generelle sundhedstilstand. Med vores øjne syner det ikke af ret meget, men for datidens forhold var det et vældigt fremskridt, især vel på grund af det etablerede – bevares meget grovmaskede – lægenet med godt 50 læger til de 900.000 mennesker uden for hovedstaden. Det var dog en begyndelse! Hverken regenten eller lægerne var imidlertid tilfredse med det skabte system, det skulle udvides og udstyres med et regelsæt med faste rammer. Især skulle det have et organ, der kunne varetage de præventive opgaver i »sunde« og i epidemitider, herunder også alle nødvendige bekæmpelsesopgaver: et sundhedspoliti i dets snævre betydning, hvis organ blev kaldt for sundhedskommission.

Konsolideringsfasen efter 1800

Sundhedskommissionernes tilblivelseshistorie

Der skulle hengå godt et halvhundrede år og tre kommissioners⁶⁴ arbejde, inden sundhedskommissionerne faldt på plads. Det har jeg – omend under en anden indfaldsvinkel – gjort rede for i en artikel om sundhedspolitiet.⁶⁵ Hovedresultaterne heri er, at lægernes betydning for lovgivningen om et sundhedspoliti i første halvdel af det 19. århundrede var stærkt faldende til fordel for juristernes. For i begyndelsen af perioden havde en næsten ren lægekommission barslet med et lovforslag på over tusinde paragraffer. Siden blev færre og færre læger indkaldt til kommissionernes lovarbejde, som efter Rigsdagens behandlinger foreløbigt endte med en meget lille og interimistisk lov om sundhedsvedtægter. Men både

⁶³ Indenda fandtes ad-hoc-bestemmelser om pesten og andre smitsomme sygdomme samt de relevante bestemmelser i recessen fra 1643.

⁶⁴ Kommissionsmateriale 1802: DK G 125 to pakker; 1831: Dk G 6 s.134. Det indeholder bl.a. Danske Kancellis referat af kommissionsarbejdet; 1856: Bibliotek for Læger 1857 4.r. bd.12 s.135ff

⁶⁵ Politihistorisk Selskab Årsskrift 1992.

under kommissionsarbejdet og ved og efter udformningen af sundhedsvedtægterne markerede de tydeligt deres synspunkter om sundhedskommissionernes opgaver. Disse synspunkter blev i videst muligt omfang taget til følge, hvad der vel egentligt burde være oplagt, da det trods alt var lægerne, der vidste bedst. At lægerne arbejdede effektivt og blev taget til følge er også Helle Blomquists opfattelse af Pestkommissionen i 1879, men hun mener, at epidemibekæmpelsen – såvel som hygiejnekravene – var led i lægernes bestræbelser for at øge deres opgaver.⁶⁶ Det er svært for mig at forstå, at det ihærdige arbejde, som lægerne siden oplysningstiden havde gjort på disse områder, kun skal opfattes som egennyttig professionsfremmende foranstaltninger med i bedste fald paternalistisk anstrøg. Netop under koleraen viste de med deres prompte og altruistiske indsats, hvor megen alvor der lå bag deres idelige krav om større offentlig og privat hygiejne samt epidemibekæmpende foranstaltninger.

På vej mod monopoliseringen?

På vej mod et monopol skulle lægernes uddannelse homogeniseres, alle andre behandlere udelukkes, en stærk fagforening dannes og sygekasser oprettes, således er professionaliseringens karakteristika ifølge den sociologiske og socialhistoriske forskning. Uddannelsen omkring 1750 foregik på Københavns Universitet og i udlandet, således at mange af de få medicinere havde suppleret deres uddannelse i udlandet. På det danske universitet gennemgik de vordende medicinere en meget teoretisk uddannelse, som ikke var koordineret med nogen hospitalpraktik. Fra 1787 fik kirurgerne en ansigtsløftning. Alle vordende kirurger skulle gå til anatomivelser og følge et kursus i intern medicin. Dermed var de i princippet langt bedre rustede til lægegerningen end deres lærde kolleger.⁶⁷ – Det er uklart, hvilken af disse to typer H. Blomquist tænker på, når hun mener at lægerne var den »siddende profession« allerede i begyndelsen af det 19. århundrede? Her kommer ulemperne tydeligt frem, når hun ukritisk applicerer en model på danske forhold.⁶⁸ – Hverken kirurgerne eller medicinerne følte dette som en synderligt

⁶⁶ H. Blomquist s. 240ff.

⁶⁷ Men de synes ikke at være gået til kurserne, for et kig i de autoriseredes rækker halvtreds år senere viser, at langt under halvdelen af alle landets kirurger havde taget eksamen i København, som gav dem titlen cand. chirurg. De fleste havde altså stadig kun barberuddannelsen, og af disse boede mange i provinsen. (Hof- og Statskalender 1838 s. 473ff. Allerede i 1802-kommissionen sattes der spørgsmålstegn ved kursusbesøgene. DK G 125 Højesterets ass. P. Møller i første pakke.)

⁶⁸ H. Blomquist s. 230.

tilfredsstillende tilstand, og begge hold arbejdede nu idelig på at »homogenisere« deres uddannelse til en fælles. Det skete så i 1838. Det er svært at se det som en sejr for medicinerne alene, dels fordi de netop ikke fik udmanøvreret kirurgerne, som det for det meste skete i andre lande,⁶⁹ dels fordi de nu også skulle igennem en mere praktisk, klinisk og kirurgisk uddannelse, og dels fordi det havde været kirurgernes hovedinteresse. Der skete ganske vist en markedsudvidelse, men det var behandlere og ikke patienter, der blev flere af. Siden der var god plads til dem i Danmark, voldte det ingen problemer, og selv de barberuddannede kunne normalt beholde deres stillinger, indtil de gik af på grund af alder. De potentielle kirurger fra provinsen rejste efter 1838 enten til hovedstaden og fik den rette uddannelse dér eller nøjedes med en delautorisation efter § 6 i kvaksalver-forordningen af 1794.

