

Embedslæger i lyst og nød

En kortfattet beretning om det danske embedslægevæsen 1945-2005

Speciallæge Nils Rosdahl

Københavns Universitet, Medicinsk Museion

I flere århundreder var offentligt ansatte læger i Danmark de eneste medicinske uddannede uden for staden København. Disse statslige embedslæger, der dog også havde kliniske funktioner, udgjorde op til midten af 1800-tallet halvdelen af de danske læger. I 1945 var knap 2% af de danske læger ansat som embedslæger. Hvordan er det gået i tiden herefter?

Ved afslutningen af anden verdenskrig

Den unge økonomiprofessor og radikale politiker *Kjeld Philip* skrev i 1947 bogen *Staten og Fattigdommen* [1]. Et af kapitlerne handlede om udviklingen af sundhedsvæsenet. Hvordan betragtede han embedslægevæsenet lige efter anden verdenskrig?

Det hvilede på en lov fra 1914, som havde ændret et system med fysici og distriktslæger til en ordning med en amts-

læge og normalt nogle kreds-læger i hvert amt. *Philip* opremse de opgaver embedslægen havde med tilsyn af medicinalpersoner og alle institutioner hvor »flere mennesker holdes samlede«. Embedslægen førte tilsyn med vandforsyning, levnedsmidler m.m. og skulle følge sundhedsforholdene i kredsen, deltage i møder i sundhedskommissioner og epidemikommissioner, behandle kønssygdomme, foretage koppevaccinationer, indsamle medicinalstatistik og være retslæge. Amtslægen, som også havde sin egen lægekreds, var bl.a. også rådgiver for amtsrådet. *Philip* konkluderede: »Embedslægen kan saaledes ikke klage over nogen Mangel paa Opgaver ... Tallet er saa stort, at ingen venter, at Embedslægen skal opfylde dem alle«. De meget detaljerede funktionsbeskrivelser fandtes i kreds-læge- og amtslægeinstrukser fra 1915.

Embedslægevæsenet har altid været statsligt, bortset fra i Københavns Kommune, der havde en kommunalt ansat og lønnet stads-læge med enkelte andre læger. Alle embedslæger var dog fagligt underlagt Sundhedsstyrelsen. Ved udgangen af besættelsen var der godt 60 statslige embedslæger, hvoriblandt amtslæger og nogle kreds-læger var lønnet som overlæger, mens flertallet af kreds-læger havde væsentligt lavere løn, da det var forudsat, at de drev praksis, var skolelæger mv. Det var dog almindeligt, at de bedre lønnede også havde bijob.

Der var status ved at være embedslæge, status var højest, hvis man var amtslæge. *Palle Wiingaard* blev amtslæge i 1952 i Skanderborg og har beskrevet [2], hvordan man var på midt-dagsinvitation med amtmanden, og den gang var en amtmand virkelig noget: uniform med en trekantet hat og født formand for amtsrådet. Nye læger mødte op for at fremvise autorisationsbevis.

Hvad gik så tiden med for disse embedslæger? Ved nytårstide skulle de afgive en medicinalberetning til Sundhedsstyrelsen om deres virksomhed og vigtige sundhedsforhold. *Wiingaard* beskrev det som en pine, der betød et ødelagt familieliv i skriveperioden. Om de bidrog til at øge Sundhedsstyrelsens muligheder for at »følge sundhedstilstanden i landet«, er ikke undersøgt.

Kreds-lægen i Varde udgav sine erindringer fra tiden i embedet 1929-1953 [3] bygget på uddrag af medicinalberetningerne. Bogen bekræfter til fulde *Philips* beskrivelse af det



Kreds-læge *Margrethe Glud* (1877-1957) på »retirade-inspektion« (ukendt tidspunkt). Hun var den første kvindelige embedslæge og var den eneste ved afslutningen af anden verdenskrig. De næste 20 år fik man to stads-læger i København, hvoraf den ene blev medicinaldirektør, samt en kreds-læge på Fyn. Først efter dannelse af embedslægeinstitutioner omkring 1980 kom der gang i rekruttering af kvinder. Illustration fra [9].



