

10 Metodiske problemer ved bruk av sunnhetskommisjonsprotokollene som historisk kilde

10.1 Gir kildene et rett bilde av lokalt forebyggende helsearbeid?

Sunnhetsloven var grunnlaget for at det forebyggende helsearbeidet i Norge etter 1860 kom til å gjelde sykdom og helse generelt og at dette arbeidet fikk en permanent karakter med lokal forankring. Etter at sunnhetskommisjonene i 1861-62 kom i gang i alle by- og landkommuner i Norge, fikk hver kommisjon sin egen autoriserte protokoll, der referatene fra møtene ble ført. En del protokoller etter sunnhetskommisjonene før 1860 finnes, men disse er gjerne bare ført over perioder på noen få år i forbindelse med spesielle epidemier, f.eks. kolera i 1849 og 1859. Fra 1861 ser det ut til at protokollene er ført regelmessig, og ved skifte av distriktslege ble protokollene normalt videreført av etterfølgeren.

Et sentralt spørsmål er om disse protokollene er ført på en slik måte at de gir et rett bilde av sunnhetskommisjonenes aktivitet i perioden 1860-1900 og derved mer generelt av det forebyggende helsearbeidet i Norge i denne perioden. Det kan tenkes at vesentlige deler av kommisjonenes aktivitet foregikk uten at det ble protokollert. I de kommunene som er undersøkt i Telemark, er møteprotokollene autorisert av amtmannen, og møter, saker og beslutninger synes å være systematisk ført gjennom hele perioden. Disse protokollene er således det sentrale arkivet for sunnhetskommisjonene. De ble normalt underskrevet av kommisjonsmedlemmene ved møtenes slutt, noe som gir grunn til å tro at det vesentlige ble tatt med. Detaljeringsgraden er imidlertid variabel, og vanligvis er sakene referert kortfattet, gjerne som vedtaksreferat.

I en del kommuner er det i tillegg til protokollene funnet enkelte spesielle dagbøker og kopibøker. Av disse framgår det hvilken korrespondanse distriktslegen hadde knyttet til hans rolle som ordfører i sunnhetskommisjonen. Disse bøkene er ført med variabel grundighet over tid, trolig avhengig av den enkelte distriktsleges forgodtbefindende. Slike bøker har trolig i stor grad fulgt den enkelte lege, og mange av dem kan derfor ha gått tapt. For enkelte år kan de inneholde utfyllende opplysninger til saker, som er referert i møteprotokollene. De viser også at distriktslegen har hatt en del korrespondanse som ordfører i sunnhetskommisjonen uten at sakene ble tatt opp i kommisjonen.

Lokalt forebyggende helsearbeid omfattet mer enn bare distriktslegene og sunnhetskommisjonene. I byene var både bygningskommisjonenes og reguleringskommisjonenes virksomhet helserelatert. Virkningene av dette økte i 1890-årene, og etter bygningsloven av 1896 ble sunnhetskommisjonens ordfører medlem i begge disse. Dette er i noen grad omtalt i artikkel 6. Stadsingeniørens arbeid var også en viktig faktor i denne sammenheng. Han var da også fast medlem av sunnhetskommisjonen etter sunnhetslovens §1 og ble stadig referert i møtereferatene i Skien.

Annet helsepersonell spilte en relativt beskjeden rolle før rundt 1900. Av hjelpevaksinatorer og jordmødre var en del plassert utover i distriktene. I Telemark var det 34 jordmødre i 1878 og antallet økte til 49 i 1898.⁹¹ Størstedelen av denne økningen skjedde i Skien legedistrikt. Bare en diakonisse er registrert i medisinalberetningene i bygdesamfunnene i Telemark før 1900. Dette var i Kviteseid der det i 1893 ble dannet en diakonisseforening som ved gaver gjorde det mulig å finansiere en diakonisse som gav gratis pleie til fattige og instruksjon i hushold. I sin medisinalberetning for Kviteseid legedistrikt skrev distriktslege Heidenreich så seint som i 1896: «Særlig i Retning af Sygepleie og Renlighed har hun virket særdeles meget, ligesom hun ved at holde Lappeskole har vakt Sandsen og Nyttens af at holde Klæderne hele, her var kun et Faatal af Kvinderne der kunde sy og lappe, saa Klæderne hang paa Folks Kroppe i Filler og Laser, og blev saa kastet, aldri omsyet til Børn eller lappet. Hvor diakonissen ikke har virket, staar Befolkningen særdeles lavt med Hensyn til Sygepleie.»