Dermed er det næste problem berørt, nemlig udvidelse af markedet på bekostningen af uuddannede konkurrenter. De »kloge« var efter 1794 stadig et tyngende problem, for mig at se på flere måder. De arbejdede på lægernes »enemærker«, på den anden side var der for få læger, for embedslægerne var ret fåtallige endnu i midten af det 19. århundrede især i Vestjylland. Mange læger hørte til det liberale borgerskab, hvis ideologi jo egentlig påbød dem laissez-faire!! Dilemmaet ses hvert år dokumenteret i et af de sidste punkter i medicinalberetningerne, hvor embedslægerne skulle gøre rede for kvaksalveriet i deres område. Der er to tendenser, jo længere væk man er fra hovedstaden, des mindre hører man om de »kloge«, for embedslægerne var forlængst – uofficielt – gået på kompromis med dem, da de ikke kunne undvære dem. Den anden tendens viser, at de virkeligt liberale ikke ville »fremkomme med klager, det strider mod frihedsideen«.⁷⁰ Ikke desto mindre tog man i Det kgl Medicinske Selskab i 1850 initiativ til at bede alle landets læger fortælle om deres erfaringer med kvaksalveriet for at kunne påvirke regeringen til at lave en ny kvaksalverlov. Selv om der kom meget materiale ind, og selv om man holdt møde om sagen i Selskabet, lykkedes det ikke. Først da en af deres »fjender«, kvaksalverpræsten Hass, en homøopat med flere kvaksalverdomme, fik sæde i Folketinget og stillede forslag om mere lempelige straffebestemmelser, kom der liv i sagen, og den blev afsluttet i præstens ånd med loven af 3/3-1854. Det ironiske ved denne sag er, at præstens ånd var den samme som de fortørnede lægers, idet disse mente, at den gamle lovs hårde bestemmelser især efter gentagelser medførte, at

⁶⁹ 6 af 1794-forordning, mens de to andre blev slået sammen i 1852 på lignende måde som i Danmark.

⁷⁰ F.eks. Kongsted fra Nykøbing Sj. i sin medicinalberetning for 1854.

straffene ikke blev eksekverede, og at man dermed reelt gav kvaksalverne frie hænder. Den nye lov gav en bøde efter evne fra 20 op til 100 rigsdaler eller simpelt fængsel i op til fire måneder. Ved gentagelser gjaldt de samme bøder.⁷¹ Såvidt jeg kan se af senere medicinalberetninger og af folkloristers undersøgelser gjorde denne lov hverken fra eller til, de »kloge« arbejdede videre og frekventeredes fortsat flittigt.⁷²

Det næstsidste trin på vejen mod et monopol skulle være skabelsen af lægernes stærke fagforening, primært for at markere deres uafhængighed af staten. Vist opstod den i Danmark i 1857 – men ikke som en fag(politisk) forening. Den havde heller ikke fagpolitiske karakteristika eller formål, noget sociologer og også socialhistorikere med iver har prøvet at lede efter.⁷³ Historien er følgende: Inden 1857 fandtes der tre lægeforeninger, der hver især tilgodeså en af lægetyperne. Der var det før nævnte Kgl. medicinske Selskab fra 1772/1782, der kun optog de københavnske medicinske doctores. Det lyder meget eksklusivt, men det skyldtes, at den blev stiftet før embedseksamens indførelse i 1788, siden åbnedes portene også for værdige cand.med.'er. Den var et for oplysningstiden typisk societet, da den skulle »være til indbyrdes opmuntring« både med henblik på videnskabeligheden og det sociale liv.⁷⁴ Den fik dog også til tider fagforeningsfunktioner, som vi så det under kvaksalverproblemet.

I klar protest mod dens elitære karakter og snævre syn dannedes Philiatrien godt halvtreds år senere, den optog både medicinere og kirurger, men da den selv udelukkede embedslægerne og havde bopæl i hovedstaden, grundlagde provinsens embedslæger sammen med de eventuelle praktiserende læger i området deres egen forening. De allerede eksisterende tre meget små lokale selskaber⁷⁵ blev optaget. Også disse foreningers mål var udbredelsen af kundskab og etableringen af en form for socialt netværk. Især provinsiallægerne var aktivt misfornøjede med en række forhold, der forekom dem styret fra København alene, som spørgsmålet om et sundhedspoliti. Da koleraen havde vist, hvor påtrængende det var, og da man i hovedstaden spontant havde dannet en lægeforening til bekæmpelse af epidemien, varede det heller ikke længe, inden man dannede Den almindelige danske Lægeförening. Den er altså ikke opstået for at hygge lægernes egne kartofler eller, hvad dens

⁷¹ Bfl. 1851 s.156ff, FT 1853 særlig sp 661-77; 3814-48.

⁷² f.eks. H.P. Hansens og B. Rørbyes arbejder

⁷³ Huerkamp s.242ff

⁷⁴ Også i dette selskab var drikkeviserne en vigtig bestanddel. Johnsson s.90f

⁷⁵ Det er næsten overdrevet at tale om »selskaber«, de havde kun 6-8 medlemmer.

historiograf V. Christophersen mener, som centralorganisation for de eksisterende selskaber, men på grund af et behov for en nivellering af standens hierarkiske og geografiske skel. Det blev dog heller ikke til en homogenisering på foreningsplan, da de to ældste selskaber fortsatte. Den nye forening havde både faglige, socialpolitiske og fagforeningspolitiske formål. Den satsede meget på, at der oprettedes kredsforeninger, som kunne tilgodese de meget divergerende forhold i de forskellige egne. I professionsdebatten er det blevet fremhævet som meget væsentligt, at lægerne tidligt sørgede for at få deres egen voldgiftsret for sager fra egne rækker, dermed kunne de trække sig ud af den almindelige jurisdiktion i interne sager. Det havde da også allerede været nævnt i *Philiatrien* i 1829, men først i 1891 lavede man den Kollegiale Vedtægt, der både stak reglerne ud for forholdet lægerne imellem og for voldgiftsretten. Senere blev der oprettet et særligt udvalg – bestående udelukkende af læger – under sundhedsstyrelsen, som skulle tage sig af patientklager. Siden kom patientklagenævnet til, som har uvildige lægmandsnævninge. Her skal udviklingen for andre typiske fagpolitiske emner ikke gennemgås, der har som sagt jævnlige været nogle på dagsordenen, men først efter 1911 blev de dominerende. Vigtigt er det at pointere, at foreningen ikke blev til på grund af disse emner og bestemt heller ikke prioriterede dem ret højt i løbet af hele det 19. århundrede.⁷⁶ Den har især ikke prøvet det tyske ekstrem, hvor forskellige paraplyorganisationer for lægerne i 1869 fik trumfet det paradoks igennem, at lægebestillingen skulle falde ind under loven om næringsfrihed, således at kvaksalveri i praksis også blev »frigivet«. Forklaringen er den, at lægerne havde valget mellem to onder, nemlig en stærk og autoritær stat, der ustandseligt blandede sig, eller kvaksalvere som »samarbejdspartnere«.⁷⁷

Lægernes anseelse og placering i samfundet

Indtil nu har vi set lægerne i relation til deres omgivelser ud fra en – bevares bred, men hovedsagelig – professionssociologisk synsvinkel. Jeg vil standse op og give nogle eksempler på en mere social- og mentalitets-historisk tilgang ved at stille spørgsmålet, hvordan opfattede man

⁷⁶ Foreningens historie for de første 75 og for os vigtigste år er skrevet af V. Christophersen, hvis bog ligger til grund for denne redegørelse. Hans fremstilling er selvfølgelig kraftigt præget af, at det var hans fag(politiske)forenings historie, han skulle skrive. Det giver den både et lægepræg og et fagpolitisk præg.

