

7 Lokal helseadministrasjon – sunnhetsloven av 1860

Opprettelsen av en lokal helseadministrasjon var 1800-tallets store nyskaping innen helsevernet. Gjennom sunnhetsloven av 1860 ble bedre folkehelse, forebyggende helsearbeid og kamp mot miljøhygieniske risikofaktorer og epidemiske sykdommer en permanent offentlig oppgave under ledelse av legene.

Sunnhetsloven innførte permanente sunnhetskommisjoner i alle byer og herreder i Norge. Disse skulle ha ansvar for å sette i verk tiltak mot miljøhygieniske risikofaktorer og mot smittsomme sykdommer – altså å virke generelt sykdomsforebyggende i sitt distrikt.

7.1 Bakgrunnen for sunnhetsloven

Fra slutten av 1800-tallet førte industrialiseringen i Europa og den massive byveksten til kraftig økning i miljøhygieniske risikofaktorer trussel mot folkehelsen. Den eksplosive befolkningsveksten i byene resulterte i trangboddhet, utilfredstillende boforhold, dramatisk økning av avfallsprodukter fra mennesker, dyr og industri og forurenset drikkevann. Økt barnedødelighet og forekomst av epidemiske sykdommer ble resultatet.⁶⁴ Louis René Villermé (1782-1863) i Frankrike og William Farr (1807-83) i England påviste ved hjelp av kvantitative metoder og epidemiologisk analyse en sammenheng mellom dødelighet og fattigdom og dårlige sanitære forhold. I paternalistisk ånd tenkte de seg at industrieierne, ikke staten, hadde ansvaret for å bedre forholdene. Interesse for hygieniske spørsmål oppsto i flere europeiske land som følge av skrekkskildringer fra fattigkvarterene i de større byene, der kolera i 1832 herjet med dødelighet opp til 70%. Edwin Chadwick (1800-90) påviste forskjellige miljøfaktorer virkninger på befolkningens helse i en rekke byer i England i 1842. Chadwick anbefalte opprettelse av en sentral helseadministrasjon og lokale helseråd til å handtere de miljøhygieniske problemene, og dette ble realisert gjennom den første engelske Public Health Act i 1848.⁶⁵ Etter mye motstand ble helseadministrasjonen omorganisert i 1854, slik at legene styrket sin stilling.

⁶⁴ Porter 1993 s. 1238-41.

⁶⁵ Porter 1993 s. 1241-45.

Etter en tyfusedepidemi i Tyskland i 1847-48 kom Rudolph Virchow (1821-1902) fram til sitt politisk radikale standpunkt om at demokatisering og politisk frihet var nødvendig for å hindre liknende epidemier fra å opptre i framtiden. Han formulerte sin oppfatning om medisin som en sosial vitenskap, og at politiske beslutninger hadde medisinske konsekvenser.⁶⁶ I 1860-årene grunnla han cellularpatologien som alternativ til den gamle humoralpatologien, idet han understrekte at sykdomsårsakene var knyttet til cellenes funksjoner, og at disse årsakene hadde sammenheng med skadelige agens i miljøet som svekket det kroppslige forsvaret. Virchows forsøk på å forstå medisinen som en helhet av naturfag og sosiale forhold var et sentralt grunnlag for framveksten av det forbyggende helsearbeidet. Christian Kierulf, som var den fremste pådriveren for realiseringen av den norske sunnhetsloven i 1860, besøkte Virchow i 1851, og dette påvirket rimeligvis Kierulfs videre arbeid. I løpet av siste halvdel av 1800-tallet kom imidlertid den sosiale dimensjonen etter hvert mer i bakgrunnen som følge av de store naturvitenskapelige framskrittene innen bakteriologien.