I sunnhetsloven og ekspedisjonsjef Kierulfs veiledninger til denne er der ganske klare retningslinjer for sunnhetskommisjonenes aktivitet. Både de årlige medisinalberetningene og sunnhetskommisjonsprotokollene gir likevel et klart inntrykk av at både møtehyppighet og saksinnhold i betydelig grad ble preget av den enkelte distriktsleges holdninger og initiativ. I noen tilfeller sa distriktslegen klart i fra at han kun ville holde møte dersom der var aktuelle saker, og dette avspeiles i møtereferatene. På den annen side er det mulig å studere forskjeller i aktiviteten i nabokommuner, som hadde samme distriktslege som kommisjonsordfører over ganske lange perioder. Av kommunene i denne undersøkelsen gjelder dette Skien og Gjerpen, Langesund og Bamble, – altså by med omland. Enkelte forhold knyttet til dette er omtalt i artikkel 3 og 4. Undersøkelsen inneholder likevel for få kommuner til å gi et endelig svar på distriktslegens rolle.

⁹¹ Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge for Bratsberg amt 1878 og 1898.

10.2 Tematisk registrering av saker og beslutninger i møtereferatene

Ved å registrere antall saker og beslutninger i de protokollerte referatene i en del utvalgte kommuner er det mulig å gi et bilde av den aktiviteten som sunnhetskommisjonene i Telemark hadde gjennom perioden 1860-1900. Det vil da framgå hvilke saksområder som ble vektlagt. De problemene som en slik analyse medfører, er bare kort nevnt i artikkel 3 og 4, og skal derfor omtales noe mer utførlig i det etterfølgende.

De enkelte sakene eller temaene i møtereferatene er ofte ikke atskilt med egne saksnummer, men er utformet som en sammenhengende beretning om hva som ble tatt opp til diskusjon og hvilke beslutninger som ble gjort i løpet av hvert møte. I Skien ble det rett nok benyttet saksnummerering alt tidlig i 1860-årene, men gjennomføringen er ikke fullstendig og systematisk. I Langesund er saksnummer brukt mer eller mindre tilfeldig gjennom hele perioden fra 1861-1900, i Bamble først sporadisk fra 1895. På denne bakgrunn er det nødvendig å foreta en definering av saker og beslutninger i ettertid, slik at møtereferatene kan inndeles i tråd med dette. I denne prosessen oppstår en del metodiske problemer, og en del prinsipper for inndelingen og kategorisering må fastlegges.

Ole Berg deler i direkte og indirekte forebyggende helsearbeid.⁹² Direkte forebyggende arbeid kan deles i tre strategier: 1) å ufarliggjøre miljøet, 2) å styrke individet til bedre å kunne leve i et farlig miljø, og 3) å beskytte individet ved å få det til å unngå farlige miljøer eller mest mulig isolere individet fra slike miljøer. Disse strategiene kan drives på flere nivå – det fysiske/kjemiske, det biologiske, det psykiske og det sosiale. Indirekte forebyggende arbeid går ut på å styre eller påvirke den direkte forebyggende adferden gjennom medvirkning i utarbeidelse av lover og forskrifter og gjennom administrasjon av disse. Videre vil informasjon, opplæring eller instruksjoner til befolkningen eller grupper av denne om helse og sykdom være å regne som indirekte forebygging.

Denne hovedgrupperingen ligger også til grunn i denne undersøkelsen, men det er laget en klassifikasjon av sakstypene som går mer direkte på problemstillingene i perioden 1860-1900, og som tar hensyn til at vesentlige deler av sunnhetslovens bestemmelser bygde på en annen sykdomsoppfattning enn i dag. Som vist nedenfor er den virksomheten som er referert i møteprotokollene, i det etterfølgende delt i fire hovedgrupper: 1) miljøhygiene, 2) smittevern, 3) helseinformasjon og 4) administrasjon, økonomi.

Hovedgruppen «miljøhygiene» dreier seg om iverksettelse av tiltak for å ufarliggjøre miljøet på det biologiske og det fysiske/kjemiske nivå og hører

⁹² Berg 1987 s. 143.

for en stor del til det direkte forebyggende arbeid, men kontroller og mer direkte instruksjoner til befolkningen er også tatt med. Hovedgruppen «smittevern» var i denne perioden før mikrobiologiens gjennombrudd i det alt vesentlige rettet mot miljøet, nemlig i form av tiltak med sikte på å unngå smitte eller hindre smittespredningen. Det eneste tiltaket på denne tid der det direkte siktemålet var styrking av det enkelte individs motstandskraft, var vaksinasjon og revaksinasjon mot kopper. Slik vaksinasjon må også i tillegg sees på som et middel til å kontrollere smittespredningen av denne sykdommen.

