

## Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?<sup>1</sup>

*Michael* 2010;7:332-44.

*Sunnhetsloven av 1860 har hatt avgjørende betydning for utviklingen av norsk helsevesen – for organiseringen av tjenestene, for det forebyggende helsearbeidet og for helseprofesjonene. Lovens viktigste redskap var sunnhetskommisjonene, senere kalt helseråd, som ble opprettet i alle landets kommuner. Med hjemmel i loven og som helserådsordførere kunne de offentlige legene, primært distrikt-slegene, drive utstrakt samfunnsmedisinsk virksomhet. Beretninger om «bondens gjenstridighet» mot nye hygieniske vaner, var imidlertid lenge gjengangere i legenes tilbakemeldinger til de sentrale myndighetene. Det var først i det 20. århundre at de kunne rapportere om nye holdninger i befolkningen og en mer «sivilisert» og «hygienisk» livsførsel. Opprettelsen av lokale helseråd var også et nyttig redskap i legenes profesjonskamp. Gjennom helserådene ble de i gagnet «helsedirektører» i sine kommuner, og som statsansatte hadde de en fri stilling i forhold til det lokale styringsverk. Det innebar så vel status som makt og myndighet. Alle anslag mot helserådet ble derfor forsøkt slått tilbake. Men den teknologiske utvikling og nye politiske vinder innhentet denne viktige helsepolitiske institusjonen. Fra 1960-årene ble oppgaver overtatt av andre institusjoner og profesjoner. Helserådet som lokale institusjon gikk gradvis i oppløsning og sunnhetslovens mange bestemmelser ble hjemlet i nye lover. Rundt 1990 var både loven og helserådet en saga blott.*

Temmelig raskt etter at Sunnhetsloven var vedtatt, ble det i tråd med lovens bestemmelser og i likhet med de fleste norske byer, opprettet en sunnhetskommisjon i Drammen legedistrikt, Buskerud Amt. Kommisjonen var seg

<sup>1</sup> Artikkelen bygger på et foredrag holdt på Folkehelsekonferansen i Drammen 28.–29. april 2010. Konferansen var viet sunnhetslovens 150-års-jubileum. Til Folkehelsekonferansen forelå også Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbeider med innledning av Øivind Larsen. *Michael* 2010;7: Supplement 8.

sitt ansvar bevisst og møttes jevnlig i årene framover. I 1870 ble det holdt 11 møter. På dette tidspunkt var det seks legedistrikt i amtet, det største besto av kjøpstaden Drammen og herredene Lier, Røyken og Hurum. I disse øvrige distriktene ble det i de respektive sunnhetskommisjonene holdt fra null til to møter i året.<sup>2</sup>

Slik var det i Drammen og Buskerud amt. Men hvordan var det mer generelt? I denne artikkelen gis et bredere innblikk i hvordan Sunnhetsloven fungerte i praksis og hvilken betydning den fikk for ordførerne i kommisjonene, i hovedsak de statsansatte distriktslegene.<sup>3</sup>

### Veiledningene

Sunnhetsloven ble fulgt av *veiledninger* som ble utgitt i 1861.<sup>4</sup> Det var én for byene og én for landdistriktene. I veiledningen for byene ble det anbefalt at sunnhetskommisjonen skulle utarbeide *lokale* sunnhetsforskrifter. Her gjaldt det å ta høyde for kommende endringer og nye krav, og å finne effektive virkemidler i bekjempelsen av sivilisasjonens mange trusler. Deretter fulgte detaljene, slik som administrative tiltak innen sanitærvesen, renovasjon og vannforsyning, næringsmiddelkontroll, byggeforeskrifter, husdyrhold, luftforurensning og «luftvæxling» (ventilasjon), kirkegårders beliggenhet og behandling av lik, sykehus for isolasjon av smittsomme syke, smittevernregler, sykdoms- og dødelighetsstatistikk, forhold i utleieboliger og arbeiderboliger og arbeidsmiljø. Kort sagt, det dreide seg om å bygge opp en velfungerende infrastruktur i byer preget av industrialisering og befolkningsvekst.