Også i Norge ble det i 1850-årene gjennomført epidemiologiske undersøkelser under større epidemier. Andreas Conradi (1809-68) studerte kole-rautbruddet i Christiania i 1853 og viste at sykdommen hadde ulik sosial fordeling og også rammet forskjellig i forskjellige deler av hovedstaden.⁶⁷ Undersøkelser som Christian Homann (1826-80) gjorde av dysenteriepidemien i Kragerø-distriktet i 1859, gav overbevisende holdepunkter for sykdomsutbredelse ved smitte.⁶⁸

Sosial uro etter februarrevolusjonen i 1848 ble også sett i sammenheng med underklassens dårlige levekår under industrialiseringen.⁶⁹ Hygienebevegelsen arrangerte hygienekongresser i 1840-årene og arbeidet for sanitære forbedringer. En slik kongress i København i 1858 tok til orde for sunnhetsforskrifter for å bedre folks boligforhold og slik sørge for sikkerhet også for de høyere samfunnsklasser.

I Norge som ellers i Europa hadde midlertidige sunnhetskommisjoner blitt opprettet i kommunene tidligere for kortere perioder når kolera eller annen smittsom sykdom truet. I spesielle distrikter ble det dessuten i 1857 opprettet kommisjoner med ansvar for arbeidet mot lepra. Tanken var da at sunnhetsloven skulle videreføre dette systemet med sunnhetskommisjoner på permanent basis i alle kommuner i landet, slik at man fikk et desentralisert redskap som både skulle sette i verk mottiltak under epidemier og fungere forebyggende på lengre sikt i mer sykdomsfrie perioder.

⁶⁶ Falkum og Larsen 1981 s. 93-98.

⁶⁷ Conradi 1854.

⁶⁸ Homann og Hartvig 1860.

⁶⁹ Seip 1984 s. 227.

7.2 Sunnhetslovens målsetning – forskjell på land og by

Komitéen, som utarbeidet sunnhetsloven, antok at «dræpende Epidemier saavelsom stadigt herskende Sygelighed bedst bekjæmpes ved forebyggende Forholdsregler og ved at bekjæmpe Sygdomsaarsagerne». Dette målet ville man søke å nå ved å motarbeide «den Fare for den almindelige Sundhed, som ligger ikke alene i Barbarie og Vankundighed, men ogsaa deres Modsætning, Civilisation og Industrie». ⁷⁰ Derfor måtte hovedoppgavene til sunnhetskommisjonene i landdistriktene og i byene vektlegges forskjellig og sammensetningen bære preg av dette. ⁷¹ I landdistriktene skulle «barbari og uvitenhet» motarbeides med helserelevant informasjon, mens byene måtte de uønskete virkninger av befolkningsvekst, «sivilisasjon og industri» bekjempes.

7.3 Sunnhetslovens hovedinnhold

Sunnhetslovens bestemmelser kan deles i to hovedområder. Første kapittel omhandler sunnhetskommisjonenes miljøhygieniske virksomhet og ansvar. §1- 4 gjelder for kjøpstedene, mens §8-11 gjelder for formannskapsdistriktene (herredene, landkommunene). Videre er det bestemmelser for politiets ansvar for å påse at sunnhetskommisjonenes beslutninger blir etterkommet (§5), beskyttelse av private rettigheter (§6), ankemulighet til departementet (§7), dekking av utgifter tilknyttet sunnhetskommisjonenes virksomhet fra lokale og sentrale myndigheter (§12) og regler for forfall ved kommisjonsmøtene (§13).

Andre kapittel omhandler vern mot smittsomme sykdommer. Her defineres privates meldeplikt ved utbrudd av smittsom sykdom (§13), sunnhetskommisjonens ansvar for iverksettelse av tiltak og regler for dekking av utgifter (§15), etablering av et oppsynsmannsystem ved inndeling av kommunen i kretser med spesiell meldeplikt, og der oppsynsmennene kunne bemyndiges til å utføre legefunksjoner i begrenset omfang (§16), adgang til særskilt legehjelp og opprettelse av midlertidig sykehus (§17-19), registreringsinstruks ved epidemier (§20), plikt for syke til å la seg isolere og behandle på sykehus og regler for betaling for dette (§21-23). Sunnhetskommisjonenes rett til å forlange rensing (desinfeksjon) av klær og sykeværelser (§24) og påbud ved begravelser (§25) og forbud mot sammenkomster (stenging av skoler og annet) var også sentrale bestemmelser.