Hovedgruppen «helseinformasjon» ble i herredene gjennomført av distriktslegen direkte overfor herredstyrerepresentantene under møtene. I byene skjedde dette mer i form av meldinger og instruksjoner i avisene. Hovedgruppen «administrasjon, økonomi» omfatter valg av representanter, oppsynsmenn og folk til å ta seg av spesielle oppgaver, samt de mange søknadene til kommunestyrene om økonomisk dekning av tiltak som måtte gå gjennom sunnhetskommisjonene ifølge sunnhetslovens §15. Helseinformasjon og helseadministrasjon kan i hovedsak sies å høre under indirekte forebyggende arbeid.

En femte hovedgruppe «karantenesaker» er tatt med for Langesund som i perioder hadde en omfattende administrasjon av karantenevesenet, fordi dette ladestedet lå strategisk plassert ytterst i Skiensfjorden. Karantenevesenet fungerte i kystbyene, og utgiftene til dette ble delvis dekket av sentrale myndigheter.

De fire hovedgruppene for sunnhetskommisjonene inkluderer en rekke underområder, som kan beskrives slik:

Hovedgruppe 1: Miljøhygiene er delt i disse undergruppene:

Instruksjoner til befolkningen gjaldt i det alt vesentlige sanitære forhold, og det var særlig i forbindelse med store epidemier eller under trussel av slike at såkalte foranstaltninger om sanitære forhold ble kunngjort for befolkningen. Dette skjedde på ulik vis, i byene særlig gjennom avisene. Slike kunngjøringer hadde mer form av instruks eller pålegg enn av informasjon og opplysning. Det var særlig i forbindelse med trussel om koleraimport eller utbrudd av tyfus at dette var aktuelt, men også mer alment.

Instruksjoner til bedrifter gjaldt kritikkverdige forhold knyttet til behandling av næringsmidler, men dette kom først i 1890-årene.

Kontroller og befaringer utført i forbindelse med de dårlige sanitære forholdene ble ikke sjelden bestemt for å se til at enkeltpålegg eller instruksjoner til

befolkningen ble etterkommet. Det var gjerne politimesteren, stadsingeniøren eller midlertidig oppnevnte tilsynsmenn som utførte slike kontroller. Nattmenn med spesielle instruksjoner ble i perioder tilsatt for å få utført renovasjonen. Næringsmiddelhygieniske kontroller kom i 1890-årene.

Direkte tiltak ble sterkt dominert av saker angående renovasjon, priveter, gjødselbinger, husdyrhold, kloakkforhold o.l. i byene. Begrepet «sanitære misligheter» ble i samtiden brukt i vesentlig videre betydning enn i dag og omfattet ofte andre deler av miljøhygienen.

Næringsmiddelhygieniske tiltak gjaldt sunnhetskommisjonens ansvar for å hindre at bedervete matvarer ble omsatt, og at slike varer ble tilintetgjort.

Forurensset drikkevann var ofte koblet til de sanitære forholdene, særlig før byene fikk egne vannverk. I denne undergruppen er det her bare tatt med de tilfellene, der drikkevannskvaliteten er en uttrykt del av problematikken.

Luftforurensning oppsto i forbindelse både med gammel og ny næringsvirksomhet. I en tid med begrensede muligheter for kjemiske målinger var det «lukt» som var det kriterium man forholdt seg til. Imidlertid var lukt eller stank også en side av de generelt dårlige sanitærforholdene som lå under ansvaret til private huseiere, men beslutninger der dette er nevnt, er i denne undersøkelsen gruppert under «renovasjon/avfall» (jfr. artikkel 3, tabell 4)

Arbeidsmiljø og sikkerhet lå under sunnhetskommisjonene inntil de lokale fabrikktilsynene ble opprettet i 1890-årene. Slike saker er ikke registrert i Skien eller Langesund, og det må antas at distriktslegen tok disse sakene direkte.

Inneklimatiske eller bolighygieniske forhold ofte i forbindelse med trangboddhet var et sentralt saksområde for sunnhetskommisjonene. Særlig var man oppmerksom på romvolum og ventilasjon i skolene, mens tilsvarende forhold i private hjem bare sjelden ble tatt opp. Enkeltstående eksempler på giftstoffer i tapeter o.l. hører også inn under denne undergruppen.