Fotografiet fra 1962 viser ventende på koppevaccination på Statens Serum Institut, som i København stod for den opgave, der i resten af landet var embedslægernes. Indtil 1977 var koppevaccination principielt en forudsætning for at begynde i skolen. Embedslægerne gennemførte derfor i nogle hektiske uger i maj/juni vaccination af de endnu uvaccinerede børn rundt om på skoler i kommunerne efterfulgt af kontrol ugen efter.

FOTO: POLFOTO

mangeartede arbejdsområde. Desværre trak forfatteren på de færreste områder lange linjer om udviklingen i de 25 år.

Nu 50 år efter har det været interessant at læse om tyske flygtninge. For 1946 anføres om Oksbøllejren: »Sundhedstilstanden, der hele tiden havde været god, bedredes yderligere«, og »de hygiejniske forhold var som helhed tilfredsstillende«. Ved udgangen af året var der 30.130 flygtninge i lejren. Der blev det år født 291 børn og 386 personer døde »fortrinsvis ældre og svagelige«. Et andet forhold vedrører Grindstedværket, hvor de udmærkede sanitære forhold for de ansatte beskrives, men hvor der ikke omtales udledninger fra produktionen, som omfattede barbiturater, sulfapræparater, emulgatorer, vitaminer m.m.

Organisation og opgaver i tiden der fulgte

Embedslægeoven fra 1914 forudsatte revision; men først i 1964 begyndte der at ske noget. En stor del af embedslægernes arbejde skete gennem et samarbejde med sundhedskommissioner. De var blevet etableret ved lovgivning i 1858. Ved udgangen af anden verdenskrig havde langt de fleste kommuner oprettet dem. De arbejdede ud fra en lokal sundhedsvedtægt, der var godkendt af Indenrigsministeriet, og som regulerede forhold om omgivelseshygiejne (vand, lugt, støj etc.), levnedsmidler m.m. Embedslægen var medlem i den by, hvor han boede, og havde møderet i kredsens øvrige kommissioner.

Arbejdet blev påbegyndt, da Indenrigsministeriet i 1964 nedsatte kommissionen vedrørende den offentlige hygiejne. Kommissionen afgav først betænkning [4] i 1970, og da løb udviklingen stærkt. VKR-regeringen havde, presset af den stigende bekymring om forurening, nedsat det midlertidige forureningsråd i efteråret 1969. Det udførte et imponerende kortlægningsarbejde, men blev stoppet, da en socialdemokratisk regering i oktober 1971 etablerede et ministerium for forureningsbekæmpelse, det senere Miljøministerium. Hygiejnekommissionens forslag blev fejlet af banen, og i stedet blev miljøbeskyttelsesloven vedtaget i 1972, og de lokale opgaver på disse områder blev henlagt til de kommunale råd fortsat med embedslæger som rådgivere. Kommissionens flertalsforslag om embedslæger endte med lov om embedslægeinstitutioner af 1973 med statsansatte embedslæger.

I loven videreførtes stort set embedslægernes opgaver. Nyt var en ændret organisation, idet embedslægerne skulle samles i en institution pr. amt, dog med mulighed for filialkontorer. Embedslægerne i et amt blev i loven ligestillede, og i bekendtgørelse om embedslægeinstitutioners virksomhed fra 1974 blev det op til embedslægerne selv at fordele opgaverne mellem sig, herunder at vælge en administrerende embedslæge. Forslag til bekendtgørelse blev udarbejdet i en lille gruppe med Embedslægeforeningens formand, en juridisk fuldmægtig fra Indenrigsministeriet og mig, underordnet læge i Sundhedsstyrelsen. Juristen havde betænkeligheder med at acceptere modellen med en ikkehierarkisk ordning, men blev overbevist af henvisningerne til sygehusvæsenets daværende ledelsesstruktur og til, at Sundhedsstyrelsen kunne beslutte fordelingen af arbejdsopgaver.