I veiledningen for sunnhetskommisjonene på landet finner vi mange av de samme punktene. Men ambisjonsnivået var lavere, og det ble manet til tålmodighet. Kommisjonens viktigste oppgave var å motta og spre kunnskaper om den alminnelige sunnhetspleien og slik fordrive «barbari og van-kunnighet», som det het i forarbeidene til loven. Kommisjonens medlemmer var ansvarlige for at kunnskapen ble satt ut i livet, dels ved eksempelets makt, dels ved råd og oppmuntring. Av punkter å merke seg er råd om boligbygging og om boligenes beliggenhet, og om avfallshåndtering, alt tuftet på den miasmatiske sykdomslæren. Videre er det interessant at i motsetning til i veiledningen for byene, er det for landdistriktene detaljerte anvisninger om den *personlige hygiene*, særlig om behovet for «daglig Vadsking og Rensning af Legemet, især nødvendig for smaae Børn». Kanskje så man

2 *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1870.*

3 Stoffet i denne artikkelen er i vesentlig grad hentet fra Schiøtz 2003a og Schiøtz 2003b.

4 *Veiledning for Sundhedscommissionerne 1861: 700–713.*

for seg at de mange bygdefolkene som flyttet til byene, skulle ta med seg «bedre» vaner?

### Oppgavene

Det var omfattende oppgaver sunnhetskommisjonene i by og land sto overfor, og mer skulle det bli. Sunnhetsloven var en ramme- eller blankolov som ga rom for nye bestemmelser i takt med samfunnsutviklingen. De vitenskapelige oppdagelsene innen bakteriologien fra 1880-tallet og myndighetenes stadig større ansvar for de «sociale spørsmål», nedfelte seg i lovverket. I 1890-årene kom det flere tilleggsbestemmelser i sunnhetsloven, men også i kraft av andre lover og bestemmelser ble sunnhetskommisjonens ansvarsområde utvidet. Derved skjedde det også en utvidelse av ordførerens myndighetsområde. Etter hvert ble oppgavene så omfattende at de var umulige å overkomme i praksis. Rundt århundreskiftet var ordførerens oppgaver følgende:

*[Han var] medlem av fabriktilsynet, af bygningskommissionen og reguleringskommissionen. Skoleloven kræver hans arbeid, naar en ny skole skal bygges. Loven om kirkegaarde har paalagt ham pligter. Jordmorloven har lagt det hygieniske opsyn med jordmødre paa helseraadets ordfører ... Tuberkuloseloven og pleiebarnsloven giver helseraadets ordfører adskilligt at bestille, og disse love vil sikkerlig volde mere og mere arbeide.<sup>5</sup>*

### Mottakelsen av loven: Hva skjedde i praksis?

Bonderepresentantene på Stortinget var i utgangspunktet ikke begeistret for en lov som gav embetsstanden enda mer makt og statskassen flere utgiftsposter. Representanten Hammerstad artikulerte motstanden under stortingsdebatten i 1860. Sunnhetskommisjonene, sa han, ville bli en «død Indretning».<sup>6</sup>

Skal vi lytte til legen og veterinæren Ole Malms og stortingsmannen Trædals uttalelser mange år senere, fikk Hammerstad rett. I 1887 skrev Malm at resultatene av kommisjonenes arbeid var «overmåde ringe». Han tenkte først og fremst på det forebyggende helsearbeidet og på distriktslegenes påtenkte rolle som «civilisationens pionerer» utover landet.<sup>7</sup> Senere, i 1912, under stortingsdebatten om en ny lov om den offentlige legeordningen, hevdet representanter fra utkant-Norge at den rolle sunnhetskommisjonene, nå kalt helserådene, spilte, var sterkt overdrevet. I enkelte land-distrikter kunne det faktisk gå opp til tre år mellom hver gang helserådet møttes. «I det heile hev eg ei sterk kjensle av, at dette med helseraadi er gjort

5 Scharffenberg 1907: 800.

6 O. No. 34. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing ...* 1859: 4

7 Malm 1887: 35.

til ein svær bygning med torn og spir; men den bygning er berre paa papiret», sa representanten Trædal fra Sogn. Slik Trædal så det, var dette heller intet problem. Det viktigste var at de syke hadde god tilgang på legetjenester.<sup>8</sup>

### Gjenstridighet og gjennombrudd

Forebyggende helsearbeid handlet før som nå om å endre befolkningens holdninger og vaner. I denne prosessen var og er kjennskap til befolkningens sosiale og økonomiske betingelser og deres kulturelle forestillinger en forutsetning for å kunne lykkes. Implementeringen av de nye hygienekravene i 1800-tallets Norge var en kulturkamp. Det handlet om en kollisjon mellom embetsstandens kulturelle vaner og den folkelige kultur, mellom ulike idealer og ulike materielle betingelser.