Nye virksomheter/bygg omfatter høringsuttalelser og godkjenning av plassering og innredning av nye virksomheter i forhold til hygieniske krav. Dette var en egen del av det indirekte forebyggende helsearbeidet, som ofte ble gitt utførlig omtale i møteprotokollene.

Ved bygging av nye skoler var sunnhetskommisjonen høringsinstans for kommunen når det gjaldt tomtevalg og vurdering om bygningsteg-

ninger med mer. For skolebygninger var det godkjennelse av de helsemessige sider ved bygget som hørte inn under kommisjonens ansvarsområde. Også ved omlegging av bruk av enkeltrom i eksisterende bygg ble sunnhetskommisjonen kontaktet.

Godkjennelse av næringsbygg i forbindelse med anlegg av ny næringsvirksomhet og omlegging av gammel var sunnhetskommisjonen en viktig høringsinstans. Kommisjonen mottok slike saker fra private bedriftsledere eller via magistraten, reguleringskommisjonen eller bygningskommisjonen i kommunen.

Plassering av nye eller utvidete kirkegårdsareal var også et saksområde det ble lagt betydelig vekt på.

Hovedgruppe 2: Smittevern er delt i disse undergruppene:

Instruks til befolkningen i forbindelse med store epidemier eller under trussel av slike ble kunngjort for befolkningen på forskjellig vis, i byene særlig gjennom avisene. Slike kunngjøringer hadde mer form av instruks eller pålegg enn av informasjon og opplysning.

Sykehuslokale til midlertidig bruk var gjerne utvalgte private bygninger for isolasjon av smittfarlige pasienter som ikke kunne isoleres i heimen. Slike «epidemilasetter» ble opprettet etter sunnhetslovens §17 og benyttet i en rekke tilfelle både ved koppesykdom og ved andre sykdommer. Under trussel av koleraimport fra nord-europeiske havner ble midlertidig sykelokale holdt i beredskap både i Skien og Langesund for å kunne ta hånd om smittfarlige personer som kunne komme med innkommende skip. Samtidig med avtale om lokale ble det også i mange slike saker gjort avtaler om å ha nødvendig utstyr og personell i beredskap.

Direkte tiltak mot smittespredning i akutte situasjoner omfattet gjerne isolasjon, desinfeksjon, stenging av lokaler eller andre tiltak. Instruks om forholdsregler og rutiner ble i noen tilfeller sendt til lokale leger, til kommunale kommisjoner og andre.

Isolering av enkeltpersoner eller husstander i egne hjem eller på sykehus ble i noen tilfelle gjort av sunnhetskommisjonen direkte, gjerne kombinert med oppsetting av varselsplakater («Her er Børnekopper»). Likeså ble friske personer i hus med smitte gjerne utestengt fra sammenkomster, skoleundervisning mm. Men svært ofte ble slike tiltak iverksatt av distriktslegen alene og da senere bare referert for kommisjonen. Pleier eller tilsynsperson ble midlertidig tilsatt der det var nødvendig å sørge for pleie av isolerte syke personer eller for å sørge for at isolasjonen ble overholdt over kortere peri-

oder. Syke sjøfolk, som kom hjem fra utlandet, ble gjerne midlertidig internert ombord før de ble brakt på sykehus. Den friske delen av mannskapet på slike skip ble da isolert ombord inntil smittefaren var antatt å være fjernet. Isolasjon av personer på skip ble gjort av karantenekommisjonen i Langesund, som var hovedkarantenestasjon for Grenland.

Ved utbrudd av koppesmitte ble vaksinasjon og revaksinasjon gjerne satt i verk som akuttiltak i nærområdene der nyoppdagete tilfeller av kopper ble isolert (jfr. artikkel 5).

Desinfeksjon ved røking, vask, koking av gjenstander, klær eller rom, der syke har oppholdt seg, ble gjennomført i medhold av sunnhetslovens §24, og vedtak ble gjerne tatt opp i forbindelse med vedtak om isolasjon. Ofte ble slike tiltak satt i verk av distriktslegen alene som oppfølging av en isolasjon, og da senere bare referert for kommisjonen.

Stengning av skole ble gjennomført for utvalgte skoler i kortere perioder under epidemier av særlig skarlagensfeber eller difteri. Møteforbud og restriksjoner på forsamlingsvirksomhet ble også gjennomført under epidemiutbrudd.

I enkelte tilfeller ble det etter dødfall ved smittsom sykdom påbudt restriksjoner under begravelsen etter sunnhetslovens §25, slik at kontakt med liket og det huset der avdøde hadde ligget, ble minst mulig.