⁷⁷ De valgte de sidste i håb om nemmere at kunne styre dem. De fortrød hurtigt deres »vundne« næringsfrihed, men staten gav dem ikke medhold før 1899, hvor hele lægevæsenet blev revideret. (Huerkamp s.254-272).

lægerne ude i samfundet. Der findes forskellige tegn herpå. Lægernes økonomi er et af de mest determinerende, og den var afhængig af deres privatpraksis, uanset om de var embedslæger eller privatpraktiserende. For embedslægerne skulle have privatpraksis ved siden af for at holde deres viden ved lige. Lønnen blev holdt derefter.⁷⁸ En undersøgelse af århusianske lægers kommunale skatteligning,⁷⁹ hvor der ikke engang er taget højde for gaverne, viser, at de er meget velsituerede og virkelig hører til det øverste lag. Det er distriktslæger i mindre provinsbyer med en lille privatpraksis, der er dårligt stillede. Dengang som nu fandtes der gode og mindre gode – efterspurgte og mindre efterspurgte, også det havde selvfølgelig indflydelse på deres skattebillet.

Socialt set hørte de gennem deres uddannelse og normalt også gennem deres oprindelse til det øverste borgerlige lag, den dannede klasse, hvad de selv markerede ved at gå på lægebesøg i kjole,⁸⁰ de var medlemmer af byernes eliteklubber og de få loger, der fandtes i Danmark.⁸¹ Der blev de gerne optaget énstemmigt, noget som ellers kun sjældent var tilfældet. Her var de også i nær kontakt med deres (potentielle) privatpatienter, som netop rekrutteredes fra byernes elite, og som gerne så dem som gudfædre til deres børn. At de indtil 1838 var splittede i to uddannelsesmæssigt forskellige lejre, gjorde ikke deres stand nogen synderlig skade, bortset fra i København. De øvrige byers borgere og den brede befolkning har nok alligevel ikke kendt til denne måde at differentiere på.

Oppefra anerkendte man ligeledes deres »særlighed«, en fjerdedel af de københavnske læger – lidt færre fra provinsen – havde modtaget ordener.⁸² Det var nok også en af grundene til, at »almindelige« folk ikke tilkaldte sådan en fin mand, men hellere en af deres egne.

Politisk var de velansete, flere af dem blev valgt ind først i Stænderforsamlinger og siden i Folketinget. Mange af dem tilhørte det progressive borgerskab, som tiden gik, kan der dog spores en drejning mod højre.

Spændende i denne sammenhæng kan det også være at aflæse lægernes

⁷⁸ Da man i 1850'erne diskuterede sundhedspolitiets lovfæstning, foreslog 1856-kommissionen og justitsministeriet, at embedslægerne skulle have en bastant lønforhøjelse, mod at de fritoges for privatpraksis. Det sidste gik lægeorganet, Sundhedscollegiet, strikt imod; men de ville bestemt anbefale en generel lønforhøjelse. (Supplementbind for Bibliothek for Læger 1857 s.192).

⁷⁹ Ligningen var sammensat af grund-, nærings- og formueskat.

⁸⁰ Søllerødlægen Busch i sin epidemiindberetning s.12. (RA)

⁸¹ I Århus var læger medlemmer af byens borgerklub Polyhymnia, i København var de enten medlemmer af den fornemmeste, »Kongens Klub«, hvor mange af kongens (embeds) mænd var med, eller af det velansete »Athenæum«, iflg klublisterne for 1853 i RA (Erslev gr.27).

⁸² Hof- og Statskalenderen for 1853

anseelse og anerkendelse i samfundet i den samtidige skønlitteratur. Det har man gjort for Ruslands, Englands og Tysklands vedkommende.⁸³ Mønstrer kan måske tegnes således: I oplysningstiden gjorde litteraterne sig lystige dels over lægernes glæde over at disputere og over retorikken og dels over deres fanatiske samlen på mærkelige sygdomme etc. Mon vi kan se ligheder med Holbergs pen fra Peder Pårs og Niels Klim? Under romantikken ser litteraturforskerne en udvikling væk fra lægen og hen til selve sygdommen, bagefter i biedermeierens, realismens og den brede borgerlige digtnings tid, ser vi lægen løftet op på en piedestal, dels pga hans etiske, menneskekærlige, hjælpende gerning og dels pga hans store videnskabelige landvindinger, dyder som netop hørte ind under den borgerlige normkodeks. Når vi tænker på V.Bergsøes læge Aabye i *Fra Piazza del Popolo*, kan vi godt nikke genkendende. Samfundskritikere som Dickens og Shaw havde dog en skarp tunge.

Lægerne i en katastrofesituation og medicinhistorikernes vurdering

Der er intet, der som krige, epidemier eller andre katastrofer i et kort glimt afdækker dybereliggende forhold ved at sætte gældende regler, normer og andre bremses ud af kraft. Lægernes kaldsforståelse – sækulariseret eller ej – der til normale tider måske kan overskygges af arrogance etc, kom ubestridt frem i en krisetid. Koleraen ugyldiggør sociologernes flotte modeller. Lægerne bød ikke, de arbejdede op til 20 timer i døgnet. Midt i den industrielle og naturvidenskabelige brydningsfase levede de op til deres professionelle ansvar også ved at nivellere autonomien evt monopoler og uddannelseskraav. Gennem aviser råbte man om hjælp fra de ældre medicinstuderende, og mange meldte sig.⁸⁴ Fire år forinden, da koleraen havde truet fra Malmø og fra mange andre steder, og mange læger havde været ude under tre-årskrigen, havde Sundhedscollegiet bedt en af professorerne, Sommer, om at undervise ikkemedicinstuderende i behandling af kolerapatienter. I 1853 appellerede man ligeledes til »de hr. studerende uden for faget«.⁸⁵ Offentligheden, eller rettere oppositionsbladet *Fædrelandet*, samt nogle læger udstødte et ramaskrig, men Sundhedscollegiet og de øvrige læger lod sig ikke bringe fra det. Især på landet, hvor der jo ikke fandtes ret mange læger, bad

⁸³ H.O.Burger, H.Viebrock og A.Rammelmeyer i antologien red. af Artelt (1967).

⁸⁴ f.eks. i *Berlingske Tidende* 6/7 1853 og SC 1853 jn. 239.