Vi ser en tredeling i allmuens gjenstridighet mot hygieneidealene. Først dreide den seg om at nye forskrifter og påbud truet basale næringsveier, og at legenes formaninger var umulige å oppfylle ut fra befolkningens økonomiske forutsetninger. Det måtte en viss materiell basis til for å kunne tilpasse levevis og næringsvirksomhet i tråd med sunnhetskravene. For det andre dreide gjenstridigheten seg om ulike syn på hva som fremmer god helse eller hva det dypest sett innebærer å leve et godt liv, nærmere bestemt om de vitenskapelige og de folkelige tilnærmingene til helsebegrepet. Sist, men ikke minst, handlet det om mange legers ovenfra og nedad-holdninger og den generelle skepsisen til embetsstanden: «...thi det spores snart, at der mellem Almuen paa den ene og Embetsmanden paa den anden Side er et svelgende Dyb; Almuen betrakter Embetsmanden som noget Fiendsk, ...» som en distriktslege på Sunnmøre uttalte det i 1859.<sup>9</sup>

Der folkehelsearbeidet, i regi av sunnhetskommisjonene, lyktes best, synes å være i byene. Historikeren William Hubbard har blant annet påvist at offentlig hygiene, i regi av helserådet, spilte en betydelig rolle i å redusere bydødeligheten i det 19. århundre, riktignok med noen lokale forskjeller.<sup>10</sup> De relativt hyppige møtene i byenes sunnhetskommisjoner viser at aktiviteten var høy. Jf. Drammen som i 1870 holdt 11 kommisjonsmøter, og der det også ble bygd opp en lokal helseforvaltning. Les hva stadsfysikus i byen skrev om virksomheten 30 år senere, i 1900, på et tidspunkt da utbyggingen av vann- og kloakkanlegg og kampen mot tuberkulosen sto øverst på sakskartet:

8 Stortingsdebatten gjengitt i *Tidsskrift for den norske Lægeförening* 1913: 216-17

9 NOS 1859. Fra distriktslege Sophus Høeghs medicinalberetning 1859. Bygdefolks skepsis til legestandens *kurative* ferdigheter var også stor. Kvakksalvere og bygdedoktorer hadde i generasjoner gitt den hjelpen det var behov for, og, i motsetning til bruk av lege, var den stort sett gratis.

10 Hubbard 2000.

*Sundhedskommissionen i Dr a m m e n By har i de senere Aar arbejdet meget paa at faa udvidet det offentlige Kloaknet i Byen og at faa forbedret Afløbsforholdene fra de private Eiendomme, og i disse Henseender er der gjort betragtelige Fremskridt ogsaa i 1900. [...]*

*I de sidste Aar er der i hvert Sundhedskommissionsmøde talt om Tuberkulosen, og om den store Betydning frisk Luft og Sol samt en tørlagt Grund omkring Huset har for Helsen og for Modarbejdelsen af denne Sygdom, eftersom Sop og Sot trives i Mørke, Fugtighed og stillestaaende Luft.<sup>11</sup>*

I landdistriktene gikk det tregere. Eksemplene er mange om vi leter etter distriktsleger som klaget sin nød over «bondens» gjenstridighet. Det var motstand mot å innføre lokale sunnhetsforskrifter, og møtene i sunnhetskommissjonene var sjeldne og hadde lav prestisje, jf. landdistriktene i Buskerud amt der møtehyppigheten varierte fra null til to møter i året i 1870. I året 1900 fant de sted litt oftere, men ikke mye. På dette tidspunkt var det fortsatt 150 av landets 600 helserådsdistrikt som ikke hadde sunnhetsforskrifter. I rettferdighetens navn må det imidlertid sies at det også var distriktsleger som var lite interessert i å følge opp sunnhetslovens bestemmelser. Sett fra myndighetenes side var dette urovekkende, for det var i landdistriktene at majoriteten av befolkningen bodde, ca 75 % i 1875, rundt århundreskiftet ca 65 %.

Om det gikk langsomt å endre befolkningens holdninger og vaner, for ikke å si dypstrukturer i menneskesinnet, så representerte likevel sunnhets-

11 *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900.* Udfyldende om Drammen Lægedistrikt: «Hyppigt indkomne Andragender om Tilladelse til at anbringe selvtømmende, frostfrie Vandposter bliver nødig indvilget, da man har havt mange sanitære Misligheder af saadanne. Tilladelse gives kun, hvor Indlæggelse af Vand i Husene er forbundet med særlige Vanskeligheder, og der kræves da specielle Forholdsregler for at hindre, at Vandpost-kummerne kan forurenses eller benyttes som Skyllvandskum.»