⁷⁰ Sosialdepartementet 1960 s. 2.

⁷¹ Schjønby 1996 s. 75.

7.4 Miljøhygieniske oppgaver og kommunale forskrifter

I byene var sunnhetskommisjonens oppgaver konkrete helt fra starten, og sunnhetslovens §3 var basis for hvilke miljøhygieniske problemområder som sunnhetskommisjonene i byene skulle konsentrere seg om:

Commissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadeligt stillestaaende Vands Aflledning, Vandbuses, Urinsteders og Gjødselbingers Indredning og Rensning, Oplæggelse af Gjødsel eller andre Gjenstande, som f. Ex. Been eller Klude, der kunne indvirke skadeligt paa Sundhedstilstanden, Drikkevandets Beskaffenhed, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Boliger, som ved mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfylding med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at paasee, at tilstrækkelig Luftvexling finder Sted i Huusrum, hvori et større Antal Mennesker stadigen eller jevnlig samles, som Kirker, Skole-, Rets- og Auctionslocaler, Theatre, Dandsehuse o. d., samt at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen. Indseende med Stedets Begravelsespladse hører ligeledes under Sundhedscommissionen.

Problemområdene kan altså kort defineres som følgende: sanitære forhold utendørs, drikkevannskvalitet, næringsmiddelhygiene, inneklime i boliger og i ulike forsamlingslokaler, og forurensning fra bedrifter.

I herredene var oppgavene mindre klart presisert. Her skulle sunnhetskommisjonene «have deres Opmærksomhed henvendt paa, hvad der kan tjene til Sundhedstilstandens Fremme og Fjernelse af de Omstændigheder, som især befordre Udvikling af Sygelighed og Udbredelse af Sygdom.» Derfor var det nødvendig med «en stadig Paavirkning og Vækkelse i hvert enkelt Distrikt, for at Befolkningen lidt efter lidt kan vinde Overbeviisning om Gavnligheden og Nødvendigheden af sanitære Regler og Foranstaltninger samt derigjennom Interesse for disse».⁷² Dette var særlig viktig i landdistriktene, som ble regnet som «mindre oplyste Egne».

Byene hadde plikt til å utforme såkalte alminnelige sunnhetsforskrifter, som skulle kunne tilpasses lokale behov og stedets egenart. Slike forskrifter kom på plass i de fleste byer i Telemark alt i begynnelsen av 1860-årene. De var en mer detaljert utforming av sunnhetslovens §3, og de enkelte kommunene bygde sine forskrifter i hovedsak på ekspedisjonssjef C.T. Kierulf's

⁷² Sosialdepartementet 1960 s.3.

veiledning for byene⁷³ og tilvarende for herredene.⁷⁴ Forskriftene måtte godkjennes av bystyret og approberes av departementet. Herredene hadde ikke plikt til å lage slike forskrifter, men de mange herreder fikk likevel sine egne forskrifter rundt 1890. Disse var gjerne innholdsmessig en forkortet og tilpasset utgave av forskriftene i byene.

7.5 Tiltak mot epidemiske og smittsomme sykdommer. Christian Homanns rolle

Utarbeidelsen av sunnhetsloven ble preget av de to forskjellige synene på sykdomsårsakene (jfr hovedavsnitt 5.1). Før 1860 hadde teorien om epidemisk konstitusjon og miasmer flest tilhengere også i Norge, men også contagium-teorien hadde sine tilhengere. Ifølge begge teoriene var miljøhygieniske forbedringer viktige. Sunnhetslovens miljøhygieniske del (første

kapittel) kom til å bære tydelig preg av miasmatiske prinsipper. Tiltak mot epidemiske sykdommer (andre kapittel) var i prinsippet også aktuelt etter miasmeteorien, for eksempel i sammenheng med karantenebestemmelsene, men i praksis var det en utbredt holdning blant miasmetilhengere at slike tiltak ofte var nytteløse.