⁸⁵ Avisopråb d.23. og 25. juli i *Berlingske Tidende*. Vel griber ansvarshavende i fortvivlelse til mange midler i en krisituation, men at gå så langt til at bede ikkemedicinstuderende til hjælp, kan kun ses som afmonopolisering.

man, som man altid havde gjort, præsterne om at være læge- og apotekervikarer, indtil en læge kunne nå frem. Endelig bad man igennem opråb i alle hovedstadsaviser alle om at hjælpe koleraramte, indtil lægen kom. Nøje retningslinjer fulgte med.⁸⁶ – Det er også betegnende, at der i hele koleraeperioden ingen klager kom mod kvaksalvere,⁸⁷ undtagen én, men det er i grunden en anden historie.⁸⁸

Nok afslørede koleraen, at det ikke var så meget bevendt med lægernes viden og tilknyttede autonomi, men det gjorde dem ingen skade – i Danmark. Andre steder, f.eks. i Tyskland, England, Rusland og Frankrig troede man, at det var lægerne, der forgav befolkningen. Gang på gang havde folk iagttaget, at patienten havde fået det meget værre, efter at lægen havde været på sygebesøg – at patienten ville have fået det lige så dårligt uden lægehjælp ved denne grasserende sygdom, tænkte folk ikke på. Da man i disse lande ikke stolede på autoriteterne i det hele taget, regnede man med, at lægerne var i ledtog med dem og lynchede dem.⁸⁹ I Danmark derimod, hvor man havde set lægernes ihærdige og uselviske indsats,⁹⁰ og hvor autoriteterne ikke stod i synderlig miskredit – man havde trods alt lige fået en grundlov, og nok så vigtigt, vundet en krig over tyskerne – dér nærede man tillid til lægestanden.

Lægernes indsats svarer derfor ikke til den af forskningen forventede adfærd ved en professions etablering. Men da man kom til normale tider igen, fortsatte professionaliseringstendenserne, også i Danmark, hvor udviklingen dog ikke fulgte de opstillede modeller så mønsterværdigt.

Medicinhistorikerne er gerådet i et større problem i forbindelse med koleraens besøg i Danmark. Nok er de imponerede af og begejstrede over det arbejde, lægerne ydede, men lægerne gjorde det ud fra de forkerte præmisser! Sagen er den, at man indtil Robert Kochs opdagelse af koleravibrionen i 1883 ikke anede, hvad der fremkaldte epidemien. Man havde i århundreder haft to teorier, den contagøse og den miasmatiske – den sidste gik helt tilbage til Hippokrates. Begge havde det samme udgangspunkt, at der fandtes et smitstof, som hos de første kom udefra, og hos de sidste enten udefra eller spontant. Dette smitstof blev for

⁸⁶ D. 27. juni 1853

⁸⁷ Her tager Helle Blomquist altså fejl, når hun hævder, at antallet af kvaksalversager steg under større epidemier, men hun har ret i, at salg af alverdens slags koleramedicin var en blomstrende virksomhed. (s.238).

⁸⁸ og den kan læses i Siden Saxo 7.2. 1990.

⁸⁹ Chevalier og Frevert, Evans artikel fra 1988.

⁹⁰ Selvfølgelig var der nogle, der prøvede at rejse fra det hele, men det var offentligheden så harm over, at den hængte dem ud i aviserne, som professor Otto, der også var medlem af Sundhedscollegiet.

kontagionisterne overført ved berøring (contagio) fra menneske til menneske, og det var dette udefrakommende smitstof, der skulle bekæmpes ved hjælp af karantæne. Antikontagionisterne derimod mente, at smitstoffet selv var helt ufarligt, da to yderligere betingelser skulle være opfyldt, før en epidemi kunne opstå. Smitstoffet skulle nemlig først omdannes til et miasme, og det kunne kun ske under visse jord-, luft- og temperaturforhold, dvs i en lækker atmosfære af fækalier, råddenskab og andre animalske uhumskheder. Kun hvis miasmet mødte en form for disponerethed for sygdommen, kunne koleraen udvikle sig. Da man ikke vidste bedre, troede man des mere fanatisk på den ene teori og bekæmpede lige så ihærdigt den anden. Miasmatikernes epidemibekæmpelse gik ud på dels at eliminere forudsætningen for smitstoffets omdannelse, nemlig at fjerne alle urenligheder, og dels at oparbejde en udisponerethed ved at leve mådeholdent. I praksis er den store forskel på disse to grupper, at karantænen er overflødig for antikontagionisterne.⁹¹ Det var dem, der i koleratiden i Danmark sad i de styrende sundhedsorganer, f.eks i Sundhedscollegiet.⁹² Få læger prøvede det nærmest formastelige at kalde årsagen for miasmatiske-contagiøs og at samtænke foranstaltningerne ved at kombinere isolation og hygiejne. Albert Gjedde har vist dette klart i sin guldmedaljeafhandling om Panum.⁹³

Allerede i samtiden har man set en sammenhæng mellem lægernes anticontagionisme og progressive, liberale ideologi, fordi specielt karantænebestemmelserne kom det enkelte individ for nær. Siden har de fleste medicinhistorikere haft samme tanke, især når de beskæftigede sig med britiske forhold, for det var nu iøjnefaldende, at miasmatikerne kom samtidigt med Whiggerne i 1830'erne og forsvandt med dem igen i 1870'erne. Ud fra sit arbejde med et stort europæisk materiale konkluderer *Erwin Ackerknecht*, at begge retninger contagionisme og anticontagionisme – med samtidens erfaringer var lige gode,⁹⁴ derfor var det

⁹¹ Man har også kaldt miasmatikerne for hygiejnens førstemand, men contagionisternes bekæmpelsesmiddel, når epidemien først var brudt ud, var ligeledes at gennemføre yderste renlighed på alle områder for at få smitstoffet skyllet væk. Begge grupper trak altså på samme hammel, og det gør, at det tit er svært at se den store forskel i den praktiske epidemibekæmpelse.

⁹² Det voldte Århus-medicinhistorikeren Lunddahl store vanskeligheder at give en rimelig beskrivelse af miasmatikernes indsats, når han talte om deres overbevisning. (Lunddahl 1932). Så havde Julius Petersen taget mere afslappet fat på det, da han fyre år før holdt sine foredrag om koleraen. Han så lægernes tro på smitte eller miasme som en cirkelbevægelse med fremadvise tendens. (J. Petersen s.8).

⁹³ A. Gjedde s.34ff. Også den unge konstituerede stadslæge Holst fra Korsør arbejdede med denne kompromis i sin disputats fra 1859 (s.80ff).