Om tuberkulosen: «I D r a m m e n By og Distrikt tiltager Tuberkulosen, saa at den ved Sygdommen foranledigede Dødelighed nu er naaet op til at udgjøre lidt over en Fjerdedel af samtlige af Lægerne anmeldte Dødsfald. Alt det Indtil udførte Arbejde, saasom Desinfektion, Isolation etc. for at modarbejde denne Sygdom, synes saaledes at have været ganske forgjæves. I de sidste Aar er der i hvert Sundhedskommissionsmøde talt om Tuberkulosen, og om den store Betydning frisk Luft og Sol samt en tørlagt Grund omkring Huset har for Helsen og for Modarbejdelsen af denne Sygdom, eftersom Sop og Sot trives i Mørke, Fugtighed og stillestaaende Luft. Det er nemlig Skik i Bygderne omkring Drammen, og det endog hos velhavende Folk, der har Husrum nok, at man foruden Kjøkkenet kun benytter ét Rum, som ofte er lidet og væsentlig optaget af Senge og andre Møbler, og hvor Væggene tildels er behængt med Gangklæder. Det maatte derfor anbefales at bruge de største og solrigeste Værelser til dagligt Ophold, at hugge væk Trær, naar saadanne staar lige ved Husvæggen og udestænger Solen, samt at drænere Grunden.»

kommisjonene et gjennombrudd når det gjaldt mulighetene til å kunne nå befolkningen. Bakteriologiens framvekst fra 1880-årene representerte et nytt gjennombrudd i hygienearbeidet, og var et mektig våpen i legers og andre helsearbeideres hender. Smittefrykten ble stadig mer utbredt. Kombinert med bedre økonomiske betingelser i deler av befolkningen, fant det faktisk sted endringer i hygienen mot slutten av 1800-tallet. I 1901 skrev distriktslege Eilert Støren følgende om utviklingen i sitt distrikt, Meldalen i Sør-Trøndelag:

*Renlighedsansens er efter det indtryk, jeg har, vel saa god her som i de tilsvarende samfundslag i Kristiania; ja min hjertensmening er saamæn rent ud sagt, at den er bedre, og der er for mig, som kjender forholdene ganske godt, irriterende at høre om «bondens urenlighed» i sammenligning med bybefolkningens. Man faar sammenligne bondestanden i sin almindelighed med de klasser i byerne, som lever af sine hænder arbeide og med den tarvelige handelsstand og ikke med de høiest dannede og velstaaende klasser, men det gjør man saa ofte.*

*Selvfølgelig er der meget, som kan blive bedre, men ser vi lidt bagover i tiden, vil vi finde, at udviklingen og fremskridtets marschtakt har været ganske hurtig, og bondestanden her i dalføret har holdt trop.<sup>12</sup>*

Men det var først i det 20. århundre at det skjedde en «innvandring» av ideer i lokalsamfunnene – at ideene ble befolkningens egne.

### **Legens status og posisjon: lovenes betydning**

Sunnhetsloven var et viktig virkemiddel i synliggjøringen av legene og deres fagkunnskaper. Dermed bidro den også til å heve legenes anseelse i det norske folk. Profesjonen bifalt dette. Gjennom store deler av 1800-tallet, men også i det neste århundret, påpeke ledende representanter for standen at det var legene, og bare dem, som hadde den faglige ballast til å kunne legge grunnlaget for og lede den helsepolitiske utviklingen i landet. Men ikke bare det, gjennom opplysning generelt og om hygiene spesielt var de, slik de så det, særlig kvalifiserte til å bringe befolkningen opp på et høyere kulturelt og sivilisatorisk nivå. I det store nasjonsbyggings-prosjektet måtte derfor legene ha en fremskutt posisjon.

Argumentasjonen inngikk som ledd i 1800-tallets profesjonsbygging. Legestanden representerte århundrets svakeste embetsmannsgruppe – i status bak jurister, prester og militære – og de førte en vedvarende kamp for å komme på nivå med sine embetsbrødre. Det gjaldt fremfor alt kampen for

12 Støren 1901: 999-1000.

bedre arbeidsbetingelser, som lønn og standsmessig tjenestebolig. Men det ble også stilt krav om å sikre et bredere lovmessig grunnlag for deres samfunnstjeneste. Loven om de offentlige legefóretninger av 1912 var velkommen i så måte. Formålet var å styrke så vel legestanden som folkehelsearbeidet. Det ene forutsatte det andre. Loven inneholdt bestemmelsen om nærmere en tredobling av antall offentlige leger i landet, fra 161 til 355 (de fleste distriktsleger), og en tilsvarende økning av antall sunnhetskommisjoner, nå kalt helseråd.<sup>13</sup>

### Mellomkrigstiden

En gang mellom 1900 og 1910 ble sunnhetskommisjonene omdøpt til *helserråd*.<sup>14</sup> Vi kan spørre hvorfor. Var navneendringen ene og alene et språkpolitisk anliggende, en fornorsking av det danske-norske språk, eller reflekterte den også fagpolitiske ambisjoner, dvs. en medikalisering av nye områder? Hva er forskjellen på begrepene sunnhet og helse? Kanskje rommer helse en videre forståelse enn sunnhet? Jeg kan ikke gi noe svar, men det er verdt å merke seg at helserrådene jurisdiksjon eller ansvarsområde ble sterkt utvidet i tiden rundt århundreskiftet. Ikke minst gjaldt det – som allerede nevnt – det sosiale feltet.