Opbygningen af embedslægeinstitutioner var tænkt gennemført på få år, men var først afsluttet i 1982. I en del amter kom der enmandsbetjente lokalkontorer. Der var forudsat ansættelse af ca. 20 sygeplejersker ved institutionerne, men det blev kun til få, som efter nogle år forsvandt. Der kom efterhånden fuldtidsansatte embedslægeassistenter, hvilket var vigtigt for at gennemføre speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin, der blev etableret i 1983. I 1981 begyndte institutionerne at udsende årsberetninger.

Efter gennemførelse af reformen nedsatte Indenrigsministeriet et udvalg, der skulle vurdere embedslægevæsenet og evt. stille forslag til ændringer. Ud over repræsentanter fra relevante statslige myndigheder var Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening repræsenteret. I betænkningen fra 1984 [5] blev opgaverne gennemgået, og der var relativt få forslag til ændringer. Der blev opfordret til at arbejde med at forbedre embedslægernes mulighed for at »følge sundhedstilstanden«. Der blev ikke stillet forslag om organisatoriske ændringer. Det blev fremhævet, at det relativt »lille væsen« spredt over landet ikke uden store vanskeligheder kunne bære procentvise nedskæringer, og at der skulle være midler til at sikre efteruddannelse, forsøg og udvikling.

De seneste 20 år

I årene efter betænkningen blev der arbejdet på at få væsenet



Embedslæge i
Bo Bojesens streg.
Illustration fra [10].

edb-mæssigt opbygget, og Sundhedsstyrelsen udsendte i 1988 en rapport [6] om overvågning af sundhedstilstanden. I løbet af 1990'erne blev der i samarbejde mellem nogle entusiastiske embedslæger, WHO og DIKE (nu SIF) udbygget et database- og analysesystem, oprindeligt benævnt ELI-SOP, der bl.a. muliggjorde udarbejdelse af sundhedsprofiler for kommuner.

Sundhedsstyrelsen udvidede sin brug af individuelle embedslæger til løsning af særlige opgaver fra 1980'erne. Selv ministeriet brugte embedslæger f.eks. i forbindelse med WHO's program om sundhed for alle [7]. I samme periode begyndte en række nye opgaver at presse sig på. Hiv-epidemien var et eksempel, og embedslægerne fik en vigtig rolle som formænd for de amtslige råd, der blev oprettet for at styrke forebyggelsen lokalt. Klager i sundhedsvæsenet var stigende, og i 1988 blev Sundhedsvæsenets Patientklagenævn oprettet. Embedslægeinstitutionerne fik efterhånden tillagt opgaver med at forberede sagerne. Senest fik embedslægerne pligt til at foretage et årligt, uanmeldt tilsyn på alle plejehjem. Der blev i en vis udstrækning kompenseret for disse opgaver med øgede resurser, som dog efterhånden blev inddraget. Visse opgaver forsvandt fra institutionerne, f.eks. blev indberetningsgangen for anmeldelser af smitsomme sygdomme rationaliseret, og senere ophørte dødsattester med at passere embedslægen på deres vej til Sundhedsstyrelsen.

Særligt den sidste del af 1990'erne blev præget af et tiltagende anspændt forhold mellem embedslægerne og de centrale sundhedsmyndigheder. Sundhedsstyrelsen fik bemyndigelse af ministeriet til at styre de økonomiske rammer, hvilket den daværende formand for Embedslægeforeningen uden succes kæmpede for at undgå. Mod slutningen af århundredet blev der påbegyndt en serie af undersøgelser af embedslægevæsenet bl.a. med udefrakommende konsulenter. Det førte bl.a. til en inddeling af væsenet i fire regioner, hver med en ledende embedslæge ansat af Sundhedsstyrelsen. Der blev indført vagtordning med to embedslæger i hver sin del af landet. I 2000 blev den kommunale ordning for Københavns Kommune ændret til den statslige model. Den seneste udvikling er vedtagelsen af sundhedsloven af 24. juni 2005. Hermed ophæves lov om embedslægeinstitutioner med virkning fra den 1. januar 2007. Der skal være en embedslægeinstitution i hver af de fem regioner som en del af Sundhedsstyrelsen. Hvordan bemanningen bliver, står hen i det uvisse.