⁹⁴ Her anfører medicinhistorikeren Ackerknecht (1948) en hel række for mig dog uforståelige eksempler s.588.

lægens sociale, økonomiske og politiske kontekst, der bestemte hans videnskabssyn. Da de fleste læger hørte til det liberale borgerskab, vandt altså miasmetroen.⁹⁵

III. Afslutning

De toneangivende og teseskabende i lægestandens historieskrivning har taget udgangspunkt i en genealogisk – tilbageskuende – model. Den er metodisk set ret så tvivlsom, selv om dens resultater tilsyneladende a priori har fat i den rigtige ende. For vel er lægerne i det 20. århundrede professionaliserede, men for det første blev de det ikke på den skitserede målbevidste og strategibestemte måde, og for det andet er flere af resultaterne efterrationaliseringer. Det har jeg prøvet at vise i denne undersøgelse. Der har generelt ikke været en magtkamp staten og lægerne imellem.⁹⁶ I starten var begge parter interesserede i en konstituering og en systematisering af et basissundhedsvæsen. De var personificeret i parret livlæge og regent, hvor den første ikke alene var initiativtager, men også fik gennemført de fleste initiativer, da han kom til at sidde i de relevante udvalg, for eksempel ved tilrettelæggelsen af det Kirurgiske Akademi eller Frederiks Hospital. I det 19. århundrede kom regenten mere og mere til at virke som en bremse i forhold til lægernes fortsatte initiativer. Desuden blev forholdet mellem parterne af en anden karakter, det blev institutionaliseret. Regeringssiden fik en retarderende funktion, men i de fleste tilfælde fik lægerne i det lange løb deres ønsker igennem. De tilhørte for manges vedkommende det liberale borgerskab, der i længere perioder også i regeringssammenhæng havde en hel del at sige. Det vil sige, at sociologernes kontinentaleuropæiske model med den stærke bureaukratiske stat som primus motor ikke passer på Danmark.

Med hensyn til lægestandens konsolidering og eventuelle monopolisering af markedet har mine undersøgelser vist, at det for det første ikke blot har været medicinerne, som ønskede at standardisere uddannelsen. Flere skridt var allerede fra 1700-tallet blevet taget af kirurgerne, da de akademiserede nogle af deres fag. 1838-reformen blev gennemført som fælles initiativ og indeholdt fag fra begge grupper. Dermed får »standardiserings«-emnet en helt anden valør. Reformen var kommet ikke for at

⁹⁵ Ackerknecht har undret sig over, at en progressiv, liberal bevægelse kunne hælde til en forkert regressiv(?) teori, men vil lade læseren om at dømme! (ibid. s.593).

⁹⁶ Det er endog forfatterne af bøgerne for lægeorganisationen, Den almindelig danske Lægeforening, stort set enige i, når de gennemgår de relevante emner. De udviser dog til tider tydelig misfornøjelse med resultater, de ikke synes har været fyldestgørende nok, som når de refererer den mere end 60-årige debat om en medicinalreform i lægeorganisationen.

udelukke de dårligere kirurger fra behandlermarkedet, men i erkendelse af, at begge uddannelser havde elementer, som den anden ikke kunne undvære.

Specialiseringen og naturvidenskabeliggørelsen af medicinen skulle ifølge sociologerne og socialhistorikerne have været et så kraftigt fagligt niveauløft, at lægmand ikke længere kunne følge med, hvorfor lægerne havde opnået autonomi. Efter min mening havde udviklingen i og for sig ikke så meget med standens tendens til professionalisering at gøre, men mere med et paradigmeskift i lægevidenskaben, som vi kender det fra de fleste andre fag. Forståelsesmæssigt var der ingen ændring for lægmand, de dannede kunne stadig følge med et langt stykke ad vejen, de øvrige stadig ikke! Det interessante er da, at netop disse andre kom ind i behandlingssystemet. Dog ikke på den måde, at lægerne havde udelukket den alternative behandling. Det er ganske vist korrekt, at de prøvede på det, men det lykkedes aldrig. Indtil de forebyggende helbredsundersøgelser blev indført i dette århundrede, gik størstedelen af befolkningen ikke til en autoriseret læge, eller kun i sidste instans. Vel har lægerne i dette århundrede fået hele markedet, men ikke et monopol, for der er god plads til den alternative behandling udover den autoriserede. Yderligere skal det pointeres, at lægerne netop har fået hele markedet, ikke erobret det, da det var indførelsen af sygekasseloven og gratis undersøgelser, der lukkede markedet op for dem. Til gengæld var helbredsundersøgelserne ikke tænkt som led i styrkelsen af lægestanden, men af befolkningens sundhedstilstand! Det kunne i øvrigt være meget interessant via lægejournaler at undersøge, om folk også udnyttede lægernes funktioner ud over helbredsundersøgelserne.

Fagforeningens tilblivelses- og udviklingshistorie viser, at organisationen i hvert fald indtil omkring 1900 ikke primært havde fagpolitisk sigte, endsiige en fagpolitisk profil. Den var opstået ud fra et behov for møder imellem de eksisterende foreninger med forskellige medlemsgrupper. Mødernes hovedprogrampunkter bestod i det første halvthundrede år af faglige emner, hvad artiklerne i foreningens blad Ugeskrift for Læger tydeligt demonstrerer.

Koleraen, der grasserede midt i professionaliseringsperioden, kuldaster hele professionsdebattens resultater, eller rettere sagt, gør dem meningsløse. Den afslørede en altruisme, en opofrende, nærmest selvudslettende adfærd hos lægerne. De inddrog halvstuderende og lynuddannede endog ikke-medicinere. Denne grufulde fællesoplevelse med det øgede behov for at oplyse og lære af hinanden var med til at skabe én fælles lægeforening.

Det var altså bestemt ikke en målrettet udvikling mod professionalis-

men, hvis mest typiske karakteristika var kvalifikationerne opnået gennem en lang uddannelse, der medførte en personlig autonomi over for patienten og en kollektiv overfor samfundet. Det sidste havde 1970'ernes og 1980'ernes forskning set sig særlig vred på. Jeg vil mene, at disse resultater er et af forskningen og medierne opblæst fænomen. For meningsmålingerne blandt patienterne har vist, at de normalt var godt tilfredse.⁹⁷ Måske med udgangspunkt i medierne, har der altid været læger, der ikke »opfyldte« professionalismens krav, og netop påtalte den såkaldte individuelle autonomi. Senest med Inga Marie Lundes og Erling Segests bøger. Også den kollektive autonomi er krakeleret forlængst i og med, at et statsautoriseret patientklagenævn blev etableret i 1987, hvori også lægmandsmedlemmer har sæde.

Noget andet er så, at denne »à-priori-sandhed« måske ikke er så sand endda. I hvert fald kunne det ses, at to af professionaliseringens følgesvende, nemlig befolkningens medikalisering og disciplinering, er 1960'ernes, 1970'ernes og 1980'ernes antiautoritære strømningers esterrationaliseringer, som ikke blev set eller følt af den om/behandlede befolkning selv.