Av ulike grunner ble ikke folkehelsearbeidet i regi av helserrådene styrket med den effektivitet som 1912-loven forutsatte. For det første innebar økningen i antall stillinger en betydelig utvidelse av arbeidsmarkedet for medisinerer. Et tidligere vanskelig arbeidsmarked snudde til det motsatte, og det ble stadig vanskeligere å besette offentlige stillinger ute i distriktene – delvis fordi det ble uteksaminert for få kandidater, delvis fordi øvrige deler av arbeidsmarkedet tiltrakk seg flere. Det skyldtes ekspansjon innen institusjonshelsevesenet og at det ble mer økonomisk attraktivt å «nedsette sig» som privatpraktiserende lege i byene.

Men tidene skiftet, og under de økonomiske krisetidene i 1920-årene og deler av 30-årene ble det igjen populært å søke distriktslegestillinger. Paradoksalt nok skulle den økende populariteten ikke føre til økt satsing på folkehelsearbeidet. Tvert imot. Fra annen halvdel av 20-tallet ble det stillingsstopp, en rekke distriktslegestillinger ble inndratt og distrikter ble slått sammen. De legene som ble igjen, måtte vie stadig mer av sin tid til kurative oppgaver. I argumentasjonen mot nedleggelser ble frykten for å svekke det hygieniske arbeidet holdt opp som det sterkeste kort. Ifølge regjeringen kunne ledelsen av helserrådet overføres til privatpraktiserende. Det

<sup>13</sup> Nærmere om dette se Schiøtz 2003a.

<sup>14</sup> I 1907–08 ble betegnelsen for første gang brukt i Medisinaldirektørens skrifter.

falt i dårlig jord. Motargumentet var at de private legene måtte hegne om sine økonomiske interesser på en helt annen måte enn de offentlige, og de ville komme i skvis mellom ivaretakelsen av egeninteressene og av viktige samfunnsoppgaver.<sup>15</sup> Regjeringen hørte ikke etter.

I 1930-årene fikk de en rekke stortingspolitikere med seg. I en debatt i Stortinget om endringer i legeordningen i 1933 så representanten Enge fra Helgeland (Ap) med gru for seg at befolkningen igjen skulle synke ned i skitt og elendighet: «Når jeg ser på denne plan for den nye lægeordning, synes jeg liksom å øine i det fjerne Peter Dass' tid komme sigende inn på oss – vi får igjen de gamle nordlandske forhold, kanskje med skinnfelden med lusa og kanskje med mange andre ufysiselige ting.» I Nordland ville man, ifølge Enge, måtte innstille det hygieniske arbeidet – all den kamp som ble ført mot tuberkulosen og alt det arbeid som ble gjort for å få hygienien inn i hjemmene, «for å verne folkehelsen og verne mot epidemiske sykdommer».<sup>16</sup>

Hva slags konklusjoner er det mulig å trekke ut fra 30-årenes debatter om det offentlige legevesenet? De bærer tydelig preg av at det blant de folkevalgte hadde skjedd en bevisstgjøring med hensyn til betydningen av det hygieniske arbeidet, og at legene gjennom dette arbeidet hadde styrket sin anseelse og stilling som samfunnsaktører. Men støtten fra opposisjonens politikere kunne ikke forhindre nedleggelse og svekkelse av helserådene. Skjønt Sosialdepartementets forslag i 1933 om å inndra 143 offentlige legestillinger<sup>17</sup>, resulterte i at bare 34 ble fjernet.

På den annen side, helserådene synes også å bli styrket i denne perioden. Gjennom en revisjon av sunnhetsloven i 1930 ble det vedtatt at rådene skulle ha minimum én kvinne blant sine medlemmer. Forslaget om lovendring var kommet fra Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS). Sanitetskvinnenes ville ha minimum to kvinner i helserådene. Argumentasjonen tok utgangspunkt i at det i første rekke var kvinnene som forvaltet hygienearbeidet. Det gjaldt i hjemmene og i de frivillige organisasjonene, begge nøkkelområder i folkehelsearbeidet. Og så skulle de ikke være med å styre? I en

15 *Aftenposten* 1934. Fylkeslegen i Buskerud, Sverre Kjølstad, skrev følgende: «En privatlæge vil og må alltid bli så vidt avhengig av sitt klientell, som skaffer ham levebrød, at de rene linjer i det hygieniske forebyggende arbeide lett vil utviskes.»