Distriktslegen benyttet ofte møtene til å orientere sunnhetskommisjonens medlemmer om forekomst av smittsom sykdom i tiden, både mer generelt og om spesielle isolerte tilfeller. På grunn av tidsfaktoren var det vanlig at eventuelle tiltak mot smittespredning alt var iverksatt av distriktslegen, før saken kom opp i sunnhetskommisjonen. Normalt ble da slike tiltak referert eller bekreftet av kommisjonen i ettertid. Under spesielle epidemier ble slike saker gjerne fulgt opp av mer omfattende tiltak av sunnhetskommisjonen.

Hovedgruppe 3: Helseinformasjon:

Orientering til sunnhetskommisjonsmedlemmene foregikk i herredene ved at distriktslegen holdt foredrag eller kortere orienteringer til en større eller mindre del av representantene i formannskap og kommunestyre. Det kunne enten dreie seg om spesielle sykdommer som opptrådte akkurat da, eller det kunne være mer generelle tema om kroppens funksjoner eller hygieniske tiltak.

Kunngjøringer til almenheten av opplysende karakter ble slått opp ved plakater, kunngjort muntlig på kirkebakken, annonsert i aviser eller delt ut til huseierne i området.

Hovedgruppe 4: Administrasjon, økonomi er inndelt i disse undergruppene:

Kommunale helseforskrifter var utarbeiding av forslag til alminnelige forskrifter med hensyn på sunnhetsvesenet i kommunene ifølge sunnhetslovens §4 (for byene) og §11 (for herredene). Dette ble gjennomført like etter 1860 for byene, etter hvert også for herredene. Revisjoner og tillegg var det også en del av.

Økonomi gjaldt dekning av kostnader særlig til tiltak mot epidemisk sykdom (sunnhetslovens §15), trykking av instruks for utdeling og opprettelse av midlertidige sykehus (sunnhetslovens §21). Gjennomføring av sunnhetskommisjonens beslutninger var ofte avhengig av offentlige bevilgninger og måtte innhentes ved søknader til kommunestyret eller til amt-mannen.

Andre administrative saker var det mange av. Valg av nye medlemmer av sunnhetskommisjonene ble gjort i medhold av sunnhetslovens §1 og §8. Fram mot 1900 kom også en rekke oppnevninger av representanter til andre oppgaver eller utvalg (fabrikktilsyn o.a.).

Oppnevning av oppsynsmenn i herredene etter sunnhetslovens §16 forutsatte en inndeling i kretser, der en lokal tilsynsmann i hver krets hadde ansvar for å melde fra om epidemisk sykdom så raskt som mulig. Kretsinn-deling, oppnevning av tilsynsmenn og utarbeidelse av spesielle forskrifter for disse hørte inn under sunnhetskommisjonenes tidligste oppgaver. I enkelte landdistrikter foregikk dette mer uformelt i den første tiden ved at kommisjonsmedlemmene, som var kommunestyrepreressantene, ble bedt om å ha sin oppmerksomhet rettet mot mulige utbrudd av smittsom sykdom i sine nabolag.

Sunnhetskommisjonene sto sentralt som høringsinstans i en rekke saker med helsemessige konsekvenser. De uttalte seg om tilsendte lovutkast fra sentrale myndigheter, for eksempel kvaksalverloven, og om offentlige retningslinjer på dette området, som ble oversendt fra det lokale formannskapet.

10.3 Metodiske problemer ved registrering av antall saker og beslutninger

Det er nødvendig å skille mellom saker og beslutninger. Antall saker i løpet av en periode vil normalt være forskjellig fra antall beslutninger på grunn av flere forhold. En rekke saker som ble tatt opp, endte uten vedtak. Dette gjelder en rekke referatsaker, men også saker som av ulike årsaker ble utsatt eller oversendt annen instans «til erklæring» før saken på nytt ble tatt opp i

kommisjonen til avgjørelse. På den annen side skjedde det ikke sjelden at kommisjonen fattet flere beslutninger med utgangspunkt i en og samme innkommende sak. For eksempel kunne et sirkulære om mulig risiko for import av kolera fra utlandet således resultere i vedtak om 1) sykehusberedskap, om 2) iverksettelse av sanitærkontroll og om 3) anmodning om disponering av midler fra kommunekassa.