IV: Kilder og Litteratur

Utrykt materiale

Rigsarkivet

DK G 125 1802-14: Kommissionen til at udarbejde et Udkast til en Anordning om Medicinalpolitiet.

DK I 6 1824-1848: Kgl. Resolutioner og DK's Forestillinger. 2. Dep.

Fra Sundhedsstyrelsen (ikke registreret i en publiceret udgave):

Sundhedscollegiets forskellige protokoller for 1831; 1853-57.

Medicinalberetninger fra 1854

Epidemiindberetningerne fra 1853

Erslev gr 27: Klublisterne for 1853

⁹⁷ Her henvises til mediedebatterne for blot to tilfældigt udvalgte uger for år 1991, uge 10 og 24. Debatteerne var selvsagt særlig hæftige, når det trak sammen til en lægekonflikt (dec. 1989 og foråret 1991). Interessant er, at denne animositet fortager sig noget, når man går bag indtrykket fra lægeforskningen og medierne, og ser på Socialforskningsinstituttets undersøgelser (bl.a. nr. 124 fra 1984 og nr.170 fra 1987) foretaget af cand.polit. Mogens Nord-Larsen, eller DIKEs (Dansk institut for klinisk epidemiologi, et organ under Sundhedsstyrelsen) og andre landes undersøgelser om patienttilfredshed. Speciallæge Frank Lønberg fra DIKE, hvis resultater udkommer næste år, har det indtryk, at jo højere uddannet folk er, des mere kritiske er de (samtale i juni 1991), noget Nord-Larsen ikke mente at kunne udtale sig om (1984 s.76f og 1987 s.69).

- Vigarello, George, *Wasser und Seife, Puder und Parfüm*. (Frankfurt/M 1988).
 Weber, Max, *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. (Tübingen 1920/1972).
 --- *Wirtschaft und Gesellschaft*. (Tübingen 1921/1972).
 Wehler, Hans Ulrich, *Bismarck und der Imperialismus*. (Köln 1969/76)
 Østergård, Uffe, *Analyse og syntese i postmodernismens æra... i Scandia* bd. 55 (1989).

SUMMARY

The Medical Profession in Historiography, and how Doctors "Really" were in Nineteenth Century Denmark

Topics related to the public health sector have seldom attracted the professional interest of historians, and until the 1960s the history of medicine had, by and large, been left to its practitioners, who generally traced a bright story of linear progress, periodically propelled by the accomplishments of the profession's outstanding figures. In the 1960s, however, during that decade of rebellious and innovative thinking, this sort of story telling provoked certain practitioners of other disciplines in a number of countries into investigating the subject for themselves: American, English and German sociologists, some anti-modernists or neocritics. But in particular, it was the French historian of knowledge, M. Foucault, who launched a devastating critique, especially of nineteenth century doctors and their significance. All this generated a new source of inspiration in the research of anthropologists, cultural sociologists and social historians. The main thrust of their results can be briefly summarised as follows.

The powerful, mercantilist, bureaucratic state of the eighteenth century needed a large and healthy population as a recruiting ground for its standing army and new manufactories. To that end it also needed more physicians to man a new and more effective health system. On the basis of its own premises the state therefore promoted both a quantitative and qualitative improvement of the medical profession, which so far had formed a small, educated elite with high ethical standards. Industrialisation with its concomitant enlargement of the market quickly secularised its practitioners, incorporating them into the larger group of academically trained middle class, with whom they shared a sense for business, a demand for monopoly, and other rational and technical interests. Debate revolved on medical qualifications through standardised training and on the individual physician's autonomy vis-à-vis the patient as well as the profession's autonomy vis-à-vis the larger society. By the end of the nineteenth century the new doctor-power had produced a disciplined and "medicalised" population.

This briefly sketched aggregate of pejorative assessments of the medical profession's history, at times equally outrageous and stimulating, is rooted in its authors' views on contemporary conditions, the elements of which are genealogically traced back to their origins. This is a dubious methodology, in part because

erroneous present-day conceptions would be projected back into the past, and in part because it attributes to the actors of the past an exaggerated clarity of goals and resolute strategy.

It was therefore tempting to test the conclusions of this international research on the historical development of Denmark, where it has attracted little attention. The results disclose a number of deviations from the alleged pattern. Firstly, when the Danish government established a public health system, thereby lending powerful support to the medical profession, it did so on the initiative of physicians at the royal court. Moreover, on the whole, the state intervened very little in the affairs of the profession, which for its part pursued its activities with no indications of strategic consciousness. Doctors did create an association of their own, but for medical and social purposes, not the pursuit of their own group interests. They did gain access to the entire health market through the system of sick benefits associations and free health examinations, but only within a limited number of activities. And they were never granted a monopoly. During crisis situations such as the nineteenth century cholera epidemic, there was a relaxation of the elitist and autonomous character of medical practice, in as much as medical students and others with less than the prescribed medical education were called upon to help. Nor did people in the nineteenth century feel that they had been "medicalised" or disciplined, a conception resulting, perhaps, more from present-day retrospective projection than contemporary evidence. On the whole, there is much to indicate that the animosity towards the medical profession animating international research is in fact characteristics of only certain academic circles and media coverage, for to the extent opinion polls can be relied upon, the population, by and large, is satisfied with its doctors.

Translated by MICHAEL WOLFE

men, hvis mest typiske karakteristika var kvalifikationerne opnået gennem en lang uddannelse, der medførte en personlig autonomi over for patienten og en kollektiv overfor samfundet. Det sidste havde 1970'ernes og 1980'ernes forskning set sig særlig vred på. Jeg vil mene, at disse resultater er et af forskningen og medierne opblæst fænomen. For meningsmålingerne blandt patienterne har vist, at de normalt var godt tilfredse.⁹⁷ Måske med udgangspunkt i medierne, har der altid været læger, der ikke »opfyldte« professionalismens krav, og netop påtalte den såkaldte individuelle autonomi. Senest med Inga Marie Lundes og Erling Segests bøger. Også den kollektive autonomi er krakeleret forlængst i og med, at et statsautoriseret patientklagenævn blev etableret i 1987, hvori også lægmandsmedlemmer har sæde.

Noget andet er så, at denne »à-priori-sandhed« måske ikke er så sand endda. I hvert fald kunne det ses, at to af professionaliseringens følgesvende, nemlig befolkningens medikalisering og disciplinering, er 1960'ernes, 1970'ernes og 1980'ernes antiautoritære strømningers esterrationaliseringer, som ikke blev set eller følt af den om/behandlede befolkning selv.

IV: Kilder og Litteratur

Utrykt materiale

Rigsarkivet

DK G 125 1802-14: Kommissionen til at udarbejde et Udkast til en Anordning om Medicinalpolitiet.