16 *Innstilling fra helsekomiteen om Det offentlige legevesen* (Budgett-innst. S. nr. 53, 1933: 936 ff). Stortingsdebatten ble gjengitt in extenso i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1933-årgang. Sitatet er hentet fra s. 666–667.

17 *Aftenposten* 1934. Fylkeslege Kjølstad hevdet at en slik reduksjon ville innebære «... en fullstendig ødeleggelse av den i 1912 vedtatte plan for det offentlige legevesen. Forslaget fikk i Stortinget en særdeles kjølig mottagelse og blev av helsekomiteens formann karakterisert på en lite smigrende måte».



resolusjon fra NKS' landsmøte i 1926 het det at hensikten var «å få helse-  
rådene alsidig sammensatt og derved mere effektive». I et brev til medisi-  
naldirektør Wefring tre år senere ba sanitetskvinnene om hjelp til å få frem-  
met saken «... som vi finner av så stor betydning for vårt lands  
sundhetsvesen.»<sup>18</sup>

Helserådet var selve hjertet i den offentlige legeordningen, og «helse-  
råds-  
saken» var en gjenganger blant de offentlige legenes kampsaker. Det var  
deres viktigste sak. Å «true» institusjonen handlet både om å rokke ved vitale  
samfunnsinteresser og ved legenes myndighetsområde og posisjon i det  
lokale hierarkiet.

### Etterkrigstid

Om arbeidet i helserådene under krigen skal jeg kun nevne at helserådsord-  
føreren ble tillagt en mer autoritær rolle – i tråd med «førerprinsippet» – og  
at arbeidet i det store og hele ble vanskeliggjort og til dels lagt ned.

Den unge og virkelystne helsedirektøren som ble utnevnt i 1938, Karl  
Evang, hadde arbeidet i eksil under krigen, hadde lagt store planer for et-  
terkrigstidens folkehelsearbeid eller sosialmedisinske virksomhet, som han  
likte å kalle det. Her inngikk planer for utbyggingen av helserådene. Det  
skulle først skje ved en oppsplitting av legedistrikter slik at hver distriktslege  
og hvert helseråd fikk et mindre geografisk område og færre saker å forholde  
seg til. Det var en kjensgjerning at det offentlige helsearbeidet i stor grad  
fikk lide til fordel for det kurative arbeidet.

Dernest kom spørsmålet om helserådets sammensetning. Det var et  
viktig poeng helt fra starten av at sunnhetskommisjonen skulle bestå av så  
vel fagekspertene som lekfolk. I 1940- og 50-årene ble det ivret for at lekfol-  
kene måtte ut. Rådene måtte være upolitiske, og medlemmene burde velges  
slik at det som helhet fikk størst mulig helsemessig kyndighet, skrev fylkes-  
legen i Rogaland i 1947.<sup>19</sup> Vi var inne i en periode da fagligheten sto  
sterkt.

Dessuten ble helsesøsterfunksjonen styrket. Hvert distrikt skulle ha sin  
helsesøster, hun skulle inngå som distriktslegens og helserådets hjelpeper-  
sonell. Mye av tiden skulle vies skolebarn og spedbarnskontroll i helsesta-  
sjonene, samt hygienisk veiledning i hjemmene. Men først måtte de utdan-  
nes, og en egen helsesøsterskole ble opprettet i 1947.

<sup>18</sup> Riksarkivet. Boks 338. *Om revisjon av sunnhetsloven 1939, 1927.*

<sup>19</sup> Riksarkivet. Boks 2, mappe 021. Skriv fra fylkeslege Edvard Hegbom, 30. oktober  
1947.

## 1960- og 70-tallet

1960-årene bød på nye utfordringer for det offentlige helsearbeidet og de offentlige legene. Av ulike grunner ble det igjen vanskelig å rekruttere til etaten. Det skyldtes først og fremst de medisinske gjennombrudd og spesialiseringen innen de medisinske fag. Utbyggingen av sykehusvesenet førte til nye og attraktive stillinger. Primærlegene ble fratatt stadig flere oppgaver og ble, som enkelte uttrykte det, sittende med en henvisningspraksis. I en slik sammenheng ble det å hegne om helserådsarbeidet viktig.

Men helserådet ble truet fra flere kanter. For det første skjedde det en storstilt kommunesammenslåing dette tiåret, etter Schei-komiteens innstilling fra 1962. Det innebar at helserådene ble færre. Ifølge loven skulle det bare være ett helseråd i hver kommune. Dermed ble flere distriktsleger sittende uten helserådsoppgaver. Etter protester kom det mot slutten av tiåret en lovendring. Legene fikk sine råd tilbake.