Det er derfor rimelig at dette skapte grunnlag for diskusjon i komitéen som utarbeidet forslaget til sunnhetsloven. Blant komitéens medisinske kompetente medlemmer var det overvekt av miasmetilhengere, men Christian Homann hadde en sentral rolle under forarbeidene. Homann var på denne tid Telemarks mest fremtredende lege med betydelig anseelse innen vitenskapelige kretser og han var en meget aktiv forkjemper for ideene om spesifikke smittestoff og behov for å iverksette tiltak mot spredning av smittsomme sykdommer. Som en samtidig kilde fra denne tiden har hans «amanuensis», mangeårige samarbeidspartner i Kragerø og etterfølger som distriktslege Christian Hartwig (1824-92) omtalt Homanns sentrale rolle under utarbeidelsen av sunnhetsloven slik:⁷⁵



Christian Homann den yngre (1826-1880), distriktslege i Kragerø, var en fremragende vitenskapsmann og således Telemarks mest anerkjente lege på 1800-tallet. Han førte nøyaktige oversikter over dødsårsaker i Kragerø legedistrikt. Særlig kjent var han for sine studier av dysenteri-epidemien i 1859. Ved sin overbevisning om sykdomspredning ved smitte satte sitt preg på denne delen av sunnhetsloven. Han var æresdoktor ved Det medisinske fakultet. (Steffens 1916)

⁷³ Kierulf 1861(I).

⁷⁴ Kierulf 1861(II).

⁷⁵ Steffens 1916 s. 436.

Sundhedsloven af 1860 som endnu er gjældende Lov i Norge, er knyttet til Doktor Homanns Navn. Loven er skrevet under den Forudsætning, at smitsomme Sygdomme skyldes et bestemt Smittestoff, som overføres fra Person til Person. Men dette var langt fra den almindelige Mening i 1860; den Tid kjendte man ikke Bakterierne, og det var først en senere Tid forbeholdt at skaffe Bevis for, hvad enkelte Faa ansaa at være rigtig. Blandt disse faa var Homann, men det overveiende Flertal af Læger, det medicinske Fakultet med Professor Conradi i Spidsen, var af den Anskuelse, at Smitte laa i Luftforholdene, saa at Nogle Sygdomme herskede om Vaaren, andre om Høsten. Der blev i 1858 nedsat en kongelig Kommission med Professor Conradi som Formand for at udarbejde en Sundhedslov, hvad man dengang fuldstændig manglede. Foruden Conradi var der 2 Læger, Professor Faye og Expeditionschef Kierulf. Faye stod paa Conradis Standpunkt, men Kierulf kan muligens have havt Homanns Anskuelse. Han havde nemlig været Assistent hos daværende Lektor, senere Professor Wilhelm Boeck. Men Wilhelm Boeck ... tilbragte sin Ungdom i denne By, hvor han fik gamle Distriktslæge Homanns Syn paa de smitsomme Sygdomme, det samme som denne ogsaa gav sin Søn. ...