DK I 6 1824-1848: Kgl. Resolutioner og DK's Forestillinger. 2. Dep.

Fra Sundhedsstyrelsen (ikke registreret i en publiceret udgave):

Sundhedscollegiets forskellige protokoller for 1831; 1853-57.

Medicinalberetninger fra 1854

Epidemiindberetningerne fra 1853

Erslev gr 27: Klublisterne for 1853

⁹⁷ Her henvises til mediedebatterne for blot to tilfældigt udvalgte uger for år 1991, uge 10 og 24. Debatteerne var selvsagt særlig hæftige, når det trak sammen til en lægekonflikt (dec. 1989 og foråret 1991). Interessant er, at denne animositet fortager sig noget, når man går bag indtrykket fra lægeforskningen og medierne, og ser på Socialforskningsinstituttets undersøgelser (bl.a. nr. 124 fra 1984 og nr.170 fra 1987) foretaget af cand.polit. Mogens Nord-Larsen, eller DIKEs (Dansk institut for klinisk epidemiologi, et organ under Sundhedsstyrelsen) og andre landes undersøgelser om patienttilfredshed. Speciallæge Frank Lønberg fra DIKE, hvis resultater udkommer næste år, har det indtryk, at jo højere uddannet folk er, des mere kritiske er de (samtale i juni 1991), noget Nord-Larsen ikke mente at kunne udtale sig om (1984 s.76f og 1987 s.69).

Landsarkivet for Nørrejylland

LAN B6 5186 1853: Amtmandens arkiv. Indkomne breve L-P. Læg M.

Trykt materiale

- Ackerknecht, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867, i *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (1948) s. 562-93.
- *Die Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten.* (Stuttgart 1963).
- Andersen, J. Goul, Overtro eller nytænkning, i *Arbejdsblad nr. 62, Center for Kulturforskning.* (Århus 1990).
- Andersen, Knud Holch, Bondelægen, i *Festskrift til Vagn Dybdahl.* (Århus 1987) s. 7-29.
- Artelt, Walter, *Der Arzt und der Kranke.* (Stuttgart 1967).
- Beckmann, Svante, Professionerna och kampen om auktoritet, i Staffan Selander (ed), *Kampen om Yrkesutövning, status och kunskap.* (Lund 1989). s.57-88.
- Berlingske Tidende, forskellige årgange.
- Bibliothek for Læger, samt dets Supplementbind, forskellige årgange.
- Bjørneboe, Anders, En diskussion af professionsbegrebet og dens anvendelse belyst ved socialrådgiverfagets udvikling og placering. Speciale ved Institut for Statskundskab. (Århus 1979).
- Blomquist, Helle, For det Almene Vel, i *Fortid og Nutid 1991.4.* s.223-253.
- Bonderup, Gerda, »Omsorg för at afværge smitsomme Sygdomme«, i *Politi-historisk Selskabs Årsskrift 1992.*
- Brade, Anna-Elisabeth, Træk fra den danske folkemedicin, i *Dansk Medicin-historisk Årbog, bd 13 (1984)* s. 11-43.
- Breuer, Stefan, Sozialdisziplinierung, i Ch. Sachsse (ed), *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung.* (Frankfurt/M. 1986) s.45-69.
- Burger, Heinz Otto, Arzt und Kranker in der deutschen schönen Literatur, i W. Artelt, *Der Arzt und der Kranke.*(Stuttgart 1967) s.98-106.
- Chevalier, Louis, *Le choléra.* (Paris 1958).
- Christophersen, V., *Den almindelige danske Lægeforening 1857-1932.* (København 1932).
- Conze, Werner; Kocka, Jürgen (ed), *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil I.* (Stuttgart 1985).
- Corbin, Alain, *Pesthauch und Blütenduft.* (Berlin 1984).
- Daniel, H. *Danmarks Sygekassevæsen gennem århundreder. bd.1+2.* (København 1937+1938).
- Delaporte, Francois, *Disease and Civilization.*(London 1986).
- Drees, Annette, *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand.* (Münster 1988).
- Dübeck, Inger, »alt hvis Politien egentlig vedkommer...«, i D.Tamm (ed) *Danske og Norske Lov i 300 år...* (København 1983) s. 145-178
- Evans, Richard J. *Death in Hamburg.* (Oxford 1987).
- *Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth-Century Europe,* i *Past and Present* bd. 120 (1988) s.131-146.
- Foldspang, Anders mfl., *Epidemiologi.* (København 1981).
- Folketingstidende for 1857.*
- Foucault, Michel, *Geburt der Klinik.* 1963 (München 1973).
- (ed) *Les machines à guérir.* (Liège 1979).

- Sexualität und Wahrheit. (Frankfurt 1977).
- Frank, Johann Peter, Das System einer medizinischen Polizei. 6 bd. (Mannheim 1779-1819).
- Frankenau, Rasmus, Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regering. (København 1801).
- Freidson, Eliot, The Professions and their Prospects. (London 1971).
- Profession of Medicine. (New York 1973).
- Frevert, Ute, Krankheit als politisches Problem 1770-1880. (Göttingen 1984).
Fædrelandet årg.1853.
- Gelfand, Toby, The Annales and Medical Historiography: Bilan et Perspectives, i R.Porter, Problems and Methods in the History of Medicine. (London 1987) s.15-39.
- Gjedde, Albert, Peter Ludvig Panums videnskabelige indsats. (København 1971).
- Goode, William J. Community within a Community, i American Social Review 22 (1957) s. 194-200.
- Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Profession, i American Social Review 25 (1960) s. 902-914.
- Göckenjan, Gerd, Kurieren und Staat machen. (Frankfurt/M 1985).
- H.P. Hansen, Kloge Folk I+II. (København 1942 og 1943).
- Hesse, A.H. Berufe im Wandel. (Stuttgart 1968).
- Hindsted, Leif, Folkesundhed og oplysning. Upubliceret speciale. (Århus 1987).
- Hof- og Statskalender for 1838 og 1853.
- Holst, Erik, Meddelelser om Koleræpidemien i Korsør i 1857. (København 1859).
- Howard-Jones, N. Gelsenkirchen Typhoid Epidemic of 1901, Robert Koch, and the Dead Hand of Max von Pettenkofer, i British Medical Journal (1973) s.103-105.
- Huerkamp, Claudia, Ärzte und Professionalisierung in Deutschland... i Geschichte und Gesellschaft bd. 6 (1980) s.349-382.
- Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. (Göttingen 1985).
- Illich, Ivan, Grænser for lægevidenskaben. (København 1977).
- Imhof, Arthur E. (ed), Biologie des Menschen in der Geschichte. (Stuttgart 1978).
- Mensch und Gesundheit in der Geschichte. (Husum 1980).
- Johannisson, Karin, Medicinens øga. Stockholm 1990.
- Johnsson, J.W.S. Københavnske Medicinske selskaber. (København 1922).
- Jones, Colin, Montpellier Medical Students and the Medicalisation of 18th Century France, i Roy Porter (ed), Problems and Methods in the History of Medicine. (London 1987) s. 57-80.
- Kocka, Jürgen (ed), Theorie und Erzählung in der Geschichte. (München 1979).
Københavns Universitet 1479-1979 bd. VII. Det lægevidenskabelige Fakultet. (København 1979).
- Larsen, Øivind, Krankheitsauffassung und ihre historische Interpretation, i A. Imhof, Mensch und Gesundheit in der Geschichte. (Husum 1980) s. 45-58.
- Lunde, Inga Marie, Patienternes egen vurdering. (København 1990).
- Lunddahl, Johannes, Koleraen i Århus, i Aarhus Stifts Årbøger, (1932) s.128.
- Lörchner, Helgard, Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. (Tübingen 1983).