Trusselen fra utenverdenen var imidlertid farligere. Samfunnet endret seg, nye problemer oppsto, gamle endret karakter, og i takt med samfunnsutviklingen ble også oppgavene stadig mer spesialiserte. Det var ikke å forvente at legene hadde kompetanse innen hele det saksfeltet helserådet hadde ansvar for. Så skjedde da også det at oppgaver ble flyttet ut av rådet og tatt hånd om av ingeniører, psykologer og andre fagfolk. Det gjaldt miljørettet helsevern og oppgaver hjemlet i bygningslov og sosiallovgivning. Utover på 70-tallet forsterket disse utviklingstendensene seg. Helserådet ble gradvis tappet for både oppgaver og ansvar. Sett fra en annen synsvinkel dreide dette seg om en utvikling der det var behov for å tilpasse samfunnets institusjoner til endrete betingelser.

De offentlige legene på sin side hevdet at problemene knyttet til samordningsspørsmål og miljøvern burde kunne løses innen eksisterende organisatoriske rammer. Vi må bygge på det som er bra, var omkvedet. Problemene med helserådene slik de nå fungerte, eller ikke fungerte, bunnet i at de manglet så vel penger som hjelpepersonell. Når helserådets ordfører dertil var en overbelastet distriktslege med 60-70 timers arbeidsuke – der det aller meste av tiden gikk med til å tilfredsstillende befolkningens behov for kurative tjenester, og der det fantes få eller ingen reelle muligheter for faglig oppdatering – så sto legen nærmest maktesløs overfor det vell av oppgaver han eller hun burde gripe fatt i.

Ytterligere en trussel meldte seg: I 1930-årene var forslagene om helserådernes oppløsning knyttet til landets økonomiske problemer. I 1970-årene handlet det mer om ideologi enn om økonomi. Nærmere bestemt handlet det om å svekke ekspertenes dominans og å overføre makt og myndighet til folkevalgte organer – alt i tråd med de demokratiserings- og desentraliseringstendensene som lå i tiden.

## Opptakten til kommunehelseloven

I 1972 og i 1975–76 kom det to offentlige dokumenter, en NOU og en stortingsmelding, som fikk avgjørende betydning for så vel helserådene som de offentlige legene.<sup>20</sup> NOU-en inneholdt noen brannfakler som, ifølge Evang, kom «som et sjokk i vide kretser av de offentlige leger».<sup>21</sup> Distriktslege Hans Petter Schjønby skrev: «Innstillingen sier jo kort og godt at helserådene skal avskaffes, og at de offentlige leger mister kontrollen over det planlagte helsearbeid. ... Kan innstillingen tas som et mistillitsvotum til det offentlige legevesen?»<sup>22</sup>

I innstillingen het det at hver kommune burde opprette et sosialsenter bestående av en helse-, trygde- og sosialseksjon. Den faglige delen av arbeidet i senteret burde ikke ledes av noen lege eller helserådsordfører, men av et *sosialutvalg* som skulle bestå av lederne for de forskjellige seksjonene. Administrativt skulle utvalget underordnes en *politisk* valgt nemnd, kalt *helse- og sosialstyret*. Det ble videre foreslått at helserådets *tekniske og hygieniske* pregede oppgaver skulle overføres til kommunens tekniske etat. I realiteten fremmet Sosialreformkomiteen forslag om å legge ned helserådet og derved også foreta drastiske endringer i de offentlige legenes arbeidsbetingelser og myndighetsområde. Sett fra de offentlige legenes side var forslaget om et politisk oppnevnt helse- og sosialstyre meldingens mest kontroversielle forslag. Særlig fordi man her så en utvikling i retning av en politisk styrt helsesektor på bekostning av fagstyret.

Helserådet som institusjon ble ikke nedlagt – ikke formelt. I 1977 kunne helsedirektør Mork melde at helserådet, som ett år tidligere hadde en usikker framtid, i det siste året syntes å ha befestet sin stilling.<sup>23</sup> Men legene følte seg ikke trygge, og kampen fortsatte. Så kom lov om kommunehelsetjenesten i 1982. Her heter det at rådet skal bestå (§ 1-3), men det står også at «Kommunestyret kan opprette styre, utvalg eller nemnd for bestemt saklig og/eller stedlig arbeidsområde innen helsetjenesten» (§ 3-2). Etter som tiden gikk ble helserådet stadig mer amputert. Helse- og sosialstyret, sammen med en del andre kommunale utvalg og organer, overtok det meste av styringen. I 1987 var helserådet ute.<sup>24</sup>

---

20 NOU 1972: 30. *Sosialreformkomiteens innstilling II*. Stortingsmelding nr. 9 (1975-76)  
*Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat.*

21 *Aftenposten* 6. og 7. januar 1976, dobbeltkronikk.