... Da nu Kommissionens Forslag til Lov blev fremlagt i Begyndelsen af 1860, saa man det merkelige, at det var «Smittestofmændenes» Anskuelser, som var lagt til Grund. Den som havde fremtvunget dette, var Homann. Han havde efterhvert faaet sig tilstillet alt, hvad Kommissionen skrev, gennemgik det kritisk, og hans Bemærkninger blev omsider taget Hensyn til. Naar han kunde optræde med saadan Myndighed (han var 33 Aar gammel), saa var det paa Grund af de Erfaringer han sammen med sin Amanuensis C. Hartwig havde høstet under den Blodgangsepidemi, som herskede her i Distriktet Sommeren 1859. Homann var fra første Stund sikker paa, at Sygdommens Aarsag ikke laa i Luften (der var en voldsom Varme og Tørke den Sommer), men at den ene og alene blev overført fra Person til Person. Han søgte derfor at stanse Sygdommen efter de Principer, som vi anvender den Dag idag, ved Afsondring af de Syge, Ødelæggelse af deres Udtømmelser, hvor han mente at Smittestoffet maatte findes, Vasking af Værelser og alt Tøi, Udlufting af Gang- og Sengklæder. Store Ligfølger blev forbudt, Skolerne lukket. Homann havde alene en Cancelliplakat af 1791 at holde sig til, men der stod jo ikke meget, saa han maatte saa at sige af egen Magtfuldkommenhed paabyde, hvad han ansaa for nødvendig. Befolkningen baade i Byen og paa Landet havde imidlertid en absolut Tillid til ham og gennemførte hans Anvisninger med største Nøiagtighed. Men da han saa fandt det nødvendig at forbyde Sessioner og Thing, begyndte Autoriteterne, specielt alle Jurister, at steile og protesterede paa det bestem-

teste mod, at hans Theorier skulde kunne lede til den Slags Følger. Homann gav sig imidlertid ikke. Han fik ogsaa sin Vilje igjennem.

Amtmand Aall, som jo heller ikke var nogen almindelig mand, mente, at man skulde bøie sig for ham, og aflyste Thingene. Men Homann glemte ikke de Hindringer, man havde forsøgt at lægge ham i Veien, og Sundhedsloven bærer merke deraf. Den for Datidens Lovgivning ganske merkelige, demokratiske Bestemmelse, at Sundhedskommissionen paa Landet skal bestaa af Herredsstyret sammen med den offentlige Læge, skyldes netop den Modstand som Homann mødte hos Autoriteterne.

7.6 Sunnhetskommisjonenes sammensetning

Før 1860 ble problemer knyttet til helseforholdene håndhevet av politiet ved politimesteren i byene og fogden i landdistriktene med sakkyndig bistand av de sivile embetsleger innenfor sine distrikter.⁷⁶ Under forarbeidet med sunnhetsloven gikk man inn for å erstatte denne mangelfulle ordningen med et desentralisert system av sunnhetskommisjoner med medisinsk ekspertise i ledelsen. Legene hadde allerede i 1850-årene en klar posisjon som faglig instans på helse, og det var derfor naturlig at sunnhetsloven av 1860 innførte prinsippet om at distriktslegen eller en annen lege skulle være ordfører for sunnhetskommisjonen. At en lege skulle være leder var grunnlagt med at hvis han skulle kunne «gripe Initiativet til sanitære Forbedringer, maa han stilles fremmest i Rækken».

Videre argumenterte lovkomiteen for at sunnhetskommisjonene måtte ha en sammensetning slik at de lokale myndigheter måtte ta ansvar og fatte avgjørelser om helsetiltak «naar de have overbeviist sig om deres Hensigtsmæssighed».⁷⁷ Som følge av at oppgavene var forskjellige i byene og i landdistriktene, ble sammensetningen forskjellig. I byene besto kommisjonen av et mindre antall valgte representanter med forskjellig kompetanse, – foruten distriktslegen som ordfører særlig stadsingeniøren som var sentral i sammenheng med byenes vann- og kloakksystemer.

Siden hovedoppgaven i landdistriktene var å gi informasjon om helserelevante emner til befolkningen, skulle hele herredstyret utgjøre sunnhetskommisjon der. Distriktslegen holdt foredrag for herredstyrerepresentantene, som så skulle spre denne kunnskapen videre i sine bygder.