- Manniche, Jens Christian, En højere objektivitet og virkelighedens verden, i Steen Brock, Dømme Kraft. (Århus 1989) s. 65-79.
- McClelland, Charles, Zur Professionalisierung der akademischen Berufe in Deutschland, i W. Conze, Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. (Stuttgart 1985) s. 233-246.
- The German Experience of Professionalization. (Cambridge USA 1991).
- McKeown, Thomas, The Role of Medicine. (London 1976).
- Mok, Albert L. Alte und neue Professionen, i Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, bd. 21 (1969) s. 770-781.
- Nord-Larsen, Mogens et al. Forbrugerundersøgelse i den primære sundheds-tjeneste. Socialforskningsinstituttets publ. nr.124 og 125. (København 1984).
- Norrie, Gordon, Kirurger og Doctores. (København 1929).
- Novik, Peter, That Noble Dream. (Cambridge/USA 1988).
- Parson, Talcott, The Professions and Social Structure, i Social Forces, bd. 17 (1939) s.457-467)
- Petersen, Julius, Koleraepidemierne. (København 1892).
- Porter, Roy (ed), Problems and Methods in the History of Medicine. (London 1987).
- Rammelmeyer, Alfred, Arzt, Kranker und Krankheit in der russischen schönen Literatur des 19. Jahrhunderts, i W. Artelt, Der Arzt und der Kranke. (Stuttgart 1967) s.116-156.
- Rasmussen, Peter, Indførelsen af det moderne universitet i Danmark. Upubliceret speciale (Århus 1988).
- Rosen, George, From Medical Police to Social Medicine. (New York 1974).
- Rottleuthner, Hubert, Die gebrochene Bürgerlichkeit einer Scheinprofession, i H. Siegrist, Bürgerliche Berufe. (Göttingen 1988) s.145-173.
- Rüschmeyer, Dietrich, Professionalisierung, i Geschichte und Gesellschaft (1980) s.311-325.
- Professions. Historisch und kulturell vergleichende Überlegungen, i G. Albrecht (ed), Soziologie. René König zum Gebutstag. (Opladen 1973) s.250-260.
- Rørbye, Birgitte, Kloge folk og skidt folk.(København 1976).
- Sachs, Liesbeth, Medicinsk antropologi. (Stockholm 1987).
- Sarfatti-Larsen, Magali, The Rise of Professionalism. (Berkley 1977).
- Schledermann, Helmuth, Juristerne – en profession under pres, i Retfærd, bd. 28 (1985) s. 26-44.
- Segest, Erling, Patients' complaints, (København 1990).
- Patienter klager ikke. (København 1991).
- Selander, Staffan (ed), Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. (Lund 1989).
- Shorter, Edward, Doctors and their Patients. (New Brunswick NJ USA 1991).
- Siegrist, Hannes (ed), Bürgerliche Berufe. (Göttingen 1988).
- Sigerist, Henry E. Civilization and Disease. (Ithaca N.Y. 1945)
- Thomsen, Ole B. Embedsstudiernes Universitet. (København 1975).
- Vallgård, Signild, Læger, sundhedsvæsen og befolkning i det 19. århundrede, i Ugeskrift for Læger (Sænummer maj 1988), s.16-22.
- Viebrock, Helmut, Arzt, Kranker und Krankheit in der englischen schönen Literatur des 19. Jahrhunderts, i W. Artelt. Der Arzt und der Kranke. (Stuttgart 1967) s.107-115.

- Vigarello, George, *Wasser und Seife, Puder und Parfüm*. (Frankfurt/M 1988).
 Weber, Max, *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. (Tübingen 1920/1972).
 --- *Wirtschaft und Gesellschaft*. (Tübingen 1921/1972).
 Wehler, Hans Ulrich, *Bismarck und der Imperialismus*. (Köln 1969/76)
 Østergård, Uffe, *Analyse og syntese i postmodernismens æra... i Scandia* bd. 55 (1989).

SUMMARY

The Medical Profession in Historiography, and how Doctors "Really" were in Nineteenth Century Denmark

Topics related to the public health sector have seldom attracted the professional interest of historians, and until the 1960s the history of medicine had, by and large, been left to its practitioners, who generally traced a bright story of linear progress, periodically propelled by the accomplishments of the profession's outstanding figures. In the 1960s, however, during that decade of rebellious and innovative thinking, this sort of story telling provoked certain practitioners of other disciplines in a number of countries into investigating the subject for themselves: American, English and German sociologists, some anti-modernists or neocritics. But in particular, it was the French historian of knowledge, M. Foucault, who launched a devastating critique, especially of nineteenth century doctors and their significance. All this generated a new source of inspiration in the research of anthropologists, cultural sociologists and social historians. The main thrust of their results can be briefly summarised as follows.

The powerful, mercantilist, bureaucratic state of the eighteenth century needed a large and healthy population as a recruiting ground for its standing army and new manufactories. To that end it also needed more physicians to man a new and more effective health system. On the basis of its own premises the state therefore promoted both a quantitative and qualitative improvement of the medical profession, which so far had formed a small, educated elite with high ethical standards. Industrialisation with its concomitant enlargement of the market quickly secularised its practitioners, incorporating them into the larger group of academically trained middle class, with whom they shared a sense for business, a demand for monopoly, and other rational and technical interests. Debate revolved on medical qualifications through standardised training and on the individual physician's autonomy vis-à-vis the patient as well as the profession's autonomy vis-à-vis the larger society. By the end of the nineteenth century the new doctor-power had produced a disciplined and "medicalised" population.

This briefly sketched aggregate of pejorative assessments of the medical profession's history, at times equally outrageous and stimulating, is rooted in its authors' views on contemporary conditions, the elements of which are genealogically traced back to their origins. This is a dubious methodology, in part because