Afslutning

En kort artikel giver ikke mulighed for at gennemgå de elementer, der har påvirket udviklingen, men man kan pege på

en enkelt faktor. Embedslægevæsenet er blevet mindre synligt for politikere, befolkning og sundhedsvæsenet. Det skyldes bl.a., at det gennem de senere år har været udsat for en økonomi, der har vanskeliggjort initiativer, der lå uden for de stramt styrede arbejdsområder. Årsberetningerne sikrede en vis synlighed, men de blev sparet væk. Der har aldrig været en større tradition for, at embedslæger videnskabeligt har udnyttet det store datamateriale, som har været til rådighed i institutionerne.

Det skal dog nævnes, at mange embedslæger gennem årene har spillet ud med organisatoriske og forebyggende initiativer. De valgte eksempler kan suppleres med mange andre. Ved indførelse af bistandsloven søgte Embedslægeforeningen at få placeret embedslægerne ved de nye socialcentre [8], hvilket medførte indkaldelse til en »kammeratlig samtale« i FAS's bestyrelse. En embedslæge var i 1970'erne aktiv for at promovere begrebet sundhedspædagogik. En anden var med til at ændre holdningen til mæslingevaccination, som endelig indførtes i 1987. I 1991 var det en embedslæge, der gjorde Sundhedsstyrelsen opmærksom på den internationale litteratur, hvori man påviste risikoen for pludselig uventet spædbarnsdød ved lejrning på maven. Initiativer fra stadslægeembedet medførte, at Københavns Kommune tidligt i hiv-epidemien betalte for gratis kondomer og sprøjter/kanyler, og at kommunen iværksatte gratis influenzavaccination for ældre i 1996. Disse initiativer havde afsmitning på nationalt plan. Det kunne blive kontroversielt, når udmeldinger fra embedslæger risikerede at medføre statslige eller kommunale udgifter. Man kan kun håbe på, at det resterende embedslægevæsen også efter 2007 vil kunne tage initiativer, der er baseret på observationer af sundhedsforhold i befolkningen.

Korrespondance: *Nils Rosdahl*, Borgevej 22, DK-2800 Lyngby.
E-mail: nrosdahl@dadlnet.dk

Interessekonflikter: *Nils Rosdahl* var ansat i Sundhedsstyrelsen 1969-1974 og 1979-1990 samt embedslæge 1974-1977 og 1991-2001

Litteratur

1. Philip K. Staten og fattigdommen 1947. Fotografisk optryk, Gjellerup, 1965.
2. Wiingaard P. Sundhedsapostel i Skanderborg. Silkeborg: Midtjysk forlag, 1990.
3. Rohleder S. Varde lægekreds 1929-53. Esbjerg: Eget forlag, 1955.
4. Betænkning (nr. 590) afgivet af den af indenrigsministeriet den 30. juni 1964 nedsatte kommission vedrørende den offentlige hygiejne m.v. København 1970.
5. Betænkning (nr. 1015) fra det af indenrigsministeren den 17. maj 1982 nedsatte udvalg vedrørende embedslægevæsenet. København, 1984.
6. Sundhedsstyrelsen. Overvågning af sundhedstilstanden – Embedslægerne opgaver. Hygiejnemeddelelser: 8. København: Sundhedsstyrelsen, 1988.
7. Christensen V, Lundstedt C. Sundhed for alle i år 2000; en dansk introduktion. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 1985.
8. Albrechtsen SR, Christensen V, Rosdahl N et al. Socialmedicin og embedslægerne. Ugeskr Læger 1976;138:935-8.
9. Borum K, Dannekiold-Samsøe B, Jørgensen B et al, red. I Nielsines fodspor. København: Munksgaard, 1984.
10. Basishåndbog 1984. København: Foreningen af Yngre Læger, 1985.