Sammensetningen av sunnhetskommisjonene representerte en demokratisk prinsipp gjennom at ansvaret ble tillagt et folkevalgt organ. Det representerte dessuten en desentralisering, idet ansvar ble overført fra sentrale

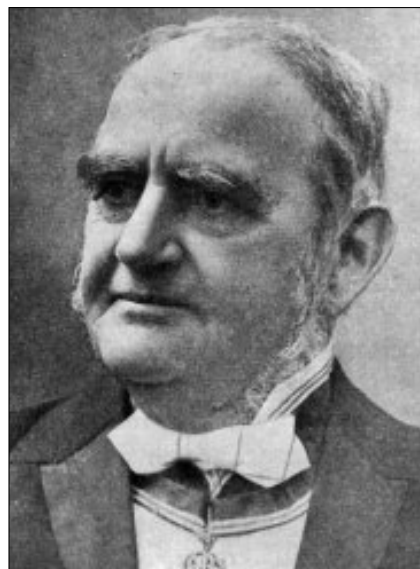
⁷⁶ Sosialdepartementet 1960 s. 2.

⁷⁷ Sosialdepartementet 1960 s. 3.

til de lokale myndigheter. Sunnhetsloven innførte det Karl Evang kalte kommunalt selvstyre i helsesaker, men skilte likevel det norske systemet fra systemet i mange andre land ved at en medisinsk sakkyndig – den offentlige legen – ble sunnhetskommisjonens formann.⁷⁸ Dette innebar at befolkningen selv måtte være med og forstå hva som foregikk, og videre at helsetiltakene kunne avpasses etter økonomisk og kulturelt nivå. Den offentlige lege ble både det lokale samfunns tjener og veileder og samtidig samfunnets eller de sentrale myndigheters representant. Den uensartethet mellom forskjellige distrikter som kunne bli følgen av demokratiseringen, ble gjennom dette i noen grad motvirket.

Homann var som nevnt aktivt med under utarbeidelsen av sunnhetsloven, og hans synspunkter om sunnhetskomisjonenes virksomhet ble tatt til følge. Hans skepsis til embetsverkets – og særlig juristenes – vilje til å ta de nødvendige beslutninger for å unngå økt forekomst av sykdom kom klart fram i hans sentrale artikkel om dysenteriepidemien i Kragerø i 1859, der han la fram sine erfaringer med gjennomføringen av smittevernet.⁷⁹ Han hevdet:

at vi hos vore Tilsynsmænd og hos Communalbestyrelsen have fundet en Iver, Skjønksomhed og Conduite stor nok til, at vi maa antage at Sundhedscommissionerne kan udelukke saavel juridiske som geistlige og militære Embetsmænd. ... Vi troe man gjør rettest i at overlade den specielle Ordning af Sundhedsvæsenet til Sundhedskommissioner, sammensatte af Lægen og Communalbestyrelsen, og at udruste en saadan Commission med den fornødne Myndighed. Lægen vil forstaae at gjøre de nødvendige Foranstaltningers Nytte og Paatrængenhed indlysende og Communalbestyrelsens Medlemmer ville med den Autoritet, de inden Communen



Andreas Backer (1873-1913), distriktslege i Skien legedistrikt fra 1873 til 1908. Han var samtidig overlege ved Bratsberg amtsykehus til 1903 og amtslege fra 1891. Han hadde friskt pågangsmot og stor arbeidskraft, og han var hovedmannen bak utbyggingen av helsevesenet i Skien gjennom mange år, blant annet tok han initiativ til epidemilasaretten i Skien i 1880-årene, Høgås sanatorium i 1906 og det nye amtsykehuset som sto ferdig i 1909. Foruten i Skien by var han sunnhetskommissjonsordfører i de folkerike herredene Gjerpen og Solum, samt i Slemdal (Siljan). (Østvedt 1959)

⁷⁸ Schjønsby 1996 s. 75.

⁷⁹ Homann 1860 s. 350.

besidde, lette disses Gjennemførelse. Det juridiske Politie maa staae i Sundhedspolitiets Tjeneste, men maa i Sundhedsvæsenet ikke have Myndighed over eller ved Siden af Sundhedscommissionen, eller paa nogen Maade have Anledning til at modarbeide dennes Foranstaltninger.

Homann innså videre at det kunne tenkes motsetninger mellom legen i sunnhetskommisjonen og de ikke-legekyndige medlemmene, og han mente at en slik dissens burde avgjøres av Medisinalbestyrelsen sentralt, der Kierulf var ekspedisjonsjef.