22 *Utposten* 1972, nr 4.

23 *Utposten* 1977, nr 4-5: 16.

24 Mer om dette i Berg 2009 og Schiøtz 2003a.

## Sunnhetsloven i norsk helsehistorie

«Den historiske begivenhet som mer enn noen annen hendelse har satt sitt preg på norsk helsetjeneste og bidratt til at sunnhetsforholdene i Norge i dag er så vidt gode, er utvilsomt sunnhetsloven av 1860,» skrev helsedirektør Karl Evang i 1955.<sup>25</sup> Uttalelsen sier mye om den betydning loven har hatt for utviklingen av norsk helsevesen – for organiseringen av tjenestene, for det forebyggende helsearbeidet og for helseprofesjonene. Hvorfor fikk loven så stor betydning, og hvorfor ble den stående så lenge? For det første handlet dette om lovens *elastisitet*, ved at den gav hjemmel for å løse stadig nye oppgaver. Dernest handlet det om sunnhetskommisjonenes spesielle *sammensetning* eller demokratiske innretning, der ulike parteres krav om styringsrett ble imøtekommet og som skapte legitimitet i befolkningen. Sist, men ikke minst, dreide det seg om lovens *lokale nedslagsfelt* og *lovgivende kraft*, med kommunen som et avgrenset og oversiktlig ansvarsområde.

## Litteratur

- Aftenposten* 6. og 7. januar 1976, dobbeltkronikk av helsedirektør Karl Evang.
- Aftenposten*, onsdag aften, 11. april 1934. Skal vårt offentlige lægevesen undergraves? Av fylkeslege Sverre Kjølstad.
- Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1870*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri 1872.
- Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900*. Kristiania: I kommission hos H. Aschehoug & Co 1902.
- Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809 – 1983 – Den gamle helseforvaltning*. Rapport fra Statens helsetilsyn 8/2009.
- Evang K. Sunnhetsloven av 1860 som den dag i dag kan inspirere vårt helsearbeid. *Liv og Helse* 1955: 201-3.
- Hubbard W. The urban penalty: Towns and mortality in nineteenth-century Norway. *Continuity and Change* 2000; 15: 331-50.
- Innstilling fra helsekomiteen om Det offentlige lægevesen (Budgett-innst. S. nr. 53, 1933)*. Stortingsdebatten ble gjengitt *in extenso* i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1933; 59: 493-94, 542-51, 60-68, 663-77.
- Malm O. *Om en ny ordning af det civile lægevesen*. Kristiania 1887.
- NOS 1859. Fra distriktslege Sophus Høeghs medicinalberetning, Søre Sunnmøre 1859.
- NOU 1972: 30. *Sosialreformkomiteens innstilling II*.
- O. No. 34. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing betreffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Betænkning og Udkast, afgivet af den ved kongelig Resolution af 6te Februar 1858 naadigst anordnede Commission, dateret 30te December 1859*.

25 Evang 1955: 201-203.

- Riksarkivet, Sosialdepartementet, Medisinaldirektoratet/Helsedirektoratet, Legekontoret, boks 2, mappe 021. Skriv fra fylkeslege Edvard Hegbom, 30. oktober 1947.
- Riksarkivet. Sosialdepartementet, Medisinaldirektoratet/Helsedirektoratet, Legekontoret, boks 338. Om revisjon av sunnhetsloven 1927, 1939.
- Scharffenberg H F. Det civile lægevæsens omordning. Bemerkninger til distriktslæge C. Benneches udtalelser. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1907; 27: 800 ff.
- Schiøtz A (a). *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax Forlag 2003.
- Schiøtz A (b). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Stortingsmelding nr. 9 (1975-76). *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*.
- Støren E. *Meldal gjennom det 19de aarhundrede. Essay i antropologi og folkehigiene*. Særtrykk av *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. Kristiania 1901.
- Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbeider med innledning av Øivind Larsen. *Michael* 2010;7: Supplement 8.
- Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1913; 33: 216-17.
- Utposten* 1972, nr 4.
- Veiledning for Sundhedscommissionerne ... Udarbejdet af Indre-Departementes Expeditionsschef for Medicinalvæsenet. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Christiania 1861: 700–13.

*Aina Schiøtz*  
*professor i medisinsk historie*  
*Institutt for samfunnsmedisinske fag*  
*Universitetet i Bergen*  
*aina.schiotz@isf.uib.no*