Ikke sjelden ble en sak behandlet flere ganger i etterfølgende møter, og i denne undersøkelsen er sakene registrert på nytt hver gang de ble tatt opp. Det kan selvsagt diskuteres om denne måten å telle antall saker på gir et mest mulig korrekt bilde, men bakgrunnen for at saker kom opp flere ganger var ofte at ny informasjon var kommet til i mellomtiden. Dette gjelder en del saker, f.eks. om innføring av isolasjon av syke, skolelukking o.a., som ble tatt opp på et møte og så opphevet på et senere møte når sykdommen var over. Forurensningssaker, der første gangs pålegg ikke gav det ønskede resultat, ble også gjerne opp på nytt etter en tid. Også saker i helseforvaltningen og spørsmål om godkjenning av planer ble ofte diskutert i flere runder i forbindelse med at man ønsket flere opplysninger.

På enkelte punkter varierte referatpraksis mellom sunnhetskommisjonene, og dette vil påvirke hvordan man i ettertid plasserer samme forhold i forskjellige sakstyper. For eksempel ble det noen ganger referert i protokollen hvilke navngitte huseiere som skulle gis pålegg om å rette opp sanitære forhold på sin eiendom. Dette fører til at det enkelte år blir registrert et stort antal saker innenfor miljøhygieniske «direkte tiltak». Andre ganger valgte kommisjonen å gå ut med en instruks om sanitære foranstaltninger til hele byen eller til et ikke spesifisert antall huseierne i spesielle belastede områder. I slike tilfeller registreres saken en gang under sakstypen «instruks til befolkningen».

10.4 Metodiske problemer ved registrering av sakenes opphav og beslutningens adressat

En saks opphav var enten internt (fra sunnhetskommisjonen selv) eller eksterne avsendere (fra offentlige instanser eller fra private). Å plassere sakene innenfor bestemte opphavskategorier kan være problematisk, fordi opphavet ikke alltid framgår i referatet. Ofte går det ikke klart fram om slike saker ble tatt opp av distriktslegen som kommisjonens ordfører eller av et av medlemmene. Slike saker er derfor registrert samlet, selv om mange av disse må antas å være tatt opp av distriktslegen uten at dette går tydelig fram. Både stadsingeniør og byfogd/politimester satt som medlem av sunnhetskommisjonen i byene i kraft av sine stillinger, og disse både tok opp, ut-

redet eller effektuerte saker i kommisjonen. Inhabilitetsproblematikken i slike situasjoner ser bare sjelden ut til å ha voldt problemer i samtiden.

Saker fra magistrat, formannskap og kommunestyre er registrert under kategorien «lokal myndighet», men også lokale deler av sentralforvaltningen (tollinspeksjonen, kirkeinspeksjonen oa) er tatt med her. Det samme gjelder privatpraktiserende leger, som etter sunnhetsloven hadde plikt til å anmelde tilfeller av smittsom sykdom til sunnhetskommisjonen. Til «regional myndighet» regnes i første rekke saker fra amtsforvaltningen, men også i noen tilfeller saker fra andre sunnhetskommisjoner innen Bratsberg amt. Til «sentral myndighet» grupperes saker fra departementene, fra medisinaldirektøren og andre.

Dersom en sak ble oversendt sunnhetskommisjonen via magistrat eller andre offentlige organer, er det det primære opphavet som er registrert i denne undersøkelsen, så langt det er råd å etterspore dette. Om det primære opphavet er kjent eller ikke, kan være gjenstand for tilfeldigheter både i referatføringen og i saksbehandlingspraksis. For eksempel ble godkjenningssaker i en del tilfeller sendt sunnhetskommisjonen direkte fra søkerne, mens den i andre saker kom via reguleringskommisjonen eller andre kommunale instanser. Etter hvert ble det siste mest vanlig, og sunnhetskommisjonen ble da mer en høringsinstans for andre deler av det kommunale system. I denne undersøkelsen er saksopphav og adressat i slike saker registrert etter hvem som oversendte saken direkte til sunnhetskommisjonen. Dersom en sak ble tatt opp på nytt i et senere møte, etter at saken var behandlet eller utredet av annen instans, blir denne nye instansen regnet som opphav når saken kommer opp på nytt.

Beslutningenes adressat er ikke alltid klart presisert i referatene, og det er da naturlig å regne sakens opphav som beslutningenes adressat, dersom ikke annet er presisert. I en del saker rettes således hovedbeslutningen eller eventuelle tilleggsbeslutninger mot andre instanser enn opphavet. Det gjelder for eksempel i saker om avfall og renovasjon, der private og kommunen hadde delansvar.