7.7 Sunnhetslovens svakheter og rolle fram mot århundreskiftet
Svakheterne med sunnhetsloven kom snart til syne. Sunnhetskommisjonene måtte gå forsiktig fram for å ikke gå for hardt inn på det som gjaldt eiendomsrett, og endog privat frihet. Økonomiske ressurser for det kommunale helsearbeidet var ikke lagt inn i loven, slik at sunnhetskommisjonene måtte søke dekning for kostnadene hos bystyre eller amtskommunen. Relevante sanksjonsmidler og ressurser til å øve tilfredstillende kontroll manglet også. Dette skapte store variasjoner fra sted til sted, og distriktslegens personlige egenskaper og aktive engasjement var avgjørende for resultatet. Men legen kunne ikke utøve en slik funksjon uten å ha sunnhetskommisjonen i ryggen.⁸⁰

I landdistriktene virket systemet langsomt, fordi det normalt bare var ett til tre møter i året i de fleste herredene. Dessuten var interessen blant kommunerepresentantene svært laber mange steder. Det er derfor vanskelig å evaluere hvilken betydning sunnhetskommisjonene hadde på bygdene. Men systemet ble kjent og kunne tas i bruk når mer konkrete oppgaver ble tillagt kommisjonene etter 1890.⁸¹

Også rundt 1860 var man klar over at det ville ta tid før loven ville fungere etter hensikten, og sunnhetskommisjonenes myndighet og forholdet mellom påbud og frivillighet ble diskutert. Således mente Christian Homann at det også i tider uten epidemier var generelt nødvendig å forbedre de hygieniske forholdene i landdistriktene. Han innså at det var vanskelig å få dette til ved påbud gjennom en lov og var skeptisk til nytten av at distriktslegen skulle holde foredrag for sunnhetskommisjonsmedlemmene i landdistriktene og bemerket at «Den belærende Virksomhed, som man paabyder Lægen, troe vi de fleste Læger med os ville erkjende sig udygtige til paa tilfredstillende Maade at røgte. Vi troe, at man vil opnaae lige-

⁸⁰ Schjønsby 1985 s. 60.

⁸¹ Schjønsby 1996 s. 76.

saa meget blandt Almuen at udbrede Kjendskab til Hygienen gennem populære Priisskrifter over dens enkelte Dele, som ved de mundtlige Foredrag af vore Distriktslæger.» Han mente videre at enkelte sanitære krav burde kunne påbydes uten for mye motstand, og at sunnhetskommisjonen måtte påse at dette ble gjennomført. Det gjaldt særlig forbud mot «at man deler Bolig med Svin og Kreaturer, eller at disses Excrementer og ligesaa Beboernes kastes rundt om Huset.» Ifølge Homann var det allerede forståelse for slike krav i landdistriktene.⁸²

I forvaltningen fikk sunnhetskommisjonene mer å si i 1890-årene.⁸³ Det skyldtes at det da kom en del nye lover, der sunnhetskommisjonen hadde rett og plikt til å uttale seg om helseskadelige forhold. Skoleloven av 1889 bestemte at sunnhetskommisjonen skulle vurdere nye skolebygg. Fabrikktilsynsloven av 1892 gav distriktslegen et klart ansvar for risikofaktorer i arbeidsmiljøet. Etter loven om kjøttkontroll av 1893 var sunnhetskommisjonen ankeinstans og hadde ellers ansvar for næringsmiddelkontrollen. Sunnhetskommisjonens ordfører skulle også være medlem av bygningskommisjonen og reguleringskommisjonen i byene etter loven om bygningsvesenet (1896), ha kontroll med kirkegårdene (1897), tilsyn med jordmødrene (1898). Også tuberkuloseloven av 1900 delegerte ansvar til sunnhetskommisjonen. For distriktslegen kom dette i tillegg til det han hadde fra før (vaksinasjon, medisinalberetninger, smittevernet).

⁸² Homann 1860 s. 353.

⁸³ Seip 1984 s